

# Avances en Ciencia, Salud y Medicina

Órgano Oficial de Difusión de los Servicios de Salud de Oaxaca

Octubre - Diciembre 2020

Vol. 7 Núm. 4

## Asociación de la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un hospital del IMSS Oaxaca.

Manzano-Rosas Ruth Gabriela,<sup>1</sup> Cruz-López Gladys,<sup>2</sup> Elizarrarás-Cruz Jesús Daniel,<sup>3</sup> Herrera-Lugo Kena Guadalupe,<sup>4</sup> Elizarrarás-Rivas Jesús.<sup>3, 5</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar, UMF No. 65 IMSS, Oaxaca, México.

<sup>2</sup>Unidad de Medicina Familiar No.38 IMSS, Oaxaca, México.

<sup>3</sup>Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca.

<sup>4</sup>Coordinación de Educación en Salud, Delegación IMSS Oaxaca.

<sup>5</sup>Coordinación de Investigación en Salud, Delegación IMSS Oaxaca.

### Correspondencia:

Dr. en C. Jesús Elizarrarás Rivas.  
Coordinación de Investigación en Salud. Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Delegación IMSS Oaxaca.  
Calle Reforma No. 905, Col. Centro, CP: 68000.  
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.

Teléfono: 951 188 48 21

Correo-e: dr.jesuselizarraras@gmail.com

### Detalles del Artículo

Recibido:30-Septiembre-2020

Aceptado:23-October-2020

### Cómo citar este artículo

Manzano-Rosas RG, Cruz-López G, Elizarrarás-Cruz JD, Herrera-Lugo KG, Elizarrarás-Rivas J. 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* 2020; 7 (4):111-121.

*Association of family functionality and quality of life in patients living with the Human Immunodeficiency Virus in an IMSS Oaxaca hospital.*

### Abstract

**Introduction:** The relationship between social support, depression, coping and health seems to be especially important for people living with HIV. The objective was to analyze the association between quality of life and family functionality in patients living with the HIV / AIDS virus at the Hospital General de Zona N. 1 in Oaxaca de Juárez.

**Material and methods:** A descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out in 230 patients from the HIV clinic of the HGZ No. 1 of the IMSS Oaxaca. HIV-positive patients, adults, beneficiaries and who agreed to participate were included. Two validated surveys were applied: family functionality (family APGAR) and Health-related quality of life (MOS-HIV-SF30). A univariate and bivariate analysis was performed, with parametric and non-parametric tests (ANOVA / Kruskal Wallis, Student's T / U Mann Whitney and  $\chi^2$ ).

**Results:** 85.2% of the people were men, with an average age of  $39 \pm 14.3$  years. The time of evolution of the diagnosis was  $7 \pm 2.6$  years. The perception of quality of life regarding health in PLWHA was 83%, the degree of family dysfunction was 32.2% in PLWHA. There is a directly proportional relationship between health-related quality of life (HRQL) and family functionality ( $p \geq 0.05$ ).

**Discussion:** From the point of view of family medicine, HIV / AIDS is a complex process that goes beyond a health crisis. It is not only an attempt to face a biological ailment, but also to confront psychological fears, social reactions, ignorance, prejudice and discrimination, even from the family. PLWHA

must seek and have psychotherapeutic support and great family support to be able to assume the disease.

**Keywords:** Quality of Life, Family Functionality, HIV, AIDS.

---

## Resumen

---

**Introducción:** La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser especialmente importante para las personas que viven con el VIH. El objetivo fue analizar la asociación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes que viven con el virus del VIH/SIDA en el Hospital General de Zona N. 1 de Oaxaca de Juárez.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes 230 pacientes de la clínica de VIH del HGZ No. 1 del IMSS Oaxaca. Se incluyeron pacientes portadores de VIH, mayores de edad, derechohabientes y que aceptaran participar. Se aplicaron dos encuestas validadas: funcionalidad familiar (APGAR familiar) y Calidad de vida relacionada a la salud (MOS-HIV-SF30). Se realizó un análisis univariado y bivariado, con pruebas paramétricas y no paramétricas (ANOVA/Kruskal Wallis, T de Student/UMann Whitney y  $\chi^2$ ).

**Resultados:** El 85.2% de las personas fueron hombres, con una edad promedio de 39±14.3 años. El tiempo de evolución del diagnóstico fue de 7±2.6 años. La percepción de la calidad de vida respecto a la salud en las PVV fue del 83%, el grado de disfuncionalidad familiar fue del 32.2% en las PVV. Existe una relación directamente proporcional entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y la funcionalidad familiar ( $p \geq 0.05$ ).

**Discusión.** Desde el punto de vista de la medicina familiar, el VIH/SIDA es un proceso que posee una complejidad que va más allá de una crisis de salud. No se intenta solamente enfrentar una dolencia biológica, sino que se confronten temores psicológicos, reacciones sociales, ignorancia, prejuicios y discriminación, incluso de la familia. Las PVV deben buscar y contar con un apoyo psicoterapéutico y un gran apoyo familiar para poder asumir la enfermedad.

**Palabras Clave:** Calidad de Vida, Funcionalidad Familiar, VIH, SIDA.

---

## Introducción

---

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) se debe a 1 de 2 retrovirus similares (HIV-1 y HIV-2) y, clínicamente se caracteriza por una infección asintomática durante un periodo variable de hasta alrededor ocho años, debido al equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmunológica del paciente. Con la evolución se rompe este equilibrio y se aumenta la carga viral, lo que deteriora la función inmune y permite la aparición de diversas infecciones clásicas oportunistas y tumores, con lo que se llega a la etapa de SIDA.<sup>1</sup>

Según el Registro Nacional de Casos de SIDA, los casos notificados de VIH-SIDA entre 1983 a 2018 fue de 186,665 pacientes. De éstos, a noviembre de 2019 se encontraban vivos 135,515 y según el estado de evolución registrado se distribuían en SIDA: 72,599 y VIH: 62,916. De acuerdo con

el CENSIDA, los estados con la mayor tasa por 100,00 habitantes de casos nuevos diagnosticados de VIH y de SIDA en 2019 fueron para SIDA, Campeche con 22.1%, Guerrero con 9.8%, Morelos con 7.9%, Colima con 7.7%, Tlaxcala con 7.7%, y para VIH, Campeche con 17.4%, Yucatán con 13.7%, Quintana Roo con 7.8%, Tabasco con 7.6%, Oaxaca con 6.7%.<sup>2</sup>

A nivel estatal, hasta agosto de 2019 había 6,996 casos de VIH/SIDA, con 3,385 fallecimientos; y viviendo con la enfermedad 2,962 personas, de las cuales 2,882 eran adultos y 100 son menores de 15 años. En nuestro estado se concentra en el grupo heterosexual, pues esta categoría representa el 49.3% del total de casos, afectando más a los hombres con el 78.4%, en el grupo de 15-44 años de edad con 78%. Así mismo, se tenía un registro de 2,300 seropositivos hasta enero de 2019, sin registro de defunciones; de igual forma, 60.6% son heterosexuales, afectando en 85.7% al grupo de 15 a 44 años.<sup>3</sup>

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la que se encuentre y en relación con las demandas que perciba desde su ambiente externo; es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia, que le permiten a cada uno de ellos desarrollarse como individuos, y les infunde, además, el sentimiento de no estar aislados y poder contar con el apoyo de los demás. La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser importante para las personas que viven con el VIH. Zich y Temoshok demostraron que los pacientes portadores de VIH-SIDA con falta de apoyo social y familiar presentaron mayores episodios de recaídas y una mayor exacerbación de síntomas físicos.<sup>4</sup>

Los instrumentos de evaluación de la familia, nos permiten identificar en qué medida se cumplen las funciones básicas y cuál es el rol que puede estar jugando la familia en el proceso salud-enfermedad. En 1978, el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, creó el apagar familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia. Éste se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros para evaluar son la adaptación, participación o cooperación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.<sup>5,6</sup> La medición de la calidad de vida se realiza a través de escalas genéricas, que se aplican a la población general y a una gran cantidad de enfermedades y de escalas específicas por enfermedad. En el caso de la infección por el VIH, existen cuestionarios validados a nivel internacional, como el MOS-HIV; es un cuestionario corto, autoadministrable y fácilmente comprensible. Se compone de 35 ítems con respuestas en escalas ordinales de dos, tres, cinco ó seis posibilidades, divididos en 11 dimensiones -percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, preocupación de salud, función cognoscitiva, calidad general de vida y salud transitoria-, que a su vez se pueden cuantificar en dos índices generales: salud física (ISF) y salud mental (ISM).<sup>7</sup>

Dentro de la medicina familiar, no solo estudiamos al enfermo, sino a todo su entorno; pero sobre

todo a su familia, por lo que no debemos olvidar cómo se ve afectada. En el caso de los pacientes con VIH-SIDA, hay poca evidencia sobre el apoyo familiar, por lo que se pretende explorar el apoyo social y familiar en pacientes portadores en cualquier estadio, indagando el grado de función familiar que acarrearía en su entorno durante el tiempo de evolución de su enfermedad a partir de la raíz del diagnóstico, de tal manera que nos permitirá abrir espacios de conciencia mutua entre el enfermo y su entorno familiar con el fin de lograr una acción colectiva contra el virus y una mejor convivencia con las personas afectadas por el mismo, además de que se reforzaría la importancia del apoyo familiar durante la evolución de la enfermedad, la generación de solidaridad y compromiso frente al desafío que plantea el SIDA.<sup>8-10</sup>

El objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes que viven con el virus del VIH/SIDA en el Hospital General de Zona No. 1 de Oaxaca de Juárez.

### Material y metodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que acudieron a la consulta externa de la clínica de VIH del HGZ No.1 IMSS. Una vez que se obtuvo el registro por el Comité Local de Investigación y del Comité de Ética en Investigación del HGZ No. 1 para la realización de la investigación, se procedió a aplicar los instrumentos de medición. Se seleccionaron de forma aleatoria a 230 pacientes, previa firma del consentimiento informado, se les aplicaron los siguientes instrumentos: hoja de recolección de datos: factores biológicos (edad, sexo, tiempo de diagnóstico, estado civil), APGAR familiar que sirve para estimar el funcionamiento familiar, en el que se hace referencia a cinco componentes: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, recursos. Estos componentes se evalúan a través de 5 preguntas, que se puntúan de 0 a 4, donde 0 indica "nunca"; 1 "casi nunca", 2 "algunas veces", 3 "casi siempre" y 4 "siempre". Después se realizó la suma de acuerdo a las respuestas obtenidas, de tal manera que se tomaron las siguientes referencias para hablar del tipo de función familiar: 00-09 Disfunción severa, 10-13 Disfunción mo-

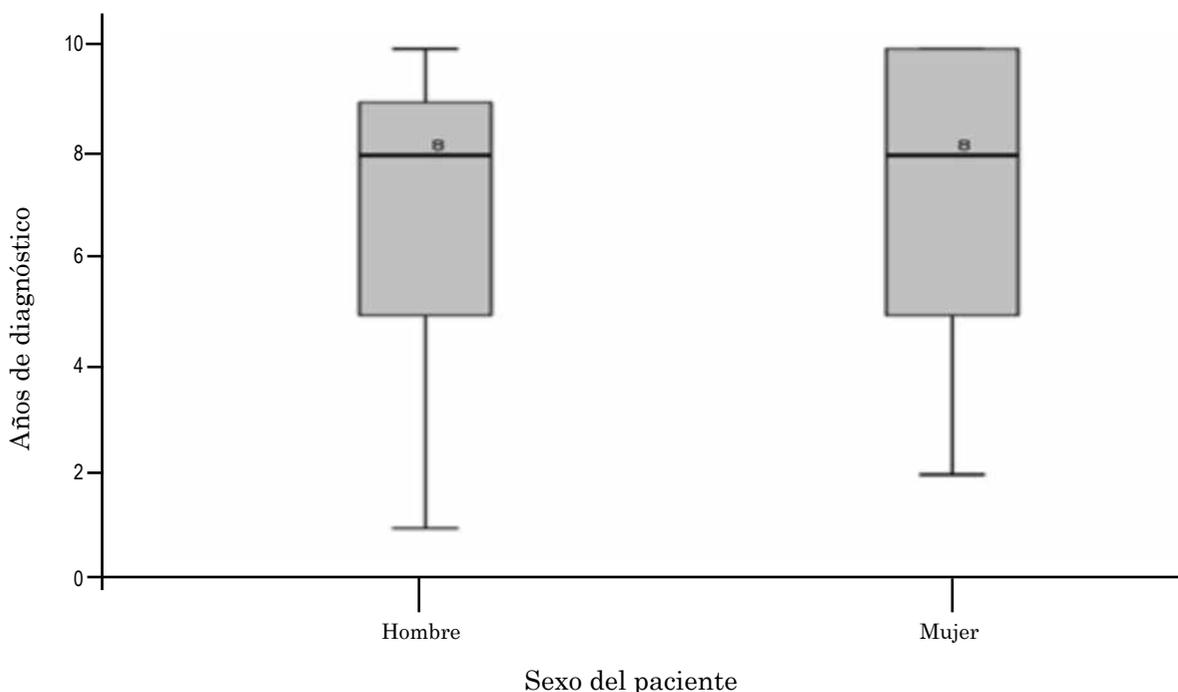
derada, 14-17 Disfunción leve, 18-20 familia funcional/buena funcionalidad familiar. El cuestionario MOS-HIV-SF30, evalúa la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en personas que viven con VIH. Es un cuestionario formado por 30 ítems tipo Likert, donde 22 ítems comprenden a una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho ítems con 3 puntos (0 a 2). Los ítems se subdividen en 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud. Por último, se obtiene una puntuación directa de CVRS global que tiene un rango de 0 a 100 puntos, el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100, el más alto. Posterior a ello, los datos de los instrumentos de medición se vaciaron en una hoja de recolección de datos en Excel, y se exportaron al paquete estadístico SPSS V20 para su procesamiento, realizando un análisis estadístico univariado, para las variables cuantitativas (medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana, varianza, desviación estándar y rango) y para las variables cualitativas (medidas de frecuencia, razones, porcentajes y proporciones). Dentro del análisis bivariado se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas (Anova/Kruskal Wallis, T de Student/UMann Whitney) y

$\chi^2$ . Se consideró un valor de  $p < 0.05$  para considerar significancia estadística.

## Resultados

Se incluyeron 230 pacientes, de los cuales el 85.2% fueron hombres y el 14.8% mujeres, mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre ellos ( $\chi^2=114.1$ ,  $p \leq 0.05$ ). El rango de edad de las PVV fue de 18 a 65 años, con una media de 38 años en los hombres y 43 años en las mujeres, la edad promedio se considera aun como productiva. Respecto a los años de diagnóstico que reportaron, las PVV al momento del estudio, fue de 1 a 10 años, con una media de 7 años  $\pm$  2.6. El 84% de los pacientes, contaba con más de tres años de diagnóstico de VIH/sida, lo que conlleva un cambio en la calidad de vida y funcionalidad familiar. La figura 1, muestra la diferencia de tiempo transcurrida en años, por sexo de la PVV, donde el tiempo promedio de diagnóstico para los hombres es de 7 años, y de las mujeres de 8 años, ambos con la misma mediana, 8 años. El rango de tiempo de diagnóstico en los hombres fue de 1 a 8 años, y en las mujeres de 2 a 10 años. Sin embargo, por la distribución de los datos, no hay diferencia estadísticamente significativa ( $p \geq 0.05$ , U Mann Whitney= 2720.5).

**Figura 1.** Comparación del tiempo de diagnóstico versus sexo de las PVV.



**Cuadro 1.** Características sociales de las PVV.

Características sociales de las PVV		Hombre		Mujer		Total
		n	% fila	n	% fila	n
Estado civil	Soltero (a)	158	86.8	24	13.2	182
	Casado (a)	38	79.2	10	20.8	48
Total		196		34		230

La calidad de vida de las PVV se obtuvo mediante la aplicación de la encuesta MOS-HIV-SF30, la cual cuenta con 30 ítems y 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto

**Cuadro 2.** Sub escalas de la evaluación de la calidad de vida (MOS- HIV- SF30) en PVV.

	No. de tems	No. de tem	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Salud general percibida	1	1	0-4	1	4	2.66	0.901	0.812
Dolor	1	2	0-4	0	4	3.15	0.881	0.776
Funcionamiento físico	6	3 - 8	0-12	0	12	11.01	1.981	3.926
Actividad diaria	2	9 - 10	0-4	0	4	3.63	0.900	0.809
Funcionamiento social	1	11	0-4	0	4	3.62	0.916	0.840
Salud mental	5	12 - 16	0-20	5	20	15.43	4.151	17.233
Energía/fatiga	4	17 - 20	0-16	4	16	12.03	3.541	12.541
Malestar respecto a la salud	4	21 - 24	0-16	0	16	12.18	4.600	21.159
Funcionamiento cognitivo	4	25 - 28	0-16	2	16	13.22	3.013	9.079
Calidad de vida percibida	1	29	0-4	2	4	3.16	0.733	0.537
Transición de salud	1	30	0-4	0	4	3.15	0.993	0.985
Calidad de Vida (MOS HIV SF30)	30	1-30	0-100	30	104	83.20	16.824	283.034

a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud (cuadro 2). De las áreas afectadas respecto a la Calidad de Vida Relacionada a la Salud, la percepción de la salud general fue el área más afectada, según lo registrado por la escala MOS-HIV-SF30, llegando

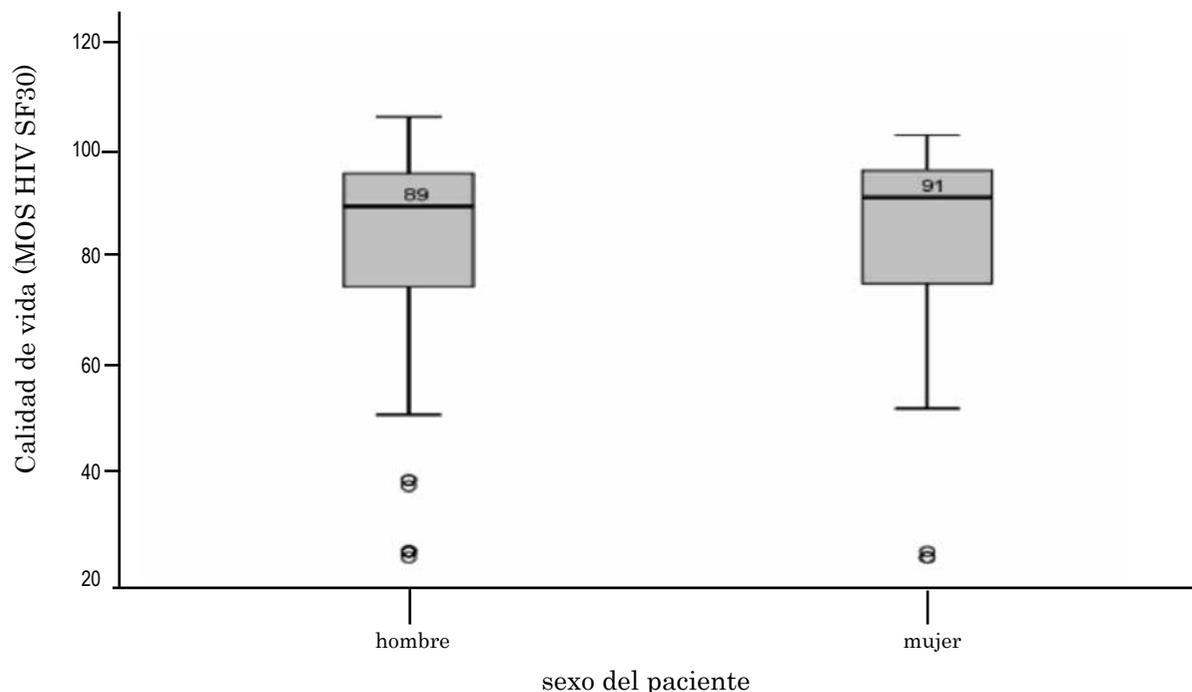
solo al 66% de lo esperado. En segundo lugar, se encuentran la afectación de la energía (percepción de fatiga), el malestar respecto a la salud y la salud mental, con menos del 80% de cumplimiento (cuadro 3). La CVRS según la escala aplicada a las PVV fue del 83%.

**Cuadro 3.** Calidad de vida relacionada a la salud percibida (subescalas), encuesta MOS-HIV-SF30 en PVV.

Aspectos de la Calidad de vida	% de cumplimiento
Funcionamiento físico	92%
Actividad diaria	91%
Funcionamiento social	90%
Funcionamiento cognitivo	83%
Calidad de vida percibida	79%
Dolor	79%
Transición de salud	79%
Salud mental	77%
Malestar respecto a la salud	76%
Energía /fatiga	75%
Salud general percibida	66%
Calidad de Vida (MOS HIV SF30)	83%

La calidad de vida de las PVV respecto al sexo, se muestra en la Figura 2, donde se observa que los hombres obtuvieron una CVRS del 84% (mediana= 89, DE= 16.1, Min=30, Max=100), mayor a lo encontrado en las mujeres, con un 81% (mediana= 91, DE= 20.3, Min=30, Max=100), y por la distribución de los datos, no se encontró significancia estadística ( $p \geq 0.05$ , U Mann Whitney= 3290.5), (figura 2).

**Figura 2.** Comparación de la calidad de vida (MOS-HIV-SF30) versus sexo de las PVV.



Para determinar la funcionalidad familiar en las PVV, se empleó el cuestionario de APGAR familiar. En el Cuadro 4 se observa que el 67.8% de las PVV estudiadas cuentan con una buena función familiar y el 10% tiene una disfunción familiar moderada/severa. El grado de disfunción familiar en las PVV es del 32.2%.

**Cuadro 4.** Funcionalidad familiar (APGAR Familiar) en PVV.

	Frecuencia	%
Buena función	156	67.8
Disfunción leve	51	22.2
Disfunción moderada	7	3.0
Disfunción severa	16	7.0
Total	230	100.0

En el Cuadro 5, se observa que funcionalidad familiar no tiene variabilidad respecto al sexo de las PVV; sin embargo, la disfunción moderada y severa es mayor en el sexo femenino.

**Cuadro 5.** Grado de Funcionalidad Familiar (APGAR familiar) por sexo en PVV.

	Hombre		Mujer		Total
	n	%	n	%	n
Buena función	133	68%	23	68%	156
Disfunción leve	47	24%	4	12%	51
Disfunción moderada	5	3%	2	6%	7
Disfunción severa	11	6%	5	15%	16
Total	196		34		230

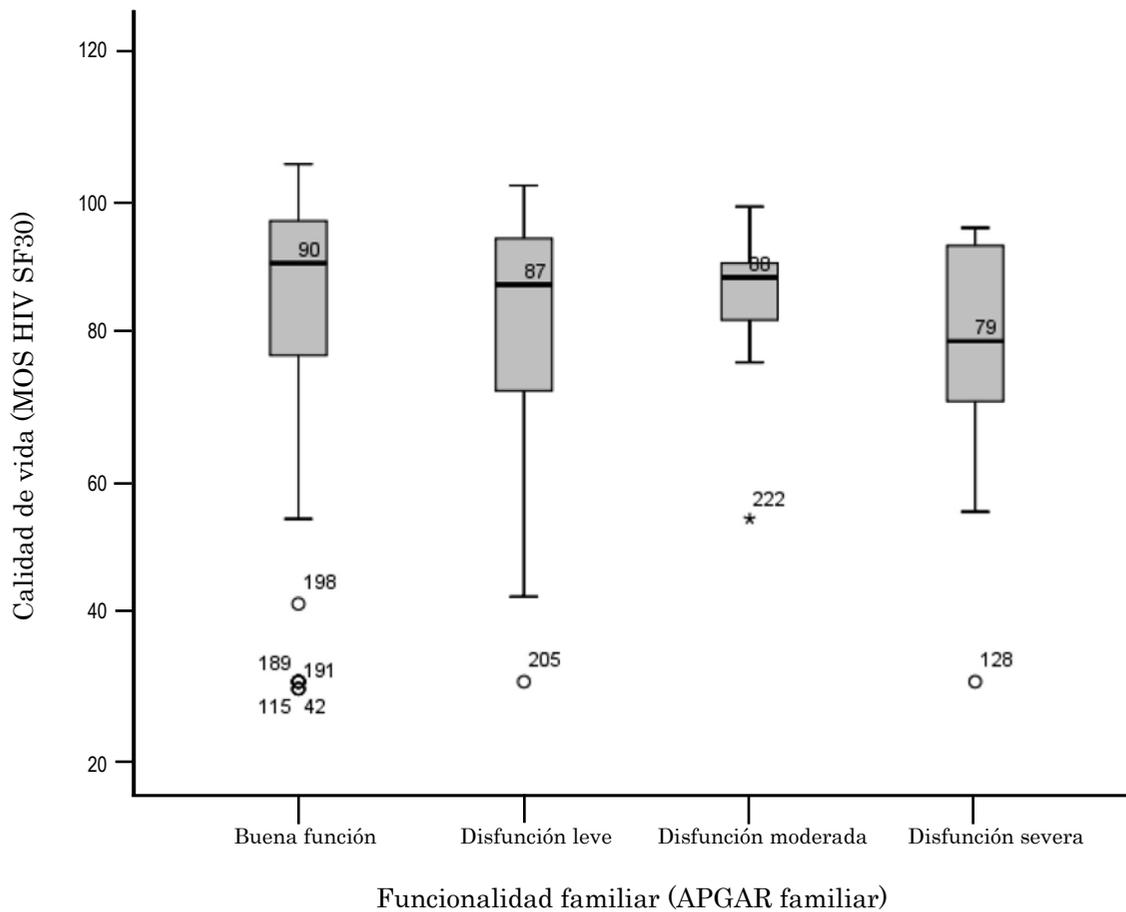
Se utilizó la prueba de Post hoc para comparar el promedio de la calidad de vida (MOS-HIV-SF30) y la funcionalidad de la familia (APGAR familiar) para determinar la asociación de las variables. Mediante el estadístico de prueba de ANOVA se encontró que no había asociación causal entre la CVRS y la funcionalidad familiar ( $p \geq 0.05$ ), tal como se muestra en el cuadro 6.

**Cuadro 6.** Comparaciones múltiples entre la CVRS y la Funcionalidad Familiar.

(I) Funcionalidad familiar (APGAR Familiar)		Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95% Límite inferior	Límite superior
Buena función	Disfunción leve	2.336	2.716	0.864	-5.31	9.99
	Disfunción moderada	0.770	6.505	1.000	-17.55	19.09
	Disfunción severa	6.574	4.420	0.531	-5.88	19.02
Disfunción leve	Buena función	-2.336	2.716	0.864	-9.99	5.31
	Disfunción moderada	-1.566	6.787	0.997	-20.68	17.55
	Disfunción severa	4.238	4.825	0.856	-9.35	17.83
Disfunción moderada	Buena función	-0.770	6.505	1.000	-19.09	17.55
	Disfunción leve	1.566	6.787	0.997	-17.55	20.68
	Disfunción severa	5.804	7.630	0.901	-15.69	27.30
Disfunción severa	Buena función	-6.574	4.420	0.531	-19.02	5.88
	Disfunción leve	-4.238	4.825	0.856	-17.83	9.35
	Disfunción moderada	-5.804	7.630	0.901	-27.30	15.69

En la figura 3, se observa que las PVV con una buena función familiar reportan una mayor calidad de vida en promedio, con un 84% (mediana= 90, DE= 17.38); aquellas con una familia con una disfunción leve, su calidad de vida en promedio fue del 81% (mediana= 87, DE= 15.21); las PVV con una familia disfuncional moderada, presentaron una CRVS promedio del 83% (mediana=88, DE=14.5) y aquellas PVV con una familia disfuncional severa mostraron una CVRS del 77% (mediana=79, DE=17.17), sin mostrar significancia estadística ( $p \geq 0.05$ , ANOVA).

**Figura 3.** Comparación de la calidad de vida (MOS-HIV-SF30) versus la funcionalidad familiar (APGAR familiar) de las PVV.



## Discusión

En la investigación realizada en PVV respecto a la calidad de vida percibida o CVRS y la funcionalidad familiar, se observó un predominio de los hombres (85.2%), semejante a estudios similares reportados por Remor,<sup>11</sup> Peña de León,<sup>8</sup> Alvis,<sup>12</sup> y Cardona,<sup>9</sup> entre otros. Referente a la edad de las PVV estudiadas, se observó una edad promedio de 39 años similar a lo reportado por Remor,<sup>11</sup> Peña de León,<sup>8</sup> Hipolito;<sup>13</sup> la homogeneidad en los valores medios de la edad, evidencia la alta

prevalencia en este grupo de edad. En relación al estado civil de las PVV, los solteros representaron la mayoría (79%), correspondiendo a lo reportado por otros autores.<sup>1,13-18</sup>

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la participación de las PVV en el presente estudio tiene un rango de 10 años, y una media de 7 años, mayor a lo reportado por Peña de León;<sup>8</sup> cabe señalar que las referencias revisadas tienen heterogeneidad respecto a este rubro, lo cual puede deberse a las características de las poblaciones estudiadas.<sup>9,13,19-20</sup>

Mejorar la calidad de vida, como lo señala un informe de la OMS, tiene un valor intrínseco, en tanto es el proceso por el cual las personas toman conciencia de sí mismas, y determinan el orden en que deseen convivir y buscan autorrealización individual. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento, tal como lo menciona Velarde-Jurado.<sup>7</sup> Es por ello que la introducción de estos instrumentos no solo se limita a la investigación de ensayos clínicos, sino que se extiende a la investigación en servicios de salud.

Cardona Arias y cols., evaluaron la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes, de ambos sexos con diagnóstico de VIH/SIDA en la ciudad de Medellín Colombia. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable en todas las subescalas con excepción del malestar respecto a la salud;<sup>9</sup> semejante a lo encontrado en el presente estudio, donde se encontró un 76% de CVRS en el rubro de malestar respecto a la salud, mediante la aplicación de la encuesta MOS-HIV- SF30.

Resalta en el presente estudio la alta percepción de la CVRS de las PVV, con un 83%; semejante a lo reportado por Vallejos,<sup>15</sup> y superando a lo reportado por E. Remor (66.3%).<sup>21</sup> Tal vez esto se deba al desconocimiento de las repercusiones de la enfermedad en el organismo de los pacientes, por lo cual este aspecto debería investigarse en futuros estudios.

También se sabe que la depresión repercute de manera importante en la calidad de vida y, por otra parte, los pacientes deprimidos pueden presentar una percepción distorsionada de las mejoras en la salud, ya sea por un origen funcional o como efecto secundario al tratamiento antirretroviral.

El estudio de la CVRS es un aspecto de gran importancia social que está recibiendo gran interés, y más aún en lo que respecta al VIH/SIDA. Es fundamental ahondar más en la investigación de la relación entre calidad de vida y algunos factores emocionales, tales como la ansiedad, irritabilidad, la depresión, funcionamiento cognitivo, la calidad de interacción social y la importancia del rol del profesional de salud, en este caso del médico familiar, en este largo proceso de enfermedad,

puesto que el diagnóstico de VIH/SIDA afecta de manera considerable en lo afectivo y otras esferas del ser humano.

La familia juega un rol importante en la vida de los pacientes con VIH/SIDA, ya que una familia bien constituida fortalece los vínculos psicoafectivos, disminuye la percepción de estigma y discriminación, factores determinantes en la calidad de vida de los afectados. Es por ello, que se analizó en el presente estudio de investigación la asociación de la CVRS y la funcionalidad familiar.

Quilt Mendez menciona que la familia es el grupo social por excelencia al cual pertenecen las personas, y es la encargada no solo de satisfacer sus necesidades más apremiantes, sino de proteger a los miembros que la integran.<sup>22</sup> La familia se considerada un sistema abierto, por lo que cualquier cambio que surja en ella, altera su funcionamiento familiar, provocando con ello situaciones críticas que pueden originar tensión y ansiedad, lo que da como resultado la afectación de todos los miembros que la componen.

Existen antecedentes de estudios utilizando el APGAR familiar como instrumento de medición dentro de la familia; esto es, aplicado a pacientes nefróticas y diabéticos. Se encontró que el ambiente dentro del que se ven involucrados las PVV, tiene una gran influencia en el control de su patología de fondo, ya que de esa manera el enfermo ve modificada su conducta, o aumenta su interés o motivación en base a la convivencia adecuada o inadecuada con su familiar.

Gregorio Salcedo reporta a pacientes nefróticas con un APGAR familiar del 55% de funcionalidad, y un APGAR familiar de 56% en el caso de pacientes diabéticos. En la presente investigación, la funcionalidad familiar fue del 67.8% en PVV, siendo mayor a lo previamente descrito. Lo anterior, puede significar que en familias que tienen un miembro con VIH/SIDA se demostró que tienen una dinámica familiar más funcional que en otras enfermedades terminales, siendo probablemente la más alta esfera de afecto en la cual se valora la capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familiar. Es por ello que en la presente investigación se observa que la familia juega un papel de vital importancia en las PVV en lo que respecta a la aceptación de su condición.

Trejos reporta una funcionalidad familiar normal del 81.8% en PVV, <sup>23</sup> mayor a lo encontrado en el presente estudio (67.8%). Esto puede deberse a que el estudio realizado por Trejos es en población pediátrica y eso puede influir en un mayor apego y vinculación familiar por la vulnerabilidad del grupo etario.

El presente estudio, encontró una funcionalidad familiar del 67%, menor a lo reportado por Gregorio Salcedo en la evaluación de la escala de APGAR familiar a PVV reportando un 77% de funcionalidad familiar, es decir, un 23% de grado de disfuncionalidad. Sin embargo, Salcedo describe que los hombres presentan una mayor funcionalidad que las mujeres, semejante a lo obtenido por nosotros.

Avilés-Chi menciona que el funcionamiento familiar no interviene únicamente en la adquisición de los hábitos dentro de un núcleo básico,<sup>24</sup> por lo que, en el presente trabajo dando seguimiento a lo planteado, se ha explorado la asociación del funcionamiento familiar y su impacto en la condición de salud.

Vicioso y cols., mencionan que la CVRS es directamente proporcional al apoyo social brindado.<sup>25</sup> Lo cual es semejante a lo determinado en la presente investigación, ya que las PVV con una buena función familiar reportan una mayor calidad de vida.

Podemos decir entonces que las personas infectadas, afrontan este problema de una manera individual, a través del uso de sistemas de apoyo externo como lo serían consultas en las áreas de psicología, psiquiatría y grupos de autoayuda,

además del uso de sus propios recursos en base a sus vivencias.

---

## Conclusiones

---

Desde el punto de vista de la medicina familiar, el VIH/SIDA es un proceso que posee una complejidad que va más allá de una crisis de salud. No se intenta solamente enfrentar una dolencia biológica, sino que se confronten temores psicológicos, reacciones sociales, ignorancia, prejuicios y discriminación incluso de la familia. Las PVV deben buscar y contar con un apoyo psicoterapéutico y un gran apoyo familiar para poder asumir la enfermedad.

La CVRS en las PVV se encontró en altos valores, influenciada principalmente por el funcionamiento físico, la actividad diaria y el funcionamiento social. Lo cual sirve de parámetro para buscar mecanismos para fomentar estas áreas y mejorar el apego al tratamiento antirretroviral y mejorar su calidad de vida.

Solo una de cada tres PVV presentó un grado de disfunción familiar, fundamentándose entonces la necesidad de reforzar y mejorar la dinámica familiar para mejorar el rol familiar en el proceso de la enfermedad, que si bien ya no es mortal, si es crónica y con grandes estigmas presentados por la sociedad.

Existe una relación directamente proporcional entre la CRVS y la funcionalidad familiar que, si bien no presentó una significancia estadística en el presente estudio, da pie a mejorar las condiciones del médico familiar dentro del núcleo familiar.

## Referencias bibliográficas

1. Frutos C, Aquino N, Amado D, Ferreira M, Díaz-Reissner C. Calidad de Vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central-Instituto de Previsión Social Paraguay-2015. *Rev Inst Med Trop* 2016; 11 (1): 10-21.
2. Secretaría de Salud. Vigilancia epidemiológica de casos VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 15 de noviembre de 2019.
3. Díaz-Balderas RL, Elizarrarás-Rivas J, Salinas-Martínez C, Villegas- Martínez D, Elizarraras-Cruz JD, Contreras-García CM. Apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes portadores de VIH en un Hospital General del Instituto Mexicano del Seguro Social de Oaxaca. *Avan C Salud Med* 2018; 5 (1): 10-16.
4. Millar, L. Factores asociados a la adherencia a tratamiento en pacientes enfermos de SIDA de la región del Bío Bío. *Psykhé* 2003; 12 (1): 145-160.
5. Mendoza-Solis LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, GIL-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch Med Fam* 2006; 8 (1): 27-32.
6. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*. 2002; 30 (3): 143-8.
7. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pub Mex* 2002; 44 (4): 349-361.
8. Peña de León E, Aguilar Gaytán S, Suárez Mendoza A, Reyes Terán G. Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21 (5): 313-319.
9. Cardona-Arias J, Peláez-Vanegas L, López-Saldarriaga J, Duque-Molina M, Leal-Álvarez Ó. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica* 2011; 31 (4): 532-544.
10. Colautti M, Palchik V, Botta C, Salamano M, Traverso ML. Revisión de Cuestionarios para Evaluar Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Pacientes VIH/Sida. *Acta Farm Bonaerense*. 2006; 25 (1): 123-130.
11. Remor E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Aten Primaria*. 2003; 32 (1): 15-22.
12. Alvis Ó, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An. Fac. Med.* 2009; 70 (4): 266-272.
13. Hipolito RL, Oliveira DC, Costa TLD, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25: e2874.
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25 (24): 3186-91.
15. Vallejos G, Janine S. Calidad de vida en portadores del virus de inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2016; 3 (1): 42-52.
16. Cabrera Alonso SG, Artreta Dalchiale Z, Mere Rouco JJ, Cavalleri Ferrari F. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Rev Med Urug*. 2018; 34 (1): 3-41.
17. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional de Cuba, VIH/Sida. Estadísticas Mundiales. *Factográfico Salud*. 2018; 4 (2): 13-20.
18. Gutiérrez JP, Sucilla-Pérez H, Conde-González C J, Izazola JA, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Seroprevalencia de VIH en población mexicana de entre 15 y 49 años: resultados de la Ensanut 2012. *Salud Pub Mex* 2014; 56 (4): 323-332.
19. Gómez-Bustamante E, Castillo-Ávila I, Díaz-Montes CE, Alvis L, Cogollo Z. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E-20). *Avances en Enfermería* 2013; 31 (2): 21-29.
20. Martín Suárez I., Cano Monchul R., Pérez de Ayala P., Aguayo Canela M., Cuesta F., Rodríguez P. et al. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19 (8): 396-404.
21. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*. 2002; 30 (3): 143-149.
22. Quitl Meléndez M, Nava Ernult A. Funcionamiento familiar y diferenciación familiar: relación en estudiantes universitarios. *Rev Ibero Prod Acad*. 2016; 3 (6): 5-8.
23. Trejos Herrera AM, Mosquera Vásquez M, Tiesca Molina R. Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas. *Salud Uninorte* 2009; 25 (1): 17-32.
24. Avilés-Chi MM, Campos-Uscanga Y. El funcionamiento familiar como factor clave en la instauración y mantenimiento de hábitos alimentarios saludables. *Revista de Salud Quintana Roo*. 2018; 11 (39): 25-26.
25. Vicioso Etxebarria C, Imbert Escobar MA, López Zuñiga A, Ortiz ZA, Santos Miguel I, Ortiz de Zárate A. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH, con o sin comorbilidad por trastorno psiquiátrico o por drogodependencias. *Revista multidisciplinaria del SIDA* 2015; 3 (5): 32-46.