



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y SU ASOCIACION CON DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
Presenta:

Adrian Lara Carreón

Dirigido por:
Dra. Leticia Blanco Castillo

Querétaro, Qro. a Enero 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

 **Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.

 **NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).

 **SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Especialidad en Medicina Familiar

Falta de apego al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y
disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Adrián Lara Carreón

Dirigido por:

M.I.M. Leticia Blanco Castillo

M.I.M. Leticia Blanco Castillo

Presidente

M.I.M. Ma. Azucena Bello Sánchez

Secretario

Mtro. Omar Rangel Villicaña

Vocal

M.I.M Roxana Gisela Cervantes Becerra

Suplente

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (Enero 2025). México

Resumen

Introducción: El VIH/SIDA sigue siendo una enfermedad de gran relevancia tanto epidemiológica como social, y comprender el cómo viven los pacientes esta enfermedad sigue siendo de vital importancia. Al ser una enfermedad crónica, el apego al tratamiento es fundamental para mantener una buena calidad de vida, sin embargo, en este tipo de pacientes en especial existen diversos factores que pueden condicionar una adherencia o no al tratamiento, tales como la depresión, la funcionalidad familiar, etc. **Objetivo:** Determinar la falta de apego al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal comparativo. El tamaño de muestra se calculó con la formula cuyo objetivo fue comparar dos proporciones, $n= 134$ para cada grupo (grupo 1 con falta de apego, grupo 2, con apego). Muestreo no probabilístico por conveniencia. Criterios de selección: Pacientes de 18 a 65 años, que aceptaron participar en el estudio, pacientes adscritos al HGR1 Querétaro. Variables a estudiar: edad, género, escolaridad, estado civil, tipología familiar, adherencia al tratamiento, funcionalidad familiar, depresión. Se respetaron los aspectos éticos; análisis inferencial, prueba de t y X^2 . **Resultados:** De los 268 pacientes predominó el género masculino con 88.8% (IC 95%; 85-92.6), escolaridad licenciatura con 52.6% (IC 95%; 46.6-58.6), estado civil soltero con 62.3% (IC 95%; 56.5-68.1). En el grupo no adherente un 34.3% presentó disfunción familiar, mientras que el grupo adherente presentó 13.4% de disfunción familiar. En el grupo no adherente un 30.6% presentó algún grado de depresión y en el grupo adherente un 20.1%. **Conclusiones:** Se encontró que la depresión no se asocia a una adherencia o no adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA (al menos en este estudio), sin embargo, si existe asociación entre los pacientes con disfunción familiar y la adherencia al tratamiento, siendo que los pacientes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales tienen menor adherencia al tratamiento.

(Palabras clave: VIH/SIDA, adherencia al tratamiento, depresión, disfunción familiar)

Summary

Introduction: HIV/AIDS continues to be a disease of great epidemiological and social relevance, and understanding how patients experience this disease it remains vitally important. As it is a chronic disease, adherence to treatment is essential to maintain a good quality of life, however, in this type of patient especially, there are several factors that can condition adherence or not to treatment, such as depression, familiar dysfunction, etc. **Objective:** To determine the lack of adherence to pharmacological treatment and its association with depression and family dysfunction in patients with HIV/AIDS. **Materials and methods:** Observational, analytical, cross-sectional comparative study. The sample size with the formula aims to compare two proportions, $n = 134$ for each group (group 1 with non-attachment, group 2, with attachment). Non-probability convenience sampling. Selection criteria: Patients aged 18 to 65 years, who agree to participate in the study, patients enrolled in the HGR1 Querétaro. Variables to be studied: age, gender, education, education, marital status, family typology, adherence to treatment, family functioning, depression. Ethical aspects will be respected; inferential analysis, t-test and χ^2 . **Results:** Out of the 268 patients, the male gender predominated with 88.8% (95% CI; 85-92.6), 52.6% of the bachelor's degree (95% CI; 46.6-58.6), and single marital status with 62.3% (95% CI; 56.5-68.1). In the non-adherent group, 34.3% presented family dysfunction, while the adherent group presented 13.4% of family dysfunction. In the non-adherent group, 30.6% presented some degree of depression and in the adherent group, 20.1%. **Conclusions:** It was found that depression is not associated with adherence or non-adherence to treatment in patients with HIV/AIDS (at least in this study), however, there is an association between patients with family dysfunction and adherence to treatment, with patients with dysfunctional and severely dysfunctional families having lower adherence to treatment.

(Key words: HIV/AIDS, treatment adherence, depression, familiar dysfunction)

Dedicatorias

Dedico este logro a mis padres, sin quienes jamás hubiese podido llegar hasta donde estoy, siempre estuvieron conmigo y me apoyaron en todo momento.

Me lo dedico a mi mismo, por mis arduas hora de trabajo y por el tiempo que invertí, cuando pude haber estado viendo películas. Felicidades, lo lograste a pesar de haber dudado de ti mismo.

A Edwin, mi gran compañero, amigo, amor, que estuvo conmigo en los momentos mas difíciles y donde ni yo mismo podía entenderme. Siempre fue y es un gran apoyo, muchas gracias por siempre acompañarme.

Agradecimientos

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional que me han brindado desde el inicio de la carrera, ellos me dieron todos los medios necesarios para llegar hasta donde estoy, y sin su ayuda no lo hubiera logrado. Agradezco también a mi asesora de tesis, la Dra. Leticia Blanco Castillo por su excelente disposicion para guiarme en este proceso, una gran asesore de tesis, médica y ser humano. Por ultimo pero no menos importante quiero agradecer a Edwin y Pamela quienes siempre estuvieron conmigo durante este proceso.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Abreviaturas y siglas	vii
I. Introducción	1-2
II. Antecedentes	3-4
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	5-6
III.1.2 Fase aguda de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana	6
III.1.3 Fase crónica de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana	6-7
III. 2 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	7
III. 3 Complicaciones del VIH/SIDA	8-9
III. 4 Terapia antirretroviral	9-10
III.5 Adherencia al tratamiento	11-12
III.6 Depresión y VIH/SIDA	12-14
III.7 Disfunción familiar y VIH/SIDA	14-17
IV. Hipótesis o supuestos	18
V. Objetivos	19
V.1 General	19
V.2 Específicos	19
VI. Material y métodos	20
VI.1 Tipo de investigación	20
VI.2 Población o unidad de análisis	20
VI.3 Muestra y tipo de muestra	20
VI.3.1 Criterios de Selección	20
VI.3.2 Variables estudiadas	21
VI.4 Técnicas e instrumentos	21-22
VI.5 Procedimientos	22-23
VI.6 Análisis estadístico	23
VI.7 Consideraciones éticas	23-25
VII. Resultados	25-32

VIII. Discusión	33-34
IX. Conclusiones	35
X. Propuestas	36
XI. Bibliografía	37-39
XII. Anexos	41-49

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Perfil sociodemográfico	25
VII.2	Perfil sociodemográfico y adherencia al tratamiento	26
VII.3	Grupo de edad	27
VII.4	Grupo de edad y adherencia al tratamiento	28
VII.5	Tipología familiar	29
VII.6	Tipología familiar y adherencia al tratamiento	30-31
VII.7	Adherencia al tratamiento y depresión	32
VII.8	Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar	33

Abreviaturas y siglas

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

TAR: Terapia antirretroviral

OMS: Organización mundial de la salud

SMAQ: Simplified medication adherence questionnaire

BDI-2: Beck Depression Inventory

FF-SIL: Test de funcionalidad familiar

I. Introducción

El VIH/SIDA es una enfermedad crónica cuyo blanco es el sistema inmune, sus primeros casos fueron descritos en 1981 y actualmente ésta continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial (Pérez y Aguilera, 2017). A medida que el virus va destruyendo las células del sistema inmune, este se va debilitando cada vez más hasta que los pacientes caen en un estado de inmunodeficiencia. En México, en el año 2021 se diagnosticaron 15,446 personas con VIH de acuerdo con el informe histórico VIH/SIDA del 1er trimestre del 2022, convirtiendo a esta infección en un importante problema de salud pública (Ceballos y Ramirez, 2022).

Desde que se introdujo la terapia antirretroviral (TAR), fue posible reconocer el control en la multiplicación viral y el curso más lento de la enfermedad, ocasionando de esta manera la reducción de la morbimortalidad asociada y haciendo posible que las personas que viven con VIH/SIDA tengan una mayor expectativa y calidad de vida, como consecuencia de esto el perfil de las personas con VIH/SIDA paso de ser visto como una enfermedad muy grave, a una enfermedad crónica cuyo control es posible (Lozano y Domingo, 2011). Sin embargo, se sabe que existe un universo de factores que interfieren en una adecuada adherencia al tratamiento con los antirretrovirales, tales como: poco conocimiento o falta de información respecto al uso de ellos, los riesgos que trae consigo una no adherencia al tratamiento, depresión, estrés psicológico, estigma social, etc. (Andrade Moraes y Oliveira, 2018).

De acuerdo con un metaanálisis publicado en el *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, los síntomas depresivos son comunes en los pacientes con VIH/SIDA, los datos sugieren que aproximadamente un 36% de estos pacientes son muy propensos a dar un resultado positivo para depresión clínica (González y Batchelder, 2011).

La no adherencia al tratamiento podría ser un potencial camino para explicar la relación entre los síntomas depresivos y peores resultados en el VIH/SIDA. Debido a la alta prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA y las consecuencias negativas sobre su pronóstico, es recomendable realizar un cribado de depresión en todos los pacientes (GeSIDA, 2019).

La aparición de una enfermedad, ya sea aguda o crónica, trae consigo cambios en la estructura y funcionamiento de una familia, estos cambios pueden ser desde muy sutiles hasta muy perjudiciales (Membrillo Luna y Rodríguez López, 2008). En el caso de la infección por VIH/SIDA, esta ha puesto al descubierto lo frágil que puede llegar a ser el sistema familiar y trae consigo cambios en los ámbitos biológicos, sociales, económicos, psicológicos y familiares. Ante una crisis de este tipo, dependiendo de los recursos con los que cuente la familia esta podría adaptarse a la nueva situación o sucumbir ante ella. Ante esto, podemos observar que las familias con un integrante que vive con VIH/SIDA atraviesan un proceso de incertidumbre, al igual que el paciente, por lo que los estudios en relación a la funcionalidad familiar ante un paciente que vive con VIH/SIDA cobran su debida importancia (Cruz Velázquez, 2015) .

El médico familiar debe ser conocedor del funcionamiento familiar y debe ser capaz de dar una orientación sobre este funcionamiento en enfermedades que podrían afectar de manera orgánica a algún integrante de la familia (Cassinda y Angulo, 2016) .

Por estas razones es que la presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre la falta de apego al tratamiento con algún grado de depresión y la disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.

II. Antecedentes.

De acuerdo con los informes de ONU SIDA, en el 2020 aproximadamente 37.7 millones de personas vivían con VIH, de los cuales 36 millones eran adultos y 1.7 millones niños de hasta 14 años. Al cierre de Junio de 2021, 28.2 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretroviral en comparación con los 7.8 millones en 2010 (ONUSIDA, 2021). Durante el 2020 en México fallecieron 4,573 personas debido al VIH, de las cuales 3,815 eran hombres y 758 mujeres. En el mundo en 2020, aproximadamente 680 mil personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA (INEGI, 2022).

De acuerdo con estudios publicados en España, se estima que entre un 20 a 50% de quienes se encuentran actualmente en tratamiento presentan una adherencia inadecuada al tratamiento. La importancia de una correcta adherencia al tratamiento ha promovido la realización de un número importante de estudios en torno a esta problemática en los últimos años (Domingo y Conde,2013).

Los síntomas depresivos, que no necesariamente cumplen criterios para un trastorno depresivo, también han sido relacionados a un peor pronóstico en pacientes con VIH/SIDA, incluyendo pobre respuesta inmunológica y mortalidad. La no adherencia al tratamiento podría ser un potencial camino para explicar la relación entre los síntomas depresivos y peores resultados en el VIH/SIDA (González y Batchelder, 2011).

Un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 53 en León, Gto. Con 65 pacientes con VIH/SIDA, encontró que el 64% de esos pacientes presentó algún grado de disfunción familiar. Para este estudio se utilizó como instrumento el Apgar familiar (Caldera-Guzmán y Pacheco-Zavala, 2020).

Otro estudio realizado en el Hospital General de Zona Núm. 1 en Oaxaca con 230 pacientes, encontró un grado de disfuncionalidad familiar en pacientes que viven con VIH/SIDA de un 32.2%. De igual manera en este estudio el instrumento que se utilizó fue el Apgar familiar (Manzano-Rosas y Cruz-Lopez,2020).

III. Fundamentación teórica

III.1 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia de los Retroviridae, la cual es la causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Su característica más notoria es un período de incubación prolongado, que conduce a la enfermedad después de varios años. Hay dos tipos de VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que es más virulento y contagioso que el VIH-2 y es responsable de la mayoría de las infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y, por lo tanto, está casi restringido a los países de África Occidental. El virus ha sido aislado de saliva, lágrimas, orina, semen, líquido anterior, líquido vaginal, líquido amniótico, leche materna, líquido cefalorraquídeo y sangre, así como otros fluidos corporales humanos (Deeks y Overbaugh, 2015).

El VIH puede transmitirse a través del sexo vaginal, anal u oral (sexo sin protección) con una persona infectada; sangre y productos sanguíneos de personas que se inyectan drogas compartiendo agujas y jeringas contaminadas, y personas que reciben transfusiones de sangre o productos similares contaminados; hay un pequeño riesgo ocupacional entre los profesionales, personal de laboratorio y posiblemente otros que manipulan muestras de sangre o fluidos corporales de personas infectadas por el VIH, y los estudios han demostrado que la transmisión del Riesgo VIH es de alrededor del 0,3%. También se puede transmitir de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Actualmente, en los países desarrollados, la transmisión vertical del VIH está completamente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) (Deeks y Overbaugh, 2015).

La infección por VIH ocurre en diferentes etapas y está determinada por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. Si el tratamiento no es el adecuado, la fase aguda de la infección por VIH comienza en el momento de la infección, con el virus replicándose de manera continua e infectando a los linfocitos T-CD4, quiénes

son una parte esencial del sistema inmunitario humano. Por su parte, el sistema inmunitario de una persona con VIH responde a la presencia del virus y monta una respuesta que, al reponer las células de defensa, mantiene la infección bajo control, al menos durante un tiempo. Al final de un período que puede durar varios años, el VIH desarrolla resistencia a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmunológico de la persona portadora. De esta manera, los individuos seropositivos están expuestos a diversas enfermedades oportunistas que progresan hasta la etapa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Parrales y Pilligua, 2023) .

III.1.2 Fase aguda de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

Un gran número de personas que contraen el virus son asintomáticas durante la fase aguda (no presentan síntomas), sin embargo, se ha calculado que alrededor de un 40 a 90% de los casos con infección por VIH-1 presentarán manifestaciones clínicas. La infección aguda es similar a lo que sería un cuadro infeccioso por mononucleosis infecciosa: fiebre, inflamación de ganglios, mialgias, sudoración nocturna, náuseas y vómito. Ya que estos síntomas son comunes en muchas otras enfermedades, muchos de los pacientes que son seropositivos no reciben el diagnóstico durante esta fase de la enfermedad (Secretaría de Salud, 2022) .

III.1.3 Fase crónica de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

También llamada fase de latencia clínica. En esta el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Sin embargo, esto no significa que el virus se encuentre inactivo, por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica de una manera descomunal. En una persona infectada, se calcula que, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidas alrededor de cien mil millones

de linfocitos T CD-4. El que los pacientes no presenten síntomas durante este periodo es debido a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero puede existir adenopatías y disminución del conteo de trombocitos. La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmune. Cuando existe ausencia de tratamiento, la mayoría de los pacientes desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En un plazo de cinco a diez años (Secretaría de salud, 2022).

III.2 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

El SIDA es la etapa crítica de la infección por VIH. Durante esta fase, el sistema inmune de la persona portadora muy probablemente ya no sea capaz de reponer los linfocitos T CD4 que ha perdido bajo el ataque de este virus. Esto se traduce en que la persona portadora ahora es el blanco fácil de numerosas infecciones oportunistas que pueden tener como desenlace la muerte (Pérez y Aguilera, 2017).

Las infecciones más comunes que atacan a los pacientes seropositivos que han desarrollado SIDA son: neumonía por *P. jiroveci*, sarcoma de Kaposi, tuberculosis, candidiasis y la infección por citomegalovirus. Sin tratamiento antirretroviral, la mayoría de los pacientes que desarrollaron SIDA sobreviven no más de tres años (Deeks y Overbaugh, 2015).

Se conoce como complicaciones asociadas a la infección por VIH a aquellas enfermedades que puede desarrollar un paciente contagiado con el virus, usualmente tienen lugar en la etapa final de la infección, el paciente no fallece propiamente por el VIH, sino por otra enfermedad que se aprovecha de un sistema inmune debilitado. Algunas están ligadas directamente a la etiopatogenia del VIH, ya que su modo de transmisión es similar o afectan a la misma célula diana, otras son debido al estado de inmunosupresión en el que se encuentra el paciente, por lo que pueden diseminarse rápidamente. Generalmente se dividen en 2 grandes grupos: las de causas infecciosas (causadas por hongos, virus, bacterias, entre

otros microorganismos) y las de causas no infecciosas (usualmente alteraciones neoplásicas) (Petro y Betancour, 2021).

III.3 Complicaciones del VIH/SIDA

Las complicaciones de origen infeccioso son en esencia infecciones oportunistas, las cuales se producen por una falta de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR), por un diagnóstico tardío o por comienzo de la infección por VIH con una infección oportunista. Dentro de las principales infecciones oportunistas se encuentran:

- a) Meningitis por criptococo. *Cryptococcus neoformans* es la principal especie de criptococo que produce infección en el paciente con infección por VIH y se encuentra distribuido en todo el mundo.
- b) Toxoplasmosis cerebral. Aparece en la mayoría de las veces cuando el paciente presenta serología positiva para la misma. El factor de riesgo más importante es presentar un conteo de CD4 menor a 200 células/ μ l.
- c) Candidiasis. Se produce candidiasis orofaríngea por *Candida albicans*. La afectación orofaríngea y esofágica son importantes indicadores de inmunosupresión independientemente del conteo de CD4.
- d) Citomegalovirus. Usualmente ocurre en pacientes con recuento de CD4 menores a 50 células/ μ l.
- e) Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. Usualmente afecta a pacientes con CD4 inferiores a 200 células/ μ l.
- f) Neumonía neumocócica. Esta ocurre más frecuentemente en pacientes con VIH con respecto a la población en general. En ocasiones esta suele ser la primera manifestación de la enfermedad, ya que ocurre con cualquier conteo de CD4.
- g) Tuberculosis (TB). En todo paciente con VIH debe descartarse la infección latente por TB desde la primera consulta, ya que esta población tiene un

riesgo anual de reactivación de TB entre un 3-16%, lo que equivale de 3-12 veces más que la población en general (Pascual y Rubio, 2018).

Dentro de las complicaciones no infecciosas más comunes encontramos las siguientes:

- a) Sarcoma de Kaposi. Tumor vascular relacionado con el virus herpes humano. Es el tumor más frecuente en pacientes con VIH.
- b) Linfoma. La incidencia de linfoma es mayor en los pacientes con VIH con respecto a los pacientes que no lo tienen. Existe el linfoma no Hodgkin, linfoma cerebral primario y el linfoma de Hodgkin.
- c) Cáncer de cérvix. En pacientes con VIH esta neoplasia aparece de una manera más agresiva y recurre con más frecuencia que en el resto de la gente. Su incidencia es de 4-5 veces mayor en pacientes con VIH con respecto de los que no tienen la infección.
- d) Riesgo cardiovascular. Por mecanismos que aún no están bien dilucidados, en los pacientes con VIH ocurre una lesión vascular, causante de un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares con respecto a la población que no tiene la infección (Pascual y Rubio, 2018).

III.4 Terapia antirretroviral

Desde que se introdujo la terapia antirretroviral (TAR), fue posible reconocer el control en la multiplicación viral y el curso más lento de la enfermedad, ocasionando de esta manera la reducción de la morbimortalidad asociada y haciendo posible que las personas que viven con VIH/SIDA tengan una mayor expectativa y calidad de vida, como consecuencia de esto el perfil de las personas con VIH/SIDA paso de ser visto como una enfermedad muy grave, a una enfermedad crónica cuyo control es posible (Lozano y Domingo, 2011).

De acuerdo con el Gesida: “El objetivo del TAR es conseguir de forma permanente la supresión viral por debajo de 50 copias/ ml, lo que evita la transmisión del VIH (indetectable = intransmisible), se asocia a la máxima recuperación inmunológica y previene la aparición de mutaciones de resistencia” (GeSIDA, 2014) .

Aunque el TAR no tiene la capacidad de erradicar la infección por VIH del organismo, si puede mantener suprimida la replicación viral, así como también incrementar el número de linfocitos CD4, disminuye la morbimortalidad, mejora la calidad de vida y previene la transmisión sexual del VIH. La adherencia al tratamiento antirretroviral es sin duda el punto más importante, por obvias razones, en pacientes con VIH/SIDA. Se entiende por adherencia al TAR la capacidad que posee el paciente para relacionarse correctamente con la elección, inicio y cumplimiento del mismo con el fin de conseguir una óptima supresión de la replicación viral. El control de la virulencia depende de diversos factores, sin embargo, la adherencia incorrecta es la causa más importante del fallo terapéutico, relacionándose con una mala respuesta vírica, una peor reconstitución inmune y una mortalidad elevada. Es por esto que es de suma importancia que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, tienen que tener claro el objetivo del TAR, participar activamente en la decisión de iniciar el tratamiento, que tengan el compromiso ellos mismos de cumplir el tratamiento y que comprendan la importancia de una toma correcta y continua del tratamiento (Lozano y Domingo, 2011).

III.5 Adherencia al tratamiento

El control de la enfermedad requiere de un acompañamiento clínico de por vida y el uso continuo de los antirretrovirales. De esta manera, la adherencia a este tratamiento es fundamental para el éxito terapéutico, que generalmente está influido por la asociación de diversos factores, inherentes o no a los pacientes con VIH/SIDA. De esta manera, se sabe que existe un universo de factores que interfieren en una adecuada adherencia al tratamiento con los antirretrovirales, tales como: poco conocimiento o falta de información respecto al uso de ellos, los riesgos que trae consigo una no adherencia al tratamiento, depresión, estrés psicológico, estigma social, etc. (Andrade Moraes y Oliveira, 2018).

De acuerdo con estudios publicados en España, se estima que entre un 20 a 50% de quienes se encuentran actualmente en tratamiento presentan una adherencia inadecuada al tratamiento. En un meta-análisis realizado en dicho país indicaba un porcentaje de pacientes VIH con no adherencia al tratamiento de alrededor del 45%. La importancia de una correcta adherencia al tratamiento ha promovido la realización de un número importante de estudios en torno a esta problemática en los últimos años. Uno de los temas más importantes es el análisis de los principales factores (clínicos, sociales, psicológicos, etc.) que estadísticamente muestran una influencia positiva o negativa sobre la adherencia al tratamiento, y que, por consiguiente pueden utilizarse como indicadores predictivos de una probable mala adherencia al tratamiento (Domingo y Conde, 2013).

Para poder medir la adherencia al tratamiento se utilizan 2 tipos de métodos: Directos e indirectos. Los métodos directos suelen ser: medición del fármaco o de su metabolito en una muestra biológica obtenida del paciente o la terapia observada de manera directa. Dentro de los métodos indirectos están los siguientes: entrevista clínica con el paciente, el recuento de la medicación sobrante, el empleo de dispositivos electrónicos o en el análisis de los registros de dispensación. De todos estos métodos los más factibles para realizar en la práctica

clínica diaria son los cuestionarios realizados muchas veces por el mismo paciente y el análisis de registro de sus medicamentos (Barrera Fernández, 2020).

Entre los métodos indirectos más utilizados se encuentran:

- Cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire): Surge como una modificación del cuestionario Morisky-Green. Este cuestionario está basado en la realización de preguntas al paciente con el fin de sospechar la posible falta de adherencia al tratamiento. Lo que busca este cuestionario es conocer cuantos días el paciente no ha tomado sus medicamentos en un periodo de tiempo, usualmente 3 meses, ya que por motivos legales no se puede otorgar tratamiento de mayor duración. Algunos de sus inconvenientes son que el paciente mienta al realizar el cuestionario, que olvide los datos sobre su medicación y que no comprenda bien la pregunta que se le realiza. Este instrumento esta validado para la medida de adherencia en pacientes en tratamiento con antirretrovirales (alfa de Cronbach = 0,75) (Rodríguez-Chamorro y Garcia-Jiménez, 2020).
- Registro de dispensación (medicación): en contraste con el cuestionario SMAQ, este no necesita de la participación del paciente, se observa en los registros los periodos en los que el paciente haya estado sin medicación. Sus principales inconvenientes son que no detecta el motivo de incumplimiento ni la adherencia cualitativa (la adherencia al horario o los patrones de adherencia) (Rodríguez-Chamorro y Garcia-Jiménez, 2020).

III.6 Depresión y VIH/SIDA

Los síntomas depresivos, que no necesariamente cumplen criterios para un trastorno depresivo, también han sido relacionados a un peor pronóstico en pacientes con VIH/SIDA, incluyendo pobre respuesta inmunológica y mortalidad. La no adherencia al tratamiento podría ser un potencial camino para explicar la relación

entre los síntomas depresivos y peores resultados en el VIH/SIDA. A pesar de que la evidencia causal para esta relación es ambigua, es muy admisible que los síntomas depresivos, tales como pérdida de interés, concentración disminuida, sentimientos de inutilidad, y pensamientos recurrentes de muerte pueden ser no benéficos para las actividades de auto cuidado que requiere el tratamiento para VIH (González y Batchelder, 2011).

Factores que influyen en el desarrollo de depresión en estos pacientes son: el estigma social que aún existe, falta de una red de apoyo, estrés crónico, aislamiento social y la desmoralización, discapacidad ocupacional, los cambios en la imagen corporal y el régimen estricto del tratamiento. De acuerdo con el instituto nacional de salud mental de los Estados Unidos, ha descrito desórdenes neurocognitivos en pacientes con infección por VIH, los mismos que se han relacionado con síntomas de depresión. Las infecciones oportunistas y procesos neoplásicos también pueden presentarse con una amplia variedad de síntomas neuropsiquiátricos a causa de un proceso neuropatológico. Existe también un fuerte vínculo entre la severidad de los síntomas depresivos y el rápido declive de la cuenta de linfocitos CD4, así como un aumento en la carga viral (Téllez, 2010)

Debido a la alta prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA y las consecuencias negativas sobre su pronóstico, es recomendable realizar un cribado de depresión en todos los pacientes. Para poder detectar la depresión en la práctica del día a día, se han desarrollado diversas escalas con la finalidad de realizar un cribado de depresión que no necesita de mucho tiempo de consulta e incluso esta puedes ser hecha por el mismo paciente. La finalidad de estas escalas es detectar pacientes con probable depresión para poder ser enviados al servicio de psiquiatría para su confirmación diagnóstica. Entre ellas se encuentra el inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II), escala utilizada en la población general mayor a los 13 años. Está conformada por 21 ítems de respuestas de selección múltiple que incluyen síntomas de depresión, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos como fatiga, pérdida de apetito o de peso. Esta escala esta

validada en población de España y es ampliamente utilizada para estudios sobre depresión en pacientes con VIH fuera de ese país ⁶. En un estudio sobre la validación del inventario de depresión de Beck realizada en Perú, este obtuvo un alfa de Cronbach = 0.93 (Pachas, 2019)

La infección por el VIH/SIDA es una enfermedad que también tiene una importante repercusión en el sistema familiar, debido al estigma con el que viene acompañado esta. Es importante partir del concepto de familia, de acuerdo con Minuchin: “la familia es un grupo natural que, en el curso del tiempo, ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de sus miembros, y define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca” (Minuchin y Fishman, 1984)

III.7 Disfunción familiar y VIH/SIDA

No se puede hablar de funcionalidad familiar, sin tocar la dinámica, familiar, por lo que a continuación se detalla: Actualmente se define a la familia como un conjunto de personas unidas por lazos afectivos, por parentesco (consanguíneo), el matrimonio o la adopción, que conviven indefinidamente y forman la unidad básica de la sociedad. De acuerdo con la declaración universal de los derechos humanos es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado (Cruz Velázquez, 2015) .

Entre las funciones básicas de la familia se encuentran: la reproducción, la comunicación, afectividad, educación, apoyo social, apoyo económico, adaptabilidad, generación de autonomía, etc. De acuerdo con Estrada (1993) citado por Aguilar y Escobar (2016) la familia tiene 2 grandes objetivos: Resolver los diferentes tipos de crisis que se enfrentan en las diferentes etapas del desarrollo y aportar complementos a las necesidades de sus miembros con el objetivo de alcanzar una satisfacción en el presente y estar preparado de manera adecuada y segura para el futuro (Fuentes y Merino, 2016).

Ceballos, Vásquez, Nápoles y Sánchez (2004) definen a la dinámica familiar como: “una colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta, como unidad, funcione bien o mal” (Fuentes y Merino, 2016).

Se puede saber si una familia es funcional en la medida que su flexibilidad se desarrolla para adaptarse y responder a las dificultades del día a día, como es el caso de un paciente con diagnóstico de VIH. Por otro lado, en las familias disfuncionales usualmente se bloquean las opciones de conducta y carecen de alternativas resolutivas, lo que puede hacer que los paciente se sientan poco apoyados y que abandonen el tratamiento. El equilibrio de todo sistema está relacionado de manera muy íntima con el medio donde el sistema se instaura e interactúa, por esta razón se pueden encontrar familias disfuncionales o con gran desequilibrio en el contexto donde se encuentran inmersas. Así por ejemplo, “existen familias en las que imperan la violencia y los abusos pero que, a pesar del sufrimiento, mantienen durante décadas la misma estructura interna” (Espinal et al., 2006, p. 6) (Velázquez y Silva, 2015)

Podemos entender a la familia desde un enfoque sistémico como un sistema abierto, es decir, es un sistema dinámico que constantemente se encuentra cambiando, por lo que recibe y envía información desde el medio extrafamiliar, con el objetivo de adaptarse a las instituciones sociales que influyen de manera significativa en cada uno de los miembros que conforman el grupo familiar. En consecuencia, en las familias, las funciones debiesen generar un estado homeostático y equilibrado que va produciendo un estado armónico, cohesionado y afectivo entre sus miembros. La funcionalidad familiar con diversas características del sistema familiar como lo son: cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc. (Barrera-Miranda y Muñoz-Cortés, 2022).

El VIH/SIDA es una enfermedad que viene acompañada con cambios en la estructura y dinámica familiar. En cuantos a los cambios de la estructura podemos

destacar los roles afectivo de dependencia, la exclusión, el rechazo, aislamiento o dominación. En cuanto a la dinámica familiar, al tener un integrante que vive con VIH/SIDA, esta se modifica, de modo que en muchas ocasiones el paciente pasa a ser un miembro dependiente, por lo que la familia pone en marcha mecanismos que le permitan hacer una reorganización de roles y funciones, así como la redistribución de las tareas y reestructuración del hogar. Ante esto, podemos observar que las familias con un integrante que vive con VIH/SIDA atraviesan un proceso de incertidumbre, al igual que el paciente, por lo que los estudios en relación a la funcionalidad familiar ante un paciente que vive con VIH/SIDA cobran su debida importancia (Cruz Velázquez, 2015) .

El médico familiar debe ser conocedor del funcionamiento familiar y debe ser capaz de dar una orientación sobre este funcionamiento en enfermedades que podrían afectar de manera orgánica a algún integrante de la familia. Para medir el funcionamiento familiar se han desarrollado a lo largo de los años distintos tipos de instrumentos, algunos de ellos son aplicados por el servicio de psicología, mientras que otros son de uso común por parte del médico familiar como los son en faces III, IV y el FF-SIL (Cassinda y Angulo, 2016) .

El FF-SIL es un instrumento con el cual es posible medir el funcionamiento familiar, este fue diseñado en el año de 1994 por un equipo de atención primaria y fue validado en 2004, este clasifica a las familias en: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. El FF-SIL evalúa 7 aspectos de las relaciones intrafamiliares, los cuales son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. Está compuesto de 14 ítems con respuestas tipo Likert con 5 opciones como alternativa de respuesta. La escala va de 1 a 5 donde: casi nunca 1, pocas veces 2, a veces 3, muchas veces 4, casi siempre 5. Este test posee un alfa de Cronbach de 0.859 (Manzano-Rosas y Cruz-Lopez,2020).

Un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 53 en León, Gto. Con 65 pacientes con VIH/SIDA, encontró que el 64% de esos pacientes presento algún grado de disfunción familiar. Para este estudio se utilizó como instrumento el Apgar familiar (Caldera-Guzmán y Pacheco-Zavala, 2020).

IV. Hipótesis

Ho. En pacientes con VIH/SIDA con falta de apego al tratamiento farmacológico existe una asociación \leq al 50% con depresión y en pacientes con apego al tratamiento la asociación con depresión es \leq al 36%.

Ha. En pacientes con VIH/SIDA con falta de apego al tratamiento farmacológico existe una asociación $>$ al 50% con depresión y en pacientes con apego al tratamiento la asociación con depresión es $>$ al 36%.

Ho. En pacientes con VIH/SIDA con falta de apego al tratamiento farmacológico existe una asociación \leq al 50% con disfunción familiar y en pacientes con apego al tratamiento la asociación con disfunción familiar es \leq al 32.2%.

Ha. En pacientes con VIH/SIDA con falta de apego al tratamiento farmacológico existe una asociación $>$ al 50% con disfunción familiar y en pacientes con apego al tratamiento la asociación con disfunción familiar es $>$ al 32.2%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la falta de apego al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.

V.2 Objetivos específicos

V.2.1 Determinar la asociación entre la falta de apego al tratamiento farmacológico y depresión en pacientes con VIH/SIDA del HGR1 Querétaro.

V.2.2 Determinar la asociación entre la falta de apego al tratamiento farmacológico y la disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA del HGR1 Querétaro.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal comparativo con los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que acudieron a la consulta de medicina interna del HGR 1 turno matutino de Octubre del 2023 a Noviembre del 2023.

VI.2 Población

Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA del HGR1 Querétaro de entre 18 y 65 años que acudieron al consultorio de medicina interna entre Octubre y Noviembre del 2023.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra con la fórmula cuyo objetivo fue comparar dos proporciones, con nivel de confianza de 95%, margen de error de 5%, y poder de prueba 80%. $n = (p_1q_1 + p_2q_2)(K) / (p_1 - p_2)^2$.

Se trabajo con los valores de las hipótesis del porcentaje de depresión y disfunción familiar. Calculando con el porcentaje de depresión se quedó en 134 pacientes, con el de disfunción familiar 94 pacientes, por lo tanto se tomo el mayor que fueron 134 pacientes por grupo. Técnica muestral: no probabilístico por conveniencia.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Grupo 1: 134 pacientes con adherencia al tratamiento y depresión

Grupo 2: 134 pacientes sin adherencia al tratamiento y depresión

$$N = \frac{(0.36)(0.64) + (0.5)(0.5)(6.4)}{(0.36 - 0.5)^2}$$

$$N = \frac{(0.2304 + 0.25)(6.4)}{(0.14)^2}$$

$$N = \frac{(0.4804)(6.4)}{0.0196}$$

$$N = \frac{3.0745}{0.0196}$$

$$N = 134$$

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico confirmado de VIH que hayan acudido a la consulta de medicina interna, que hayan iniciado tratamiento farmacológico, sin distinción de género, pacientes que aceptaron participar en el estudio y que estuvieran adscritos al HGR1 Querétaro.

Se excluyeron a los pacientes con depresión diagnosticada antes de la infección por VIH y aquellos que aún no habían iniciado tratamiento.

Se eliminaron a los pacientes que dejaron encuestas incompletas.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables que se usaron dentro de este estudio fueron edad, género, escolaridad, estado civil, tipología familiar, adherencia al tratamiento, depresión y funcionalidad familiar.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó hoja de recolección de datos para la obtención de información sociodemográfica del paciente con VIH/SIDA, tal como edad, género, escolaridad, estado civil y tipología familiar.

Para evaluar la adherencia al tratamiento se aplicó el instrumento SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) el cual surgió como una modificación del cuestionario Morisky-Green. Este instrumento está validado para la medida de adherencia en pacientes en tratamiento con antirretrovirales (alfa de Cronbach = 0,75)¹². El cuestionario consta de 6 preguntas que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Un paciente se clasifica como no cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia, y en cuanto a las preguntas de cuantificación, si refiere haber perdido más de dos dosis en la última semana o refiere no haber tomado más de dos días completos la medicación en los últimos tres meses.

Para evaluar la depresión se utilizó el inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory) escala utilizada en la población general mayor a los 13 años. Está conformada por 21 ítems de respuestas de selección múltiple que incluyen síntomas de depresión, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos como fatiga, pérdida de apetito o de peso. Esta escala está validada en población de España y es ampliamente utilizada para estudios sobre depresión en pacientes con VIH fuera de ese país ¹⁷. En un estudio sobre la validación del inventario de depresión de Beck realizada en Perú, este obtuvo un alfa de Cronbach = 0.93 ¹⁸.

Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento FF-SIL, con el cual es posible medir el funcionamiento familiar, este fue diseñado en el año de 1994 por un equipo de atención primaria y fue validado en 2004, este clasifica a las familias en: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional ²⁵. El FF-SIL evalúa 7 aspectos de las relaciones intrafamiliares, los cuales son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y

adaptabilidad. Está compuesto de 14 ítems con respuestas tipo Likert con 5 opciones como alternativa de respuesta. La escala va de 1 a 5 donde: casi nunca 1, pocas veces 2, a veces 3, muchas veces 4, casi siempre 5. Este test posee un alfa de Cronbach de 0.859 ²⁵.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada

Se acudió en horario matutino al HGR 1, al consultorio de medicina interna, donde se solicitó permiso al Dr. Martínez Troncoso (encargado) de consultar en la agenda de aquellos pacientes con diagnóstico de VIH. Cuando llegaron los pacientes se les abordó mientras esperaban a pasar a consulta y se les invitó a participar en la investigación. A los que aceptaron se les explicó ampliamente en que consistía la investigación y posteriormente se les otorgó el consentimiento informado para que lo firmaran, posteriormente se trasladaron a un consultorio vacío para su privacidad y para la realización de la encuesta. El instrumento de adherencia fue interrogado por el investigador principal y el de depresión y funcionalidad los contestó el paciente. En todo momento el investigador principal estuvo con el paciente para aclarar cualquier duda que surgiese.

VI.5.1 Análisis Estadístico

Análisis inferencial a través de la prueba de chi cuadrada para variables cualitativas y prueba de t no pareada para las variables cuantitativas. Este análisis aplicó para variables sociodemográficas y de asociación: género, escolaridad,

tipología, depresión, etc, prueba de chi cuadrada. Prueba de t, para la variable edad, que es sociodemográfica. El análisis se realizó de manera comparativa para todas las variables.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de los acuerdos de la Asociación Médica Mundial (AMM) la Declaración de Helsinki en la 64^a asamblea general en Fortaleza Brasil en 2013, su propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos destinada para los médicos principalmente, declarando que se velará solícitamente y ante todo por la salud del paciente, considerando lo mejor para él cuando se preste la atención médica, comprendiendo las causas de evolución natural de la enfermedad y para mejorar con este estudio de investigación las intervenciones terapéuticas evaluadas previamente, siendo estas de calidad, efectiva, accesible y comprensible para el paciente.

Se mantuvo bajo el deber médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en la investigación; resguardando su información personal. Así como se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. Así mismo, al ser un grupo de personas vulnerables se podrá beneficiar de los conocimientos e intervenciones derivadas de la investigación presentada.

Basándose en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación del nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación del 6 de enero de 1987 y con su última reforma el 02 de Abril del 2014, se mantuvo bajo los lineamientos pertinentes, garantizando resguardar la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a la investigación; cumpliendo con el capítulo único del artículo 3º contribuyendo a los apartados III. La prevención y control de los problemas de salud; y apartado IV. Conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

Por las características que tuvo el estudio se consideró que el riesgo para los pacientes fue mínimo, ya que no se tomó muestra, sin embargo, algunas preguntas de los cuestionarios pudieron resultar incómodas, así como también la obtención de información personal, sin más, este estudio no tuvo algún riesgo físico para el paciente. Se explicó los beneficios que puede otorgar el conocimiento del apoyo familiar y la estigmatización para poder brindar una atención más integral, aportando la mejora para la salud mental y social. Apegándose a la ley general de salud, se aseguro la confidencialidad y resguardo de datos clave. Toda la información física, instrumento recolección y consentimiento informado estará resguardado 5 años en la coordinación de educación de la UMF 9. La base de datos se encriptó con un número de folio y así se entregará a la Coordinación de Educación y solo se utilizó para el análisis de los datos.

VII. Resultados

Cuadro VII.1. Perfil sociodemográfico de los pacientes con VIH/SIDA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO			n=268	
Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%	
			Inferior	Superior
GENERO				
FEMENINO	26	9.7	6.2-13.2	

MASCULINO	238	88.8	85-92.6
NO BINARIO	4	1.5	0.0-3.0
ESCOLARIDAD			
PRIMARIA	1	.4	-0.4-1.2
SECUNDARIA	16	6.0	3.2-8.8
BACHILLERATO	66	24.6	19.4-29.8
CARRERA TÉCNICA	30	11.2	7.4-15.0
LICENCIATURA	141	52.6	46.6-58.6
POSGRADO	14	5.2	2.5-7.9
ESTADO CIVIL			
SOLTERO	167	62.3	56.5-68.1
CASADO	14	5.2	2.5-7.9
UNIÓN LIBRE	73	27.2	21.9-32.5
DIVORCIADO	9	3.4	1.2-5.6
VIUDO	5	1.9	0.3-3.5

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de apago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.

De acuerdo a las características sociodemográficas, predominó el género masculino con 88.8% (IC 95%; 85-92.6), escolaridad licenciatura con 52.6% (IC 95%; 46.6-58.6), estado civil soltero con 62.3% (IC 95%; 56.5-68.1).

Cuadro VII.2. Perfil sociodemográfico de pacientes con VIH/SIDA y adherencia al tratamiento

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO n=268

GRUPO DE EDAD	NO ADHERENTE		ADHERENTE		χ^2	p
	n	%	n	%		
GENERO						
FEMENINO	8	6.0%	18	13.4%	5.115	0.077

MASCULINO	123	91.8%	115	85.8%		
NO BINARIO	3	2.2%	1	0.7		
ESCOLARIDAD						
PRIMARIA	0	0.0%	1	0.7%		
SECUNDARIA	8	6.0%	8	6.0%		
BACHILLERATO	36	26.9%	30	22.4%	2.695	0.747
CARRERA TÉCNICA	15	11.2%	15	11.2%		
LICENCIATURA	70	52.2%	71	53.0%		
POSGRADO	5	3.7%	9	6.7%		
ESTADO CIVIL						
SOLTERO	90	67.2%	77	57.5%		
CASADO	4	3.0%	10	7.5%		
UNIÓN LIBRE	36	26.9%	37	27.6%	6.397	0.171
DIVORCIADO	3	2.2%	6	4.5%		
VIUDO	1	0.7%	4	3.0%		

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de apago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA

En cuanto a la adherencia al tratamiento y el perfil sociodemográfico, en el grupo no adherente el género masculino fue de 91.8%, y en el adherente fue de 85.8%. En cuanto a la escolaridad licenciatura, el grupo no adherente fue de 52.2%, mientras que en el grupo adherente fue de 53.0%. En cuanto al estado civil soltero, el grupo no adherente fue de 67.2%, mientras que el grupo adherente fue de 57.5%.

Cuadro VII.3. Grupo de edades de los pacientes con VIH/SIDA

Variable	GRUPO EDAD		n=268	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%	
		Inferior	Superior	
EDAD				
20-25 AÑOS	37	13.8	9.7-17.9	
26-30 AÑOS	75	28.0	22.6-33.4	
31-35 AÑOS	68	25.4	20.2-30.6	
36-40 AÑOS	26	9.7	6.2-13.2	
41-45 AÑOS	26	9.7	6.2-13.2	
46-50 AÑOS	18	6.7	3.7-9.7	
51-55 AÑOS	4	1.5	0.0-3.0	
56-60 AÑOS	9	3.4	1.2-5.6	
61-65 AÑOS	5	1.9	0.3-3.5	

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de apago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.

El rango de edad predominante fue de 26-30 años con 28% (IC 95%; 22.6-33.4).

Cuadro VII.4. Grupo de edad de los pacientes con VIH/SIDA y adherencia al tratamiento

GRUPO DE EDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO n=268

GRUPO DE EDAD	NO ADHERENTE		ADHERENTE		χ^2	p
	n	%	n	%		

20-25 AÑOS	21	15.7%	16	11.9%		
26-30 AÑOS	43	32.1%	32	23.9%		
31-35 AÑOS	36	26.9%	32	23.9%		
36-40 AÑOS	12	9.0%	14	10.4%		
41-45 AÑOS	5	3.7%	21	15.7%	15.613	0.048
46-50 AÑOS	7	5.2%	11	8.2%		
51-55 AÑOS	1	0.7%	3	2.2%		
56-60 AÑOS	6	4.5%	3	2.2%		
61-65 AÑOS	3	2.2%	2	1.5%		

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de apago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA

En cuanto a la adherencia al tratamiento y el grupo etario, en el grupo no adherente en el rango de edad de 26-30 años fue de 32.1%, el grupo adherente fue de 23.9%. En el grupo no adherente del rango de edad 31-35 años fue de 26.9% y en el grupo adherente fue de 23.9%.

Cuadro VII.5. Tipología familiar de los pacientes con VIH/SIDA

Variable	TIPOLOGÍA FAMILIAR			n=268	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC del 95%		
			Inferior	Superior	
DESARROLLO					
MODERNA	207	77.2		72.2-82.2	

TRADICIONAL	53	19.8	15.0-24.6
ARCAICA	8	3.0	1.0-5.0
DEMOGRAFÍA			
RURAL	9	3.4	1.2-5.6
SUBURBANA	43	16	11.6-20.4
URBANA	216	80.6	75.9-85.3
INTEGRACIÓN			
INTEGRADA	163	60.8	55.0-66.6
SEMI INTEGRADA	17	6.3	3.4-9.2
DESINTEGRADA	88	32.8	27.2-38.4
COMPOSICIÓN			
NUCLEAR SIMPLE	175	65.3	59.6-71.0
NUCLEAR EXTENSA	70	26.1	20.8-31.4
NUCLEAR COMPUESTA	20	8.6	5.2-12.0

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de apago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.

De acuerdo a las características de la tipología familiar, las predominantes fueron: de acuerdo a su desarrollo, moderna con 77.2% (IC95%; 72.2-82.2). De acuerdo a su demografía, urbana con 80.6% (IC 95%; 75.9-85.3). De acuerdo a su integración, integrada con 60.8% (IC 95%; 55.0-66.6). De acuerdo a su composición, nuclear simple con 65.3% (IC 95%; 59.6-71.0).

Cuadro VII.6. Tipología familiar de pacientes con VIH/SIDA y adherencia al tratamiento

TIPOLOGÍA FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO n=268

GRUPO DE EDAD	NO ADHERENTE		ADHERENTE		χ^2	p
	n	%	n	%		
DESARROLLO					5.332	0.070

MODERNA	96	71.6%	111	82.8%		
TRADICIONAL	34	25.4%	19	14.2%		
ARCAICA	4	3.0%	4	3.0		
DEMOGRAFÍA						
RURAL	2	1.5%	7	5.2%		
SUBURBANA	27	20.1%	16	11.9%	5.758	0.056
URBANA	105	78.4%	111	82.8%		
INTEGRACIÓN						
INTEGRADA	75	56.0%	88	65.7%		
SEMI INTEGRADA	6	4.5%	11	8.2%	6.189	0.045
DESINTEGRADA	53	39.6%	35	26.1%		
COMPOSICIÓN						
NUCLEAR SIMPLE	83	61.9%	92	68.7%		
NUCLEAR EXTENSA	36	26.9%	34	25.4%	2.650	0.266
NUCLEAR COMPUESTA	15	11.2%	8	6.0%		

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de apago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA

De acuerdo con la tipología familiar y la adherencia al tratamiento, en el tipo de desarrollo moderna el grupo no adherente fue de 71.6% y el grupo adherente 82.8%. En cuanto al tipo de demografía urbana en el grupo no adherente fue de 78.4% y el grupo adherente 82.8%. En cuanto a su integración, en las familias integradas el grupo no adherente fue de 56.0% y el grupo adherente de 65.7%. En cuanto a su composición, en las familias nucleares simples el grupo no adherente fue de 61.9% y en el grupo adherente fue de 68.7%

Cuadro VII.7. Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA y Depresión,

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DEPRESIÓN

n=268

INVENTARIO DE BECK	NO ADHERENTE		ADHERENTE		χ^2	p
	n	%	n	%		
NO DEPRESIÓN	93	69.4%	107	79.9%		
DEPRESIÓN LEVE	30	22.4%	18	13.4%		
DEPRESIÓN MODERADA	9	6.7%	8	6.0%	4.372	0.224
DEPRESIÓN GRAVE	2	1.5%	1	0.7%		

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de pago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.

En cuanto a la adherencia al tratamiento y la depresión, el grupo no adherente presentó depresión leve en el 22.4% y el grupo adherente en 13.4%; depresión moderada el grupo no adherente con 6.7% y el grupo adherente con 6.0%, diferencia no estadísticamente significativa.

Cuadro VII.8. Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA y funcionalidad familiar.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

n=268

ENCUESTA FFSIL	NO ADHERENTE		ADHERENTE		χ^2	p		
	ADHERENTE							
	n	%	n	%				
FUNCIONAL	30	22.4%	37	27.6%				
MODERADAMENTE FUNCIONAL	58	43.3%	79	59.0%				
DISFUNCIONAL	40	29.8%	16	11.9%	16.236	0.001		
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	6	4.5%	2	1.5%				

Fuente: Datos de las encuestas del Protocolo Falta de pago al tratamiento farmacológico y su asociación con depresión y disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA

En cuanto a la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar, el grupo no adherente presento familia moderadamente funcional en un 43.3% y el grupo adherente 59.0%. Grupo no adherente con familia disfuncional 29.8% y el grupo adherente 11.9%, diferencia estadísticamente significativa.

VIII. Discusión

La enfermedad ocasionada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido un tema importante de estudio desde sus primeros casos descritos en humanos en 1981, desde entonces y aún en la actualidad, es un padecimiento que viene rodeado de una serie de estigmas y estereotipos impuestos por la sociedad.

En décadas anteriores el pronóstico de la enfermedad no era nada favorable, pero con el paso del tiempo y gracias a las investigaciones realizadas se han ido desarrollando fármacos capaces de controlar la replicación del virus en el organismo, dando lugar a una mayor esperanza de vida para las persona portadoras de este virus. La adherencia al tratamiento es entonces esencial para el paciente (como en cualquier otra enfermedad crónica), sin embargo, esta enfermedad trae consigo una carga social llena de estigmas que desafortunadamente han perdurado hasta tiempos actuales, lo cual hace atravesar al paciente por un proceso en donde su psique puede verse afectado, todo este proceso y sus implicaciones puede afectar la manera en que el paciente se adhiere al tratamiento.

La importancia del trabajo que aquí se presenta recae en el conocimiento generado en torno a la adherencia al tratamiento y su asociación con la depresión y la funcionalidad familiar, tema que cobra importancia en el contexto actual ya que como se menciono antes la adherencia al tratamiento es de vital importancia en los pacientes que viven con VIH y como diferentes factores externos pueden afectar su adherencia, ya sea el estado de ánimo en que se encontraron los pacientes o la relación que estos tienen con su familia.

Se observó que las características sociodemográficas son similares a lo observado en otros estudios (Caldera-Guzmán, 2020), el género predominante fue el masculino con un 88.8%, el grado de escolaridad predominante fue licenciatura con un 52.6% y para el estado civil el mayor porcentaje fue de solteros con 62.3%. La explicación se encuentra en el contexto histórico de este enfermedad, desde los primeros estudios realizados la población predominante siempre han sido hombres,

ya que tienen prácticas sexuales de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, no utilizar preservativo, relaciones sexuales casuales sin protección, etc.

Mientras que la depresión y la adherencia al tratamiento no se vieron asociadas en este estudio, en el meta-análisis realizado por Gonzalez J. S. Si se encontró asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la no adherencia al tratamiento.

Por otro lado la adherencia al tratamiento si se vio afectada por la disfunción familiar, en este estudio se encontró que los pacientes con familia disfuncional en el grupo de no adherencia al tratamiento representan 29.8%, mientras que en el grupo de pacientes adherentes el resultado fue de 11.9%, con una P de 0.001, lo cual es estadísticamente significativo. Tales resultados concuerdan con los obtenidos del estudio realizado por Pérez Bastán en el 2020.

Entre las limitaciones de este estudio fue que la evaluación de la funcionalidad familiar solamente se tomo en cuenta el punto de vista del paciente, por lo que en futuras investigaciones tal vez los resultados serían mas precisos con entrevistas a toda la familia. También los resultados pudieron verse afectados ya que en algunos pacientes, sus familias no sabían de su diagnóstico. Asimismo la presencia de muchos pacientes foráneos que no viven con su familia también pudiera ser un sesgo.

IX. Conclusiones

En conclusión, se encontró que la depresión no se asocia a una adherencia o no adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA (al menos en este estudio), sin embargo, si existe asociación entre los pacientes con disfunción familiar y la adherencia al tratamiento, siendo que los pacientes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales tienen menor adherencia al tratamiento.

X. Propuestas

Como médicos familiares tenemos la capacidad de aplicar escalas para medir la funcionalidad familiar, en base a lo encontrado en la literatura y en los resultados de este estudio, sería buena idea aplicar estas escalas en nuestros pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, ya que como se observó, una disfunción familiar esta asociada con una no adherencia al tratamiento. Esto, en pro de mantener una buena salud en este grupo de pacientes, ya que de acuerdo con varios estudios y con este mismo, la mayoría de estos paciente son jóvenes en edades productivas con una licenciatura terminada, lo que se traduce como un motor económico para el país. Durante la realización de esta investigación también pude darme cuenta de áreas de oportunidad dentro del instituto y también dentro del país. Primero, hace falta realizar mas investigación que tenga como tema principal el VIH/SIDA, conocer mas a fondo la vida de estos pacientes y el porque algunos pacientes tienen buen apego al tratamiento mientras que otros no, ya que un gran numero de variables pueden influir como el tiempo de diagnostico, la edad de los pacientes, estado psicológico, recursos con los que el paciente cuenta para hacer frente a esta enfermedad, etc. Por lo que considero que este estudio puede ser el punto de partida de otros estudios mas específicos. Segundo, también pude darme cuenta de las inquietudes de los pacientes, por lo que en el ámbito de educación, también existe área de oportunidad para capacitar a nuestros médicos en este tema, ya que muchos no cuentan con la sensibilidad y conocimiento que la patología requiere, muchos se muestran indiferentes e incluso pudiendo llegar a actitudes discriminatorias, por lo que hace falta mas capacitación en este ámbito. Por último también sería importante poder asegurar el medicamento del paciente, ya que es vital como en cualquier otro padecimiento crónico, y en ocasiones hay desabasto. Como podemos ver, existen varias áreas de oportunidad respecto a este tema, tanto a nivel institucional como país y sociedad.

XI. Bibliografía

- 1 Pérez, V. E. V., & Aguilera, A. E. (2017). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1), 29-35.
- 2 Ceballos Liceaga SE, Carbaja Sandoval G, Arellanos Jacinto Y, Ramirez López G, Martínez Gómez A. (2022). Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH: informe histórico de VIH 1er trimestre 2022. Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- 3 Lozano, F., & Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(6), 455-465.
- 4 de Andrade Moraes, D. C., de Oliveira, R. C., do Prado, A. V. A., da Rocha Cabral, J., Corrêa, C. A., & de Albuquerque, M. M. B. (2018). O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral. *Enfermería Global*, 17(1), 96-141.
- 5 Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C., & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(2), 181-187.
- 6 GeSIDA. (2019). *Escalas clínicas aplicables a personas con VIH*. GeSIDA Grupo de Estudio del Sida-seimc. Recuperado 4 de febrero de 2020, de content/uploads/2020/07/Guia_GESIDA_EscalasClinicas_2020_v2.pdf
- 7 Membrillo Luna, A., Quiroz Perez, J., & Rodriguez López, J. (2008). *Familia: introducción al estudio de sus elementos* (1.^a ed.).

- 8 Cruz Velázquez, L. (2015). El impacto del VIH/SIDA en la familia, un enfoque de intervención social.
- 9 Cassinda Vissupe, M. D., Angulo Gallo, L., Guerra Morales, V. M., Louro Bernal, I., & Martínez González, E. (2016). Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-10.
- 10 INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA (2022).
- 11 Domingo, P. S., & Conde, F. (2013). Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. *Revista multidisciplinar del SIDA*, 1(1), 41-58.
- 12 Caldera-Guzmán, D., & Pacheco-Zavala, M. D. P. (2020). Funcionalidad familiar del paciente con VIH-Sida en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El Residente*, 15(2), 48-53.
- 13 Manzano-Rosas RG, Cruz-López G, Elizarrarás-Cruz JD, Herrera-Lugo KG, Elizarrarás-Rivas J. (2020). Asociación de la funcionalidad familiar y calidad de vida de pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana en un hospital del IMSS Oaxaca. *Avan C Salud Med.* (4):111-121.
- 14 Deeks, S. G., Overbaugh, J., Phillips, A., & Buchbinder, S. (2015). HIV infection (Primer). *Nature Reviews: Disease Primers*, 1(1).

- 15 Parrales Moreira, Y. E., & Pilligua Choez, L. J. (2023). *Infección por virus de inmunodeficiencia humana: prevalencia, complicaciones y diagnóstico* (Bachelor's thesis, Jipijapa-Unesum).
- 16 Secretaria de salud. (2022). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA.
- 17 Petro, N., & Betancour, N. (2021). Complicaciones más frecuentes del VIH/SIDA en Colombia y panorama del virus durante el periodo 2017-2020.
- 18 Pascual, I. P., Rubio, E. M., & Martínez, A. R. (2018). Complicaciones infecciosas en el paciente con infección por el VIH. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(56), 3306-3313.
- 19 Pascual, I. P., Rubio, E. M., & Martínez, A. R. (2018). Complicaciones no infecciosas en el paciente con infección por el VIH. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(56), 3314-3320.
- 20 de expertos de GeSIDA, P., & sobre el Sida, P. N. (2014). Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32(7), 446-e1.
- 21 Barrera Fernández, A. J. (2020). Medición de la adherencia al tratamiento antirretroviral contra el VIH y su impacto en la respuesta clínica.

- 22 Rodríguez-Chamorro, M. A., García-Jiménez, E., Rodríguez-Pérez, A., Batanero-Hernán, C., & Pérez-Merino, E. M. (2020). Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en práctica clínica habitual. *Pharmaceutical Care España*, 22(3), 148-172.
- 23 Téllez, D. (2010) Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el hospital general de zona #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- 24 Pachas, D. V. B. S. (2019). Propiedades Psicométricas del inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39-52.
- 25 Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- 26 Fuentes Aguilar, A. P., & Merino Escobar, J. M. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología ucbsp*, 14(2), 247-283.
- 27 Velázquez, L. E. T., Luna, A. G. R., Silva, P. O., & Garduño, A. G. (2015). Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. *Enseñanza e investigación en psicología*, 20(1), 48-55.
- 28 Barreras-Miranda, M. I., Muñoz-Cortés, G., Pérez-Flores, L. M., Gómez-Alonso, C., Fulgencio-Juárez, M., & Estrada-Andrade, M. E. (2022). Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Atención Familiar*, 29(2), 72-78.

XI. Anexos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y SU ASOCIACION CON DEPRESIÓN Y DISFUCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, HGR1. Delegación, Querétaro, Octubre 2022
Justificación y objetivo del estudio:	El VIH/SIDA sigue siendo hoy en día un tema importante en el ámbito de la salud publica, por lo que seguir haciendo estudios en torno a este es imperativo para un mejor entendimiento de esta enfermedad no solo desde el enfoque biológico, sino también desde un enfoque social, en donde la familia juega un papel primordial en el curso que puede tomar esta enfermedad. El presente trabajo ayudara a identificar la relación que existe entre el apego al tratamiento y depresión, funcionalidad familiar. Una vez establecida esta relación los resultados podrían ayudarnos a proponer intervenciones por parte de los médicos en conjunto con todo el equipo multidisciplinario (enfermería, trabajo social, psicología, etc) para tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad.
Procedimientos:	Su participación consiste en contestar tres cuestionarios, el primero será aplicado por el investigador principal y dura aproximadamente 5 min, los otros dos cuestionarios, usted los contestará tranquilamente y si tiene alguna duda con gusto me puede preguntar. Cada uno de los cuestionarios se lleva aproximadamente 10 min en contestarlo. Uno de los instrumentos investiga si usted si lleva su tratamiento de manera adecuado y otro investiga <u>si usted pudiera estar deprimido, y el ultimo evalúa como es la relación con su familia</u> .
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no genera riesgo para la salud, sin embargo al contestar las diversas encuestas puede que algunas preguntas le generen desagrado
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en este estudio ayudara a comprender mejor las posibles razones por las cuales usted no llevan un adecuado apego al tratamiento, además de que usted podrá conocer el resultado de las diferentes encuestas en donde se evalúa depresión, funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los instrumentos serán evaluados inmediatamente usted los termine de contestar y se le explicará los resultados antes de que usted se retire, así también se le ofrecerá alguna ayuda psicológica o con psiquiatría si usted saliera con algún grado de depresión o que su familia no funcionara de manera adecuada y que esto pudiera interferir con que usted se tome su medicamento como es debido.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto. Y usted puede decidir continuar o no con los cuestionarios.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial. Por ningún motivo nadie podrá enterarse de su identidad ni de sus respuestas.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Leticia Blanco Castillo Especialista en Medicina Familiar Directora clínica de tesis Celular: 442 127 61 40 Correo electrónico: leticia.blanco@imss.gob.mx; lety_blc7@hotmail.com UMF 11
Colaboradores:	ADRIAN LARA CARREON

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación localizado en la coordinación clínica de educación investigación en salud del Hospital General Regional No. 1 Av. 5 de Febrero 102 colonia centro, Cp: 76000, Querétaro, Querétaro. De Lunes a Viernes de 8:00 a 16:00 hrs. Teléfono 4422112337, correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre y firma de algún integrante de la familia	Testigo: _____
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p> <p>Clave: 2810-009-013</p>	

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA.</p>	
Edad <hr/>	Género a) Masculino b) Femenino c) No binario
Escolaridad 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato	Estado civil 1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre
Adherencia al tratamiento (cuestionario smaq) 1.- Adherente 2.- No adherente	Depresión (inventario de depresión de Beck) 1.- Depresión mínima 2.- Depresión leve 3.- Depresión moderada 4.- Depresión grave

Funcionalidad familiar (FF-SIL)	Tipología familiar
1.- Funcional 2.- Moderadamente funcional 3.- Disfuncional 4.- Severamente disfuncional	a) Segundo su desarrollo: 1.Moderna 2.Tradicional 3.Arcaica b) Segundo su demografía: 1.Rural 2.suburbana 3.urbana c)Segundo su integración: 1.Integrada 2.semi integrada 3.desintegrada d)Segundo su composición: 1.Nuclear simple 2.Nuclear extensa 3.Nuclear compuesta.

Cuestionario SMAQ de adherencia al tratamiento

Por favor marque la respuesta correcta o anote lo que se le pide en el siguiente cuestionario

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si	No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si	No
3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si	No
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? (Si	No
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis? A=Ninguna B= 1-2 C= 3-5 D= 6-10 E= Mas de 10		

6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación? _____		
---	--	--

Respuestas: se considera no adherente si contestó de la siguiente manera:

- 1. Si**
- 2. No**
- 3. Si**
- 4. Si**
- 5. B,C,D,E**
- 6. Mas de dos días.**

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a . No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me cuelgo más fácilmente que lo habitual.
2 Es toy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-9, no depresión; 10-18, depresión leve; 19-29, depresión moderada; y >30, depresión grave.

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrelevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba
FF-SIL

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos