



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

**“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA
en una Unidad de Medicina Familiar ”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ESTRADA NOGUEZ ALEJANDRO

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

Dra. Alvarado Gutiérrez Teresa

MEDICO FAMILIAR PROFESORA TITULAR DE MEDICOS RESIDENTES DE
MEDICINA FAMILIAR

Dr. Hernández San Pedro Roberto

MEDICO INTERNISTA ENCARGADO DE CLINICA DE SIDA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2017



U. M. F. N. 31
DIRECCION

NÚMERO DE REGISTRO

R 2016 3701 17

1



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA
en una Unidad de Medicina Familiar ”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIA

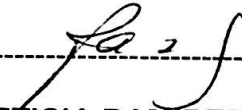
PRESENTA:

ESTRADA NOGUEZ ALEJANDRO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DR, JOSÈ LUIS MONTES CERVANTES
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO,31, IMSS



DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO, 31 , IMSS



DRA TERESA ALVARADO GUTIERREZ

PROFERSOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 31, IMSS



U M F No. 31
DIRECCION



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA
en una Unidad de Medicina Familiar ”**

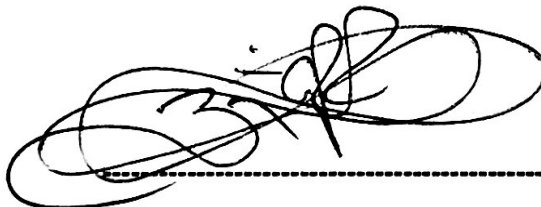
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIA

PRESENTA:

**ESTRADA NOGUEZ ALEJANDRO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**



**DR. JUAN JOSÉ MAZON RAMIREZ
JEFE DE SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**



**DR. GEOVANNI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

UNAM



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**



**U. M. F. No. 31
DIRECCION**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en una Unidad de Medicina Familiar”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

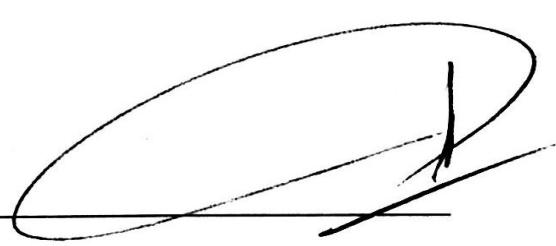
PRESENTA:

**ESTRADA NOGUEZ ALEJANDRO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS



**DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 31, IMSS.**



DR. ROBERTO SAN PEDRO HERNANDEZ

MEDICO INTERNISTA ENCARGADO DE LA CLINICA DE SIDA HGZ 47



**U. M. F. No. 31
DIRECCION**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

Agradecimientos y dedicatorias

-Agradecimiento especial a la Dra. Noemí Padilla Campos por su dedicación y compromiso hacia la enseñanza de la medicina familiar pero sobre todo el apoyo brindado durante el proceso de esta tesis.

-Dedicatoria

A mis esposa por su amor, estimulación y comprensión, a mis padres por el apoyo incondicional y a mis hijos como fuente de motivación.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Exención, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701 con número de registro 13 CI 09 014 199 ante COFEPRIS
II GRAL ZONA RUMI 1-A, D.F. SUR

FECHA 28/11/2016

DR. TERESA ALVARADO GUTIERREZ

PRESENTE

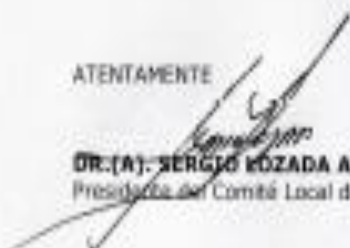
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en una Unidad de Medicina Familiar"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
8-2016-3701-17

ATENTAMENTE


DR. (A) SERGIO ROZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	ESTRADA
Apellido materno	NOGUEZ
Nombre	ALEJANDRO
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	302119716
2. DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Hernández
Apellido materno	San Pedro
Nombre	Roberto
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
3. DATOS DE LA TESIS	
Título	“ Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en una Unidad de Medicina Familiar ”
No. de páginas	51
Año	2017

ÍNDICE

1. RESUMEN	9
2. INTRODUCCION	10
3. MARCO TEORICO	10
3.1 MARCO EPIDEMIOLOGICO	10
3.2 MARCO CONCEPTUAL	11
3.3 MARCO CONTEXTUAL	20
4. JUSTIFICACIÓN	21
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
6. OBJETIVO	22
7. HIPÓTESIS	22
8. MATERIAL Y MÉTODOS	22
8.1 PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO	22
8.2 UNIVERSO DE TRABAJO	23
8.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	23
8.4 DISEÑO DE ESTUDIO	23
8.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
8.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
8.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
8.5.3 CRITERIOR DE ELIMINACIÓN	24
9. MUESTREO	24
9.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA	26
10. VARIABLES	25
10.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	31
12. ANALISIS ESTADÍSTICO	33
13. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
13.1 CONFLICTOS DE INTERÉS	34
14. RECURSOS	34
13.1 HUMANOS	34
14.2 MATERIALES	35
14.3 ECONÓMICOS	35
14.4 FACTIBILIDAD	35
15. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO	36
16. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	36
17. RESULTADOS	37
18. DISCUSION	41
19. CONCLUSIONES	42
20. RECOMENDACIONES	43
21. BIBLIOGRAFÍA	43
22.1 ANEXO HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	49
22.2 ANEXO HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
22.3 ANEXO INSTRUMENTOS	52

Resumen

“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en una Unidad de Medicina Familiar”

*Dr. Alejandro Estrada Noguez, **Dr. Roberto San Pedro Hernández, *** Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez.

*Residente de Tercer Año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 31, IMSS

** Médico Internista Encargado de Clínica de SIDA en el Hospital General de Zona No.47 Vicente Guerrero, IMSS.

*** Médica Familiar. Profesor Titular de Médicos Residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 31, IMSS

Introducción

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), forma parte del programa prioritario a nivel nacional para su detección, diagnóstico y tratamiento oportunos, por lo que es necesario fortalecer acciones específicas para su prevención. No se debe dejar de considerar la repercusión que tiene esta enfermedad en la calidad de vida del paciente con VIH, así como su intervención en la dinámica familiar, adherencia terapéutica, situación financiera por el alto costo de la terapia antirretroviral, complicaciones metabólicas propias de la Historia Natural de la Enfermedad, aunadas a las que los fármacos provocan, hospitalizaciones y en consecuencia ausencia laboral. Es por ello, que este estudio tiene como objetivo conocer la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de VIH en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México, a fin de encontrar puntos clave para mejorar en los pacientes con VIH los ámbitos de su vida con bajo estímulo y como reacción en cascada su medio se vuelva para él una fuerte red de apoyo.

Objetivo.

Conocer la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH en una Unidad de Medicina Familiar.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio, descriptivo, prospectivo y transversal. Se aplicó el Instrumento SF12, que evalúa la calidad de vida de enfermedades crónico-degenerativas, se realizó con la ayuda del personal de salud responsable de la Clínica de SIDA, en un periodo de tres meses, a pacientes con VIH derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 31 que acuden a control en el Hospital General de Zona No.47. Los resultados se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 23.

Resultados:

Se observa que predomina una regular calidad de vida en los pacientes con VIH que participaron en el estudio, con un predominio de percepción de regular calidad de vida en los estadios iniciales de la clasificación de la CDC para la infección de VIH.

Palabras clave: VIH/SIDA, Calidad de vida.

SUMMARY

Infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV), is part of the national priority program for detection, diagnosis and treatment, so it is necessary to strengthen specific actions for prevention. should stop not consider the impact this disease has on the quality of life of patients with HIV, as well as their involvement in family dynamics, adherence, financial position for the high cost of antiretroviral therapy, metabolic complications typical of the natural history of disease, coupled to the drugs cause, hospitalization and absence from work accordingly. That is why, this study aims to determine the quality of life of patients diagnosed with HIV in a Family Medicine Unit of the City of Mexico, in order to find key points to improve in patients with HIV areas of his life with low stimulus and reaction cascade their midst for him become a strong support network.

Objective.

Knowing the quality of life in patients diagnosed with HIV in a Family Medicine Unit.

Material and methods:

A descriptive, prospective and cross-sectional study was conducted. The SF12 instrument, which evaluates the quality of life of chronic degenerative diseases will apply, will be held with the help of staff responsible for AIDS Clinic health over a period of three months, patients with HIV successors of Medicine Unit Family No. 31 attending control at the General Hospital of Zone No.47. The results are processed in the SPSS version 23.

Results:

It was observed that a regular quality of life predominates in the patients with HIV who participated in the study, with a predominance of perception of regular quality of life in the initial stages of the classification of the CDC for the HIV infection.

Keywords: HIV / AIDS, Quality of life.

2. INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), forma parte del programa prioritario a nivel nacional para su detección, diagnóstico y tratamiento oportunos, por lo que es necesario fortalecer acciones específicas para su prevención. No se debe dejar de considerar la repercusión que tiene esta enfermedad en la calidad de vida del paciente con VIH, así como su intervención en la dinámica familiar, adherencia terapéutica, situación financiera por el alto costo de la terapia antirretroviral, complicaciones metabólicas propias de la Historia Natural de la Enfermedad, aunadas a las que los fármacos provocan, hospitalizaciones y en consecuencia ausencia laboral. Es por ello, que este estudio tiene como objetivo conocer la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de VIH en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México, a fin de encontrar puntos clave para mejorar en los pacientes con VIH los ámbitos de su vida con bajo estímulo y como reacción en cascada su medio se vuelva para él una fuerte red de apoyo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO EPIDEMIOLÓGICO

De acuerdo al Registro Nacional de Casos de SIDA, actualizado al 13 de noviembre de 2015 por CENSIDA (1983-2015*), se reporta un total de 178,591 casos notificados de VIH y SIDA, se encuentran vivos según estado de evolución registrado total: 124,718, con diagnóstico de SIDA: 68,178 y VIH: 56,540. (1)

Los Estados con mayor número de casos con diagnóstico de SIDA son Campeche, Colima, Guerrero, Yucatán y Michoacán, y con diagnóstico de VIH: Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Tabasco y Tamaulipas. (2)

3.2 MARCO CONCEPTUAL

Como resultado de los avances científicos durante los últimos años, en torno a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, sus repercusiones sociales y sus alternativas actuales, en cuanto a los productos para diagnóstico y tratamiento, surge la necesidad de reorientar y fortalecer acciones específicas para su prevención y control; así como adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer institucional, a fin de que respondan a las exigencias de la época actual.(3)

La infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es causada por los retrovirus VIH-1 y VIH-2, y se transmite de la manera siguiente: Por contacto sexual, no protegido, con personas infectadas por el VIH , transfusión de sangre contaminada y sus componentes , el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados de una madre infectada a su hijo, durante el periodo perinatal por vía transplacentaria, por sangre o secreciones en el canal del parto, o a través de la leche materna y por trasplante de órganos y tejidos contaminados.(3)

El VIH ingresa al organismo a través del torrente sanguíneo y como cualquier otro virus, no puede sobrevivir en forma independiente, sino que debe hacerlo en el interior de una célula. Ésta virus tiene la particularidad de invadir y

destruir a los linfocitos CD4, subgrupo de los glóbulos blancos, encargados de dirigir el funcionamiento de todo el sistema inmunológico.(3)

Dentro del linfocito CD4 el virus comenzará a reproducirse hasta destruirlo, transmitiendo su información genética de forma tal que se crearan nuevas células que en lugar de defender al individuo destruirán las células que debían defenderlo. De este modo, a medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable quedando disminuida su capacidad de defensa ante la presencia de otras enfermedades.(3)

En la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, se ha visto una modificación del curso de la Historia Natural de la Enfermedad, gracias al desarrollo de antirretrovirales e investigación de la enfermedad, sin embargo es importante valorar a los individuos con esta patología de manera integral “biológico, social y psicológico” por lo que este tipo de estudio permitirá valorar las últimas dos esferas, integrado la calidad de vida a su evaluación y por ende, mejorando la calidad de la atención de forma íntegra .(4)

La clasificación del CDC, descrita en 1993, utiliza tres categorías de laboratorio y tres clínicas.

Tomando en cuenta categorías de laboratorio que se definen de acuerdo al recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica: categoría 1 con más de 500 células por μL ; categoría 2 con valores entre 200 y 499 células por μL ; y categoría 3 con menos de 200 células por μL .

La categoría de laboratorio se complementa con categorías clínicas donde la categoría A incluye: primo-infección o infección aguda, la infección asintomática y la linfadenopatía generalizada y persistente. La categoría B incluye enfermedades indicativas de cierto deterioro de la inmunidad celular, otras enfermedades atribuibles a la infección misma por VIH y otros procesos patológicos cuyo curso o tratamiento se complica por la subyacente infección con VIH. Por último, en la categoría C se agrupan las entidades indicadoras de un grave defecto inmune y que se consideran definitorias de SIDA. (5)

Cruzando ambas categorías se obtienen 9 subcategorías: A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3, como se observa en la siguiente tabla.(5)

Tabla 5. Sistema de clasificación para la infección por VIH en adolescentes y adultos (1993), según el CDC

Categorías clínicas			
	A	B	C
Categorías de linfocitos CD4	Infección aguda, infección asintomática o LGP	Infección sintomática no A o C	Condiciones indicadoras de SIDA
(1) ≥ 500 cel/ μ L	A1	B1	C1
(2) 200 a 499/ μ L	A2	B2	C2
(3) < 200 / μ L	A3	B3	C3

Convenciones: CDC: Centers for Disease Control and Prevention; LGP: linfadenopatía progresiva.

Categoría A: se define como una o más de las siguientes condiciones, en un adolescente o adulto con infección por VIH documentada, con la condición de que las entidades listadas en la categorías B y C no se hayan presentado:

- Infección por VIH asintomática
- Infección aguda (primaria) con enfermedad acompañante
- Linfadenopatía persistente generalizada

Categoría B: se define como la presencia de condiciones sintomáticas, en un adolescente o adulto, que no se encuentren incluidas en las condiciones listadas en la categoría C y que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

- Las condiciones son atribuibles a la infección por VIH o indican un defecto en la inmunidad mediada por células
- Las condiciones que se presentan son consideradas por los médicos como una complicación de la infección por VIH en cuanto a su curso clínico o su necesidad de tratamiento

Algunos ejemplos incluyen:

Angiomatosis bacilar
Candidiasis orofaríngea
Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde pobremente a la terapia
Displasia cervical (moderada o severa)/carcinoma cervical in situ
Síntomas constitucionales, como fiebre (>38,5°C) o diarrea de >1 mes de duración
Leucoplasia vellosa oral
Herpes zoster, que se haya presentado al menos en 2 ocasiones o con compromiso de >1 dermatoma
Púrpura trombocitopénica idiopática
Listeriosis
Enfermedad pélvica inflamatoria, particularmente si se complica con absceso tubo-ovárico
Neuropatía periférica

Categoría C: incluye las condiciones que cumplen con los criterios para la definición de SIDA

Candidiasis de bronquio, traquea o pulmones
Candidiasis esofágica
Cáncer cervical invasivo
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
Criptococosis extrapulmonar
Criptosporidiosis crónica intestinal (>1 mes de duración)
Enfermedad por Citomegalovirus (diferente de la de hígado, bazo o ganglios linfáticos)
Retinitis por Citomegalovirus (con pérdida de la visión)
Encefalopatía asociada a VIH
Herpes simplex: úlcera(s) crónica (>1 mes de duración), bronquitis, neumonía o esofagitis
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
Isosporiasis crónica intestinal (>1 mes de duración)
Sarcoma de Kaposi
Linfoma de Burkitt
Linfoma primario cerebral
Infección por complejo *Mycobacterium avium* o *M. Kansasii* diseminada o extrapulmonar
Infección por *Mycobacterium tuberculosis* pulmonar o extrapulmonar
Infección por otras especies de *Mycobacterium* diseminada o extrapulmonar
Neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (antes, *carinii*)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Septicemia recurrente por *Salmonella*
Toxoplasmosis cerebral
Síndrome de desgaste asociado al VIH (pérdida de peso involuntaria >10% asociada con diarrea crónica o con debilidad crónica y fiebre documentada >1 mes de duración)

La utilización del concepto de Calidad de Vida puede remontarse históricamente a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida.(6)

Se usó posteriormente de manera más extensa a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en Calidad de vida,

recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda. (7)

La definición de Shumaker nos explica que la calidad de vida es; la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida. (8)

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud, nos permite estudiar los procesos que puedan afectar la salud y la terapéutica empleada en su restablecimiento en el dominio físico, psíquico, y social, de forma cualitativa. (9)

El estudio de la calidad de vida es uno de los problemas que deben de tener una especial atención con respecto a las ciencias de la salud ante el desarrollo científico, tecnológico y la transición epidemiológica. Su investigación requiere de un abordaje multidisciplinario por el personal de salud que se encuentra en contacto en el seguimiento de su patología. (8)

Los aspectos que se deben de considerar en relación a la calidad de vida con enfermedades crónico degenerativas son los síntomas físicos relacionados con la enfermedad la función física: incluyendo el cuidado personal, la realización de actividades físicas y el desempeño de roles la función psicológica: que abarca desde el estado emocional hasta el funcionamiento cognitivo y función social que corresponde a las actividades e interacciones. (8)

La calidad de vida está relacionada con las capacidades que tiene una persona para desarrollarse en su entorno y vida diaria, entendiéndose *capacidad* como la libertad del ser humano para elegir o seleccionar la clase de vida que quiere para sí mismo. (9)

Se debe de procurar ante todo, mantener y elevar la calidad de vida desacuando a los recursos del individuo y sistema de valores. (10)

La calidad de vida relacionada con la salud tomo diversos factores como condiciones de vida, nivel de ingresos, y accesibilidad a los servicios de salud,

Además el propio estado de salud física (afectando por limitaciones atribuibles a enfermedades). (11)

Su naturaleza subjetiva desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir su propia efectividad. (12)

Las personas que cuentan con el diagnostico de VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos socioculturales, psicológicos y económicos que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. (13)

La evaluación de la calidad de vida en la práctica clínica se utiliza para evaluar el impacto de una afección y su tratamiento en términos de variables humanísticas, importantes para el paciente y mejorar la relación médico-paciente identificando problemas de salud. (14)

La medición de la calidad de vida se hace a través de instrumentos estandarizados, los cuestionarios, que contienen unas instrucciones de complementación, unos ítems o preguntas, y unas escalas de respuesta. (15)

Los instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida contienen un amplio abanico de dimensiones y se han diseñado para que sean aplicables a la población general y a una gran variedad de afecciones. (16)

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud. Existe un buen número de instrumentos validados, aplicables a diversas enfermedades y poblaciones. (15)

Mientras que los instrumentos genéricos permiten evaluar diversos grupos y poblaciones, los instrumentos específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento. (16)

Aquí se muestran una tabla que muestra diversos instrumentos internacionales así como instrumentos validados en México haciendo resaltar el instrumento SF 36 de donde se deriva el instrumento aplicado en nuestro estudio el SF 12.(16)

Cuadro IA
CUESTIONARIOS GENERICOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS

Instrumento	Lugar	Idioma	Año	Referencia
The Sickness Impact Profile: SIP	EUA*	Inglés	1981	35
The McMaster Health Index Questionnaire	EUA	Inglés	1982	36
The Sickness Impact Profile: SIP	EUA	Inglés-español	1984	37
The MOS- Short-form General Health Survey:	EUA	Inglés	1988	38
The Quality of Life Survey	EUA	Inglés	1989	39
Quality of Life Index: QL-Index	EUA	Inglés	1989	40
The Nottingham health Profile: NHP	Reino Unido	Inglés	1987	41
The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1990	42
The Dartmouth – COOP	EUA	Inglés	1990	8
The Dartmouth – COOP	EUA	Español	1990	43
The Duke Health Profile: DUKE	EUA	Inglés	1990	44
The Functional Status Index	EUA	Inglés	1990	45
The Karnofsky Performance Scale	EUA	Inglés	1991	21
The General Health Questionnaire: GHQ-28	EUA	Inglés	1992	46
The Health Assessment Questionnaire: HAQ	EUA	Inglés	1992	47
The Medical Outcomes Study (MOS) Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1992	48
The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short Generic Version	EUA	Inglés	1994	49
The Quality of Wellbeing Scale: QWB	EUA	Inglés	1994	50
The MOS-36-Item Short-Form Health Survey:SF-36	EUA	Inglés	1994	51
The Sickness Impact Profile: SIP	España	Español	1995	52
The Quality of Life Health Questionnaire: QLHQ	EUA	Inglés	1995	53
Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV	México	Español	1996	54
The McGill Pain Questionnaire: MPQ	EUA	Español	1996	55
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C36	Suiza	Inglés	1996	56
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C30	Dinamarca	Inglés	1997	57
The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	EUA	Inglés	1997	58
The General Health Perception: GHP	Canadá	Inglés	1997	33
The Wisconsin Quality of Life Index Canadian Version: CaW-QLI	Canadá	Inglés	1999	59
The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D	Canadá	Inglés	1999	60
Encuesta: SF-36	México	Español	1999	61
The Modified Health Assessment Questionnaire: M-HAQ	EUA	Inglés	1999	62
The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	EUA	Inglés	1999	63
The Health Related Quality of Life Short Form: HRQL	EUA	Inglés	2000	64
The RAND 36-Item Health Survey Questionnaire: RAND- SF-36	EUA	Inglés	2000	65
The Perceived Quality of Life Scale: PQoL	EUA	Inglés	2000	66
The World Health Organization Quality of Life:WHOQOL Instrument	EUA	Inglés	2000	67
The Index of Wellbeing: IWB	EUA	Inglés	2000	68
Quality of Life: QOL	EUA	Inglés	2000	69
The World Health Organization Quality of Life:WHOQOL -100	EUA	Inglés	2000	70
The Health and Activities Limitations Index: HALEX	EUA	Inglés	2000	71
The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey: MOS 6A	Reino Unido	Inglés	2000	72
The QL-Index, LASA Scales	Canadá	Inglés	2000	73

* EUA: Estados Unidos de América

Debido a la necesidad de obtención de instrumentos que permitieran la evaluación de la calidad de vida en pacientes sanos y enfermos deriva el Instrumento SF 36, el cual fue desarrollado por Ware, de auto aplicación y con validación en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, en nuestro país, por Duran Arenas, el cuál contaba de 36 ítems, evaluando los aspectos de la calidad de vida en una población adulta, solo mayores de 16 años, dividida en ocho dimensiones relacionadas con la salud, las que incluían: funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad,

funcionamiento social, salud mental y percepción general de la salud; estimando solo dos componentes de calidad de vida, relacionada con la salud, el físico y lo mental. (17)

Surge en el año 2007, en Orizaba, Veracruz la forma abreviada de medición del SF 36, el SF 12 demostrando ser confiable, el cual fue validado para pacientes sanos y en aquellos con patologías, debido a su forma corta, práctica y versátil hacen de ella una herramienta valiosa y muy útil para evaluar la calidad de vida. (17)

Existen dos tipos de instrumentos, los genéricos y los específicos, pero debido a que no contamos con un instrumento específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con VIH/ SIDA, se ocupará el genérico, ya que se pueden aplicar en población general y en grupos específicos de pacientes por su amplio espectro dimensional, así como sus cualidades de reducción de costos. (18)

El SF 12, está compuesto por 12 ítems, extraídos del SF 36, que cubren con uno o dos ítems cada una de las ocho dimensiones, con la ventaja de ser completado de 2 – 3 minutos a diferencial de 10 minutos que requería el SF 36, sus escalas son: salud general, función física, rol físico, dolor corporal, función social, salud mental y rol emocional, que engloban los componentes físicos y mentales, dándole un puntaje de menos de 23 puntos= baja calidad de vida, de 24-32 puntos = regular calidad de vida y de 33-46 puntos = buena calidad de vida. (19)

3.3 MARCO CONTEXTUAL

Dentro de los estudios sobre calidad de vida en pacientes con VIH/ SIDA, Teva, *et al.*, han demostrado que paciente en fase asintomática, muestran mayores niveles en la calidad de vida física. (20)

Otro estudio realizado por Gielen, *et al.* en el año 2000 resume que los pacientes con VIH/SIDA que presentan una mejor calidad de vida, son aquellos con un nivel educativo alto y mejores ingresos económicos y con una calidad de vida baja los que consumían drogas por vía parenteral, de mayor edad y con nivel socioeconómico bajo.(21)

En 1996 Carreto, *et al.*, describen que los pacientes con VIH secundario a relaciones homosexuales tienen peor calidad de vida que aquellos seropositivos secundarios a drogas parenterales. (22)

Para el año 2000 Hays, *et al.*, realizan un estudio que concluye que mujeres VIH positivas que se encontraban laborando demostraban mejor calidad de vida que las que no lo hacían. (23).

Una investigación en el año 2000, por Call, *et al.*, muestra una fuerte relación entre la carga viral y la calidad de vida, la cual era independiente al conteo de linfocitos CD4, que entre menor sea la carga viral se tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida en los pacientes seropositivos. (24)

Dentro de la población atendida en la clínica de SIDA del HGZ 47 cuenta con un total de pacientes de 343 pacientes, 303 hombres y 40 mujeres de los cuales 307 son adscritos a la UMF 31, de estos 272 son hombres y 35 mujeres los cuales formaron parte del total de población en nuestro estudio.

4. JUSTIFICACIÓN

Los resultados de la evaluación de la calidad de vida en el paciente con VIH pueden ser utilizados como resultados clínicos para el control y seguimiento del paciente. Mejorando la relación médico paciente y monitoreo de la calidad de vida.

De esta manera se pueden tomar las medidas pertinentes para logra mejorar la calidez y calidad de atención de la población de la patología en estudio.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base a la definición de salud de la OMS donde se refiere con un bienestar físico, psicológico y social surge la necesidad de documentar la percepción de la Calidad de Vida de los pacientes de VIH ya que no se encuentra ampliamente documentada y así poder estimular la implementación de acciones para mejorarla, ya que esta puede tener repercusiones económicas,

ausentismo laboral, hospitalizaciones, suicidios, falla terapéutica por mal apego al tratamiento.

5.1. Por lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en una Unidad de Medicina Familiar?

6. OBJETIVO

Conocer la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acuden a control a la Clínica de SIDA del Hospital General de Zona No, 47, en la Ciudad de México.

7. HIPÓTESIS

La calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de VIH se encontrará baja.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Periodo y sitio de estudio:

El estudio se llevó a cabo en un periodo de tres meses en la Clínica de SIDA en el Hospital General de Zona 47.

8.2 Universo de trabajo:

Comprendió una población de 307 pacientes adscritos a la UMF 31, 272 hombres y 35 mujeres.

8.3 Unidad de análisis:

Los pacientes con VIH/SIDA adscritos a la UMF 31, que fueron atendidos en el HGZ 47.

8.4 Diseño de estudio:

Se realizó un estudio, descriptivo, prospectivo y transversal.

8.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF 31 con de VIH/SIDA que acudieron a control a la Clínica de SIDA en HGZ 47, de cualquier edad sin distinción de sexo, que aceptaron participar y contestar el Instrumento de evaluación además de firmar la carta de consentimiento informado.

8.5. 2CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que se encontraran hospitalizados por agudización o complicación por el VIH/SIDA.

8.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que contestaron el instrumento y señalaron dos o más respuestas en una sola pregunta o instrumentos incompletos.

9. MUESTREO

9.1 CÁLCULO DE LA MUESTRA

Se utilizó la fórmula para el tamaño de muestra por poblaciones finitas.

$$n = \frac{(N) (Z_{\alpha/2})^2 (p) (q)}{d^2 (N-1) + (Z_{\alpha/2})^2 (p) (q)}$$

En donde:

n= muestra

N= población

$$Z_{\alpha/2}^2 = (1.96)^2 = 3.8416$$

p= proporción

$$q = 1 - p$$

$$d^2 = (0.0025)$$

Desarrollo de la Fórmula.

$$n = \frac{(307) (3.8416 \square (0.74) (0.26))}{[(0.0025) (307-1)] + [(3.8416 \square (0.74) (0.26))]}$$

$$n = \frac{226.9110}{(0.765) + (0.7391)}$$

$$n = \frac{226.9110}{0.7650 + 0.7391}$$

$$n = 150.86... \text{ redondeado} = 151 \text{ pacientes}$$

10. VARIABLES

Variable dependiente: calidad de vida

Variable independiente: estadio clínico (carga viral- conteo de cd4)

Covariables: Variables sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad.

10.1. OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

Variable dependiente:

Nombre: Calidad de vida

Definición Conceptual: Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa.

Definición operacional: Se realizó la evaluación de la calidad de vida con el uso de instrumento que evalúa la calidad de vida de enfermedades crónicas degenerativas SF12 que consta de 8 preguntas para valorar el estado de bienestar y capacidad funcional que consta de 12 preguntas.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicador: 1) Bueno 2) Regular y 3) Malo

Variable independiente

Nombre: Numero de antiretrovirales:

Definición Conceptual: Número de medicamentos antiretrovirales que toma el paciente para el control y tratamiento de VIH.

Definición operacional: Se solicitó se marcara el número de medicamentos antiretrovirales tomados por el paciente que participa en el estudio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. (Un antiretroviral) 2. (Dos antiretrovirales),
3(Tres antiretrovirales), 4. (Más de tres antiretrovirales).

Nombre: Comorbilidades

Definición Conceptual: La presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad y trastorno primario.

Definición operacional: Se solicitó al paciente que deseó participar en el estudio si presentaba uno o más trastornos o enfermedades además del presentar como diagnóstico principal VIH.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1. Diabetes tipo 2, 2. Hipertensión arterial, 3. Depresión,
4.Dislipidemia, 5.Otra enfermedad 6. Ninguna

Nombre: Estado civil

Definición Conceptual: Clase o condición de una persona en el orden social.

Se solicitó al paciente que decidió participar en el estudio el estado civil elija el su estado civil.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1.Soltero, 2. Casado, 3. Divorciado, 4.Viudo ,5.Unión libre

Tiempo de diagnóstico de VIH-SIDA (años de evolución)

Definición operacional: Tiempo que transcurrió desde la fecha del diagnóstico o el comienzo de una enfermedad.

Definición operacional: Se solicitó al paciente que participó en el estudio marcar el número de años con los que contaba con el diagnóstico de VIH, reportado “en número entero “.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discontinua

Indicador: Número entero

Nombre: Estadio clínico de VIH

Definición Conceptual:

Estadio clínico de VIH que se relaciona con las características clínicas y conteo de CD4/mm³, Donde las categorías clínicas con las que se cuentan son A,B,C, donde A equivale a enfermedad por VIH asintomática , B:Infección sintomática no A no B y categoría C: SIDA .

Categoría de acuerdo a cantidad de CD4/mm³ : 1, 2,3 .Donde las categorías son: **1:** Más de 500 CD4/mm³ **2:** 200 a 499 CD4/mm³ **3:** Menos de 200 CD4/mm³

Definición operacional: Seleccionar la opción a elegir de acuerdo al estadio clínico del VIH de la CDC reportado en el expediente electrónico definido por

el médico de la clínica de SIDA, Que es establecido de acuerdo a recuento de linfocitos CD4 y categoría clínica del paciente .

Elegir una de nueve subcategorías acuerdo a condición biológica: A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3

Categoría de acuerdo características clínicas.

A: Infección aguda asintomática o linfadenopatía progresiva ,con la condición de que las entidades presentadas en la categoría B o C no estén presentes.

B: Infección sintomática no A o C. Ejemplos: Candidiasis vulvo-vaginal, oro-faríngea, displasia cervical severa o Carcinoma in situ, síndrome constitucional etc.

C: SIDA, Infección sintomática no A o B. Ejemplos; Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial, Carcinoma cervical invasor, criptococosis intestinal, Herpes simple, Histoplasmosis, Sarcoma de Kaposi, Linfoma de Burkitt, Encefalopatía por VIH, Neumonía por Pneumocistis carinii, etc.

Categoría de acuerdo a recuento de CD4 /mm³

1: Más de 500 CD4/mm³

2: 200 a 499 CD4/mm³

3: Menos de 200 CD4/mm³

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Indicador:

1: Estadio A1, 2: Estadio A2 ,3: Estadio A3, 4: Estadio B1,5: Estadio B2, 6: Estadio B3, 7: Estadio C1, 8: Estadio C2 y 9 :Estadio C3

Covariables:

Variables sociodemográficas:

Nombre: Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Definición operacional: Se solicitó al participante en el estudio apunte el sexo al que pertenece.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1 Masculino, 2 Femenino

Nombre: Escolaridad

Definición Conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operacional: Se solicitó que el participante del estudio apuntara su grado de estudios culminados o certificados hasta el día de participación del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Indicador: 1.-Primaria incompleta 2.-Primaria completa 3.- Secundaria
4.-Preparatoria 5.-Licenciatura 6.-Postgrado

Nombre: Edad

Definición Conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Definición operacional: Se solicitó al participante del estudio apuntara su edad, en años cumplidos hasta el día del estudio

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discontinua

Indicador: Número entero

11 .DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Mediante este estudio sus principal objetivo fue conocer la percepción de la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA adscritos a la UMF 31 en seguimiento la Clínica de SIDA del HGZ 47, se realizó durante un periodo de tres meses en el consultorio del servicio de dicha unidad de lunes a viernes con horario de 08:00 am a 13:00hrs con los pacientes que acudían a seguimiento y control de la consulta externa.

Se les invitó a participar a los pacientes que contaban con el diagnóstico de VIH/SIDA de cualquier edad y sexo, se les explicó en lo que consistía el estudio, utilizando un Instrumento para medición de calidad de vida de

enfermedades crónico degenerativas que constaba de 12 preguntas con un tiempo de resolución aproximada de 10 minutos, los pacientes que decidieron participar se les entregó la hoja de consentimiento informado para firmar y autorizar su participación así como el instrumento a resolver, el médico residente de medicina familiar que realizó el estudio anotó los datos de cada paciente, a fin de no omitir algún detalle en los nombres o números de afiliación, se revisó, el último registro de carga viral durante el transcurso del llenado del Instrumento, en el expediente clínico electrónico, así como el diagnóstico de patologías concomitantes que puedan alterar la percepción de la calidad de vida de los pacientes. A cada instrumentó se les categorizó de acuerdo al puntaje de las 12 preguntas del instrumento SF12, donde el puntaje máximo es de 33 a 46, puntos indicando una buena calidad de vida; 24 a 32 puntos con una regular calidad de vida; y, 1 a 23 puntos, con una mala calidad de vida. Al término de la evaluación de los pacientes, se dió una conclusión y los resultados del estudio.

Se consultó el expediente clínico para recabar el control de carga viral, conteo de CD4 /mm³, verificar número y tipo de tratamiento antirretroviral a de más de estadio clínico de VIH de acuerdo a la clasificación de la CDC.

Posteriormente se recabó la información y se utilizó en el programa estadístico SPSS versión 23 para el análisis.

12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico descriptivo, se llevó a cabo mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 23.0 son de mucha utilidad para aquellas organizaciones que necesiten analizar bases de datos para aplicaciones prácticas y diversas necesidades de investigación.

Se realizó el análisis univariado así como estadístico descriptivo de variables cualitativas nominales, utilizando pruebas estadísticas media, chi-cuadrada así como frecuencia.

13. Consideraciones éticas

Se consideró este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 con base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizó revisión de expedientes clínicos solo para recabar el control de carga viral , conteo de CD4 /mm³ y estadio clínico de VIH de acuerdo a la clasificación de la CDC que se encontraron en la nota medica registrado por el médico de la clínica de SIDA y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidó el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación a través del instrumento SF12 para evaluar la percepción de calidad de vida de los participantes del estudio .

Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de

seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegó la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respecto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideró también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos. Y se consideraron los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

13.1 CONFLICTOS DE INTERÉS

Se declara que el grupo de investigadores no recibió financiamiento externo y no se encontró ningún conflicto de interés al participar en el presente estudio.

14. RECURSOS:

14.1 Humanos:

Médico Residente

Asesor Clínico

Asesor Metodológico

14.2. Materiales.

Computadora (DOS)

Copias (1000)

Lápices. (20)

Plumas. (20)

Hojas. (1000)

Instrumento de Recolección de Datos. (151)

Consentimiento Informado. (151)

14.3. Económicos.

El presente trabajo no tuvo financiamiento Institucional ni extra institucional, la unidad contó con las instalaciones donde se pudo entrevistar al paciente. Los consumibles fueron financiados por el alumno.

14.4 Factibilidad.

Se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 31 y HGZ 47, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidieron participar en el estudio, el cuestionario se realizó de manera directa a los pacientes en un lapso no mayor a 10 minutos, al término se analizaron los resultados y dio una conclusión del estudio.

15 .LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Fue necesario que los participantes contestaran con honestidad el cuestionario, pero no hubo manera de corroborarlo.

La muestra es representativa de una sola unidad de medicina familiar.

16. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Se evaluó y documentó la percepción de calidad de vida de la población de pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA adscritos a la UMF 31 que acudieron a control a CLISIDA del HGZ 47 , lo que nos permitió obtener un panorama de la calidad de vida percibida con la que cuentan los pacientes, logrando una evaluación más integral.

Se le entregó a cada participante el resultado del instrumento SF12 de calidad de vida agregando el resultado al expediente electrónico para su seguimiento y revaloración durante el progreso de la enfermedad.

Se propusieron programas de ayuda mutua dirigidos a la población que contara con una mala o regular calidad de vida de acuerdo a instrumento de evaluación.

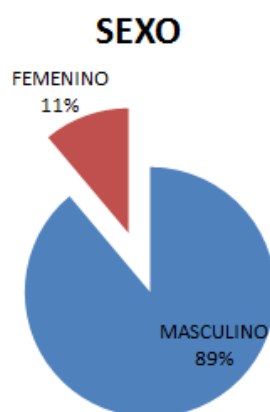
Se invitó a la población de pacientes que contó con una mala calidad de vida a participar en estudios de salud familiar en la unidad de medicina familiar correspondiente para mejorar su dinámica familiar.

Se propuso presentar a nivel de la unidad y posterior a nivel delegacional los resultados por medio de exposición de carteles en diversos eventos como jornadas médicas para estimular el interés por el estudio de la población con VIH y así como mejorar la calidez de la atención médica.

17. Resultados

En el estudio participaron un total de 151 pacientes de los cuales el 89% pertenece al sexo masculino y el 11% al sexo femenino. Figura 1.

Gráfico 1: Población que participó en el estudio



El estado civil que predominó fue el soltero con 93.4%, el nivel de escolaridad promedio fue 48.3% secundaria y 41.7 preparatoria; para el estadio clínico de acuerdo a la clasificación de la CDC un 27.2% se encontró en el estadio B3 y C3, seguidos en un 12.6% para el estadio B2; , en cuanto a las comorbilidades en un 78% se encontró no tenían ninguna relación; sobre el número de antirretrovirales el 45% se encontraba con más de tres antirretrovirales, 43.7% con tres y el 7.3% con dos antirretrovirales. Gráfico 1.

Cuadro 1: Datos de generales de la población estudiada

		Frecuencia	(%)
SEXO	Femenino	17	11.3%
	Masculino	134	88.7%
Estado Civil	Soltero	141	93.4%
	Casado	9	6%
	Unión Libre	1	0.7%
Escolaridad	Primaria incompleta	1	0.7%
	Primaria completa	2	1.3%
	Secundaria	73	48.3%
	Preparatoria	63	41.7%
	Licenciatura	12	7.9%
Estadio Clínico de acuerdo a la CDC	Estadio A1	21	13.9%
	Estadio A2	18	11.9%
	Estadio A3	7	4.6%
	Estadio B1	3	2%
	Estadio B2	19	12.6%
	Estadio B3	41	27.2%
	Estadio C1	1	0.7%
	Estadio C2	0	0%
	Estadio C3	41	27.2%
Comorbilidades	Diabetes tipo 2	1	0.7%
	Hipertensión arterial	0	0%
	Depresión	0	0%
	Dislipidemia	0	0%
	Otra enfermedad	32	21.2%
	Ninguna	118	78.1%

Numero de antiretrovirales en su esquema de tratamiento.	Ninguno	1	0.7%
	Un antiretroviral	5	3.3%
	Dos antiretrovirales	11	7.3%
	Tres antiretrovirales	66	43.7%
	Más de tres antiretrovirales	68	45%

Sobre la calidad de vida el 64.9% obtuvieron una regular percepción, y el 35.1% una buena percepción, llamando la atención que no hubo pacientes con una baja percepción en su calidad de vida. Gráfico 2.

Cuadro 2. Percepción de Calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA			
Calidad de vida	Baja calidad de vida	0	0%
	Regular calidad de vida	98	64.9%
	Buena calidad de vida	53	35.1%

Se calculó una Chi-cuadrada de 0.0001 estadísticamente significativa para el estudio. Gráfico 3.

Estadísticos de prueba

	CALIDAD DE VIDA
Chi-cuadrado	13.411 ^a
gl	1
Sig. asintótica	.000

Cuadro 3: Obtención de Chi-cuadrada

Se observó que la media de años con diagnóstico de la enfermedad de 7.3 años con un rango de 1 año a 28 años. Gráfico 4.

Cuadro 4: Comparación de edad y años de diagnóstico		
	Edad (en años)	
	Media	mínima y máxima
Edad	36.4 años	19-71 años
Años de diagnóstico	7.3 años	1-28 años

En cuanto a la relación de la calidad de vida según el estadio de la enfermedad en estadio A1 fue regular en un 77%, en el A2 regular en un 72%, A3 buena en 71%, B1 regular en 67%, B2 regular en 74%, B3 regular 66%, C1 buena 100%, C3 regular en un 56%. Gráfico 5.

Cuadro 5: Relación de la calidad de vida según su estadio de la CDC .

	Estadio A1	Estadio A2	Estadio A3	Estadio B1	Estadio B2	Estadio B3	Estadio C1	Estadio C2	Estadio C3
Regular calidad de vida	77%	72%	29%	67%	74%	66%	0%	0%	56%
Buena calidad de vida	28%	28%	71%	33%	26%	34%	100%	0%	44%

Se observa al comparar el estadio clínico del paciente con VIH que predomina una regular calidad de vida, en estadios iniciales de la clasificación de la CDC .

Figura 2.

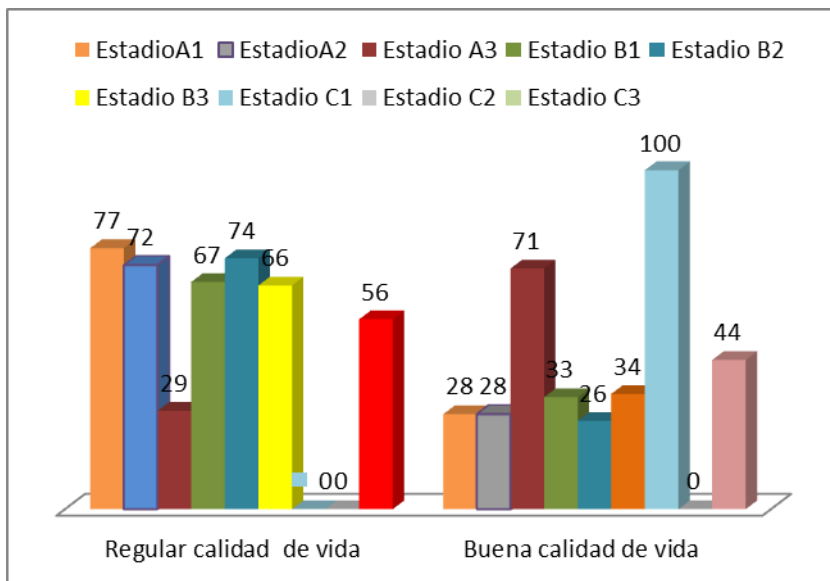


Gráfico: 2: Relación de percepción de calidad de vida y estadio clínico de la CDC para la infección de VIH.

18. Discusión

Las personas que cuentan con el diagnóstico de VIH deben vivir con un conjunto de factores estresores: fisiológicos socioculturales, psicológicos y económicos que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental.

Una investigación en el año 2000, por Call, *et al.*, muestra una fuerte relación entre la carga viral y la calidad de vida, la cual era independiente al conteo de linfocitos CD4, que entre menor sea la carga viral se tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida en los pacientes seropositivos. (24)

En este estudio se encontró que en la población predominó con una percepción de calidad de vida regular y se documentó que el 90% de los pacientes contaban con una carga viral indetectable, a pesar de encontrarse en estadios C3 y B3 con un porcentaje de 67% cada uno respectivamente,

esto corresponde a lo citado, ya que por definición estos estadios cuentan con una cuantificación de menos de 200 micro/L de acuerdo a la Clasificación de la CDC lo que aparenta no tener una fuerte relación con la calidad de vida obtenida en los resultados .

Otro estudio realizado por Gielen, *et al.* en el año 2000 resume que los pacientes con VIH/SIDA que presentan una mejor calidad de vida, son aquellos con un nivel educativo alto . En nuestra población se encontró con una relación de 42% con nivel escolar de bachillerato y 8% con nivel licenciatura.

19. Conclusiones

- La calidad de vida de los pacientes que participan en el estudio no se percibe como mala lo que descarta la hipótesis.
- El mayor porcentaje de pacientes percibe su calidad de vida como regular de acuerdo al instrumento SF-12.
- Las principales dimensiones afectadas son la emocional y salud mental.
- En los estadios iniciales de la clasificación de la CDC de la infección de VIH percibe una regular calidad de vida en comparación con estadios más avanzados

20. Recomendaciones o sugerencias

Registró de la calidad de vida percibida de los pacientes de la clínica de sida en el expediente clínico electrónico, así como su valoración rutinaria con el instrumento SF12, para realizar detección oportuna del deterioro en la percepción de la calidad de vida del paciente y así poder ofertar a los pacientes la complementación de su valoración con un equipo multidisciplinario como psiquiatría, psicología así también participar en estudios de salud familiar para complementación de su atención.

Formar grupos ayuda mutua para los pacientes que se detecten con una regular o mala calidad de vida, para explorar sus redes de apoyo y reforzar los atributos en sus redes sociales y así poder mejorar la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

21. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por VIH
Guía de Práctica Clínica SSA IMSS-245-09.
- 2) Atención del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención. México Secretaria de Salud; 2008
- 3) Lamotte-Castillo JA. Infección por VIH /SIDA en el mundo actual. MEDISAN). (Serie en internet) 2014.(citado 10 Abril 2016);18(7):(20p.).
Disponibile en :http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_7_14/san15714.pdf
- 4) Diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clínica SSA 067-08
- 5) *Tobón-P.J, Toro-M. A*, Estudio del paciente con infección por VIH.

Medicina & Laboratorio, 2008. (citado 04 Julio 2008);14(1-2):(aprox 21,23 p.).

Disponible en

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl081-2b.pdf>

- 6) Urzúa-M A, Caqueo-U A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. (Serie en internet).2012.(citado 10 Abril 2016);30(1):(aprox 10 p.). Disponible en :
<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- 7) Urzúa-M. A, Caqueo-U A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. (Serie en internet).2012.(citado 10 Abril 2016);30(1):(aprox 10 p.). Disponible en
:<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- 8) Badia-L X, Lara-S. N, Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con VIH crónicas. Edimac: Barcelona, 2002. (citado 01 Mayo 2016);1(2):(aprox 14 p.). Disponible en :
http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf
- 9) *Hernández F. Julio , Alba L. Adela . Filosofía, cronicidad y calidad de vida.* : Enf Neurol(Mex). (Serie en internet) 2013.(citado 10 Abril 2016);12(1):(aprox 5 p.). Disponible en
:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131i.pdf>
- 10)Mendoza L. Isabel, Pichardo G. Luz María; Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. An

- Med (Mex) (Serie en internet). 2013. (citado 15 Mayo 2016);58(2):(aprox 3 p.). Disponible en :
<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc132g.pdf>
- 11)García V. Carmen Regina Victoria, Rodríguez L. Geidy .Calidad de vida en enfermos crónicos. Rev haban cienc méd (serie en internet).2007. (Citado 20 Mayo 2016); 6 (4) :(aprox 3 p.).Disponible en :
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v6n4/rhcm02407.pdf>
- 12)Stefano-V LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas .ISSN(Serie en internet).2005.(citado 22 Mayo 2016);1(2):(aprox 17 p.). Disponible en :
http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1_no.2/art_1.pdf
- 13)Meza-Rodríguez MA, Mancilla-Ramírez J, Sánchez-Bravo C, et al. Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Perinatol Reprod Hum . (Serie en internet) 2011.(citado 09 Abril 2016);25(4):(aprox 5 p.). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip114h.pdf>
- 14)Lucas-A N, Hernández-M E, Demetrio-B H, et al. Problemas teóricos, metodológicos e instrumentales para el estudio de la calidad de vida en personas con VIH en Angola. Rev Cubana Salud Pública, (citado 01 Mayo 2016); 38 (1) :(aprox 14 p.). Disponible en :
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100013

- 15) Velarde-J. E, Ávila-F. C, Evaluación de la calidad de vida. Edimac: Salud Publica de México, 2002. (citado 04 Julio 2002); 44(4):(aprox 352 p.). Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- 16) Vilagut G., Ferrer M., Rajmil L., Rebollo P., Permanyer-Miralda J., El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19(2):135-50.
- 17) Cisneros Huerta A., "Validez y Confiabilidad del Cuestionario General de Salud (SF12) en Derechohabientes de una Unidad de Primer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social ". Orizaba, Veracruz, México 2007
- 18) Guyatt GH, Veluyzen Van Zanten SJ, Feeny DH, et al. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *CMAJ* 1989; 140:144 1-8
- 19) Alonso J, et al. Cuestionario de Salud SF-36 y Cuestionario de Salud SF-12. BiblioPRO. Instituto Municipal de Investigaciones Médicas, Barcelona.
- 20) Teva I, Bermúdez MP, Buéla-Casal G. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con VIH positivos. Manuscrito no publicado.
- 21) Gielen AC, McDonnell KA, Wu AW, et al. Quality of life among women living with HIV: the importance of violence, social support and self care behaviors. *Social Science and Medicine*, 52:315-322.
- 22) Carreto MD, Burgess AP, Soler P, et al., Reliability and validity of an HIV-specific health related quality of life measure for use with injecting drug users. *AIDS*, 10:1699-1705.
- 23) Hays RD, Cunningham WE, Sherbourne SD, et al. Health-related quality

of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV cost and services utilization study. The American Journal of Medicine, 108:714-722

- 24) Call SA, Klapow JC, Stewart KE, et al., Health-related quality of life and virologic outcomes in an HIV clinic. Quality of Life Research, 9:977-985.
- 25) Fernández P, Pértegas-Díaz S. "Investigación Cuantitativa y Cualitativa: Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (España) 2002; 9: 76-78.
- 26) Hernández-S J, Fernández-C C, Bautista-L P. "Metología de la Investigación cuarta edición Best Seller
- 27) Velasco-R M, Martínez-O V, et al; Muestreo y Tamaño de Muestra Una guía Práctica para Personal de Salud que realiza investigación. E-libro.net Primera Edición 2002 México.
- 28) Ávila-B H.L. Introducción a la metodología de la investigación; Eumed.net 2006 Coahuila México
- 29) Citing Medicine. The NLM style guide for authors, editors and publishers [Monografía en internet]. 2nd ed. National Library of Medicine, National Institutes of Health Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007-. [Citado 07 Mayo 2016]. [aprox 52]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>
- 30) Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados revistas biomédicas [Monografía en internet]. Madrid: Rafael Bravo; 2008. [Citado 07 Mayo 2016]. [aprox 18]. Disponible en:

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/uniformcast.htm>

31) Velasco-Rodríguez V, Martínez-Ordaz V, Roiz Hernández J, et al. Muestreo y tamaño de muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. Primera edición virtual. Buenos Aires 2003.

32) Patrias K. Pontificia Universidad Católica de Chile. Sistema de Bibliotecas. Tutorial búsquedas efectivas: Normas Vancouver [Monografía en internet]. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011 [Consultado 20 febrero 2016]. [aprox 13 pantallas]. Disponible en: <http://sibuc.uc.cl/sibuc/dhi/citar/index.html>

Universidad de Córdoba (Colombia). Normas de Vancouver [Monografía en internet]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2009. [Consultado 21 febrero 2016]. [6 p.]. Disponible en: <http://www.unicordoba.edu.co/revistas/revistamvz/normas%20estilo%20vancouver.pdf>

22. ANEXOS

22.1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

(Anexo 1)



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH en una unidad de medicina familiar.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F., Delegación Iztapalapa, Hospital General de Zona Núm. 47 IMSS, clínica de SIDA.
Número de registro:	R-2016-3701-17
Justificación y objetivo del estudio:	Valorar a los pacientes con VIH de manera integral así como documentar la percepción de la calidad de vida del paciente en relación a su enfermedad, para implementar acciones que permitan el seguimiento, control y tratamiento de su patología de base.
Procedimientos:	Al entender el objetivo del estudio usted firmará el consentimiento informado, posteriormente resolverá el cuestionario de 12 preguntas para evaluar la percepción de la calidad de vida en relación a su patología.
Posibles riesgos y molestias:	No se considera para este estudio algún riesgo o molestia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evaluar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con VIH, poder llegar implementar programas como grupos de ayuda mutua para los pacientes con una baja percepción de calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se realizara análisis estadística presentación de resultados.
Participación o retiro:	Usted es libre de ingresar a colaborar o dejar de contestar el cuestionario si así lo desea en cualquier momento del estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que usted nos proporcione serán manejados con confidencialidad y exclusivamente utilizados para este estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Actividades de prevención y grupos de ayuda
Beneficios al término del estudio:	Actividades de prevención y evitar complicaciones

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

Investigador Responsable: **Asesor Metodológico: Dra. Teresa Alvarado Gutiérrez:** Médica Familiar. Profesor Titular de Médicos Residentes de la UMF 31, Delegación Sur D.F. IMSS **Matricula** 99383047

Tel: 56860236 Extensión 21481 **Fax:** 56862769e-mail:
teresa.alvarado@imss.gob.mx

Colaboradores:

Estrada Noguez Alejandro. **Residente de Tercer Año de Medicina Familiar de UMF31. Matricula 98386540. Tel. Cel. 5570077979. e mail: alexastra32b@gmail.com. FAX: 56863769**

Asesor Cínico: Dr. Roberto San Pedro Hernández. Médico Internista Encargado de Clínica de CLISIDA en Hospital General de Zona 47 Vicente Guerrero, Delegación Sur D.F IMSS, **Matricula 10671064. Tel: 5513757872 Fax: 56926066**

e-mail: sanpedroh@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

ESTRADA NOGUEZ ALEJANDRO

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

22.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (Anexo 2)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH
adscritos a la UMF 31 del IMSS”**

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSIÓN)					
Pacientes derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF 31 con VIH/SIDA que acuden a control a la clínica de SIDA en el HGZ 47, de cualquier edad sin distinción de sexo, que quieran participar y puedan contestar el Instrumento de evaluación además de firmar la carta de consentimiento para su participación .					
1	No llenar.....FOLIO _____				_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____				_ _ _ _
3	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) </div>				
4	NSS: _____	5	Teléfono _____		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()				_ _ _ _
7	Número de Consultorio: (____)				_ _ _ _
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()		_ _ _ _
10	ESTADO CIVIL 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Viudo(a) () 5.Unión libre ()				_ _ _ _
11	ESCOLARIDAD 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6.-Postgrado ()				_ _ _ _
12	Control de carga viral _____	13	Tiempo de diagnóstico de VIH-SIDA (años cumplidos) _____	14	Cuantificación de carga viral 1.Indetectable 2.Detectable
14	Comorbilidades :1. Diabetes tipo 2() 2. Hipertensión arterial () 3.Depresión() 4.Dislipidemia 5.Otra enfermedad () ¿Cuál?..... 6. Ninguna Tiempo de diagnóstico en años cumplidos:				_ _ _ _
15	Estadio clínico del VIH de acuerdo a la CDC. 1 Estadio A1. 5. Estadio B2 9. Estadio C3 2 Estadio A2. 6. Estadio B3 3 Estadio A3. 7. Estadio C1 4 Estadio B1. 8. Estadio C2				_ _ _ _
17	Numero de antiretrovirales en su esquema de tratamiento. 1. (Un antiretroviral) 2. (Dos antiretrovirales) 3.(Tres antiretrovirales) 4. (Más de tres antiretrovirales)				_ _ _ _

22.3 Instrumento (anexo 3)

INSTRUMENTO SF 12.	
<p>¿En general usted diría que su salud es? 1= Excelente () 2= Muy Buena () 3= Buena () 4= Regular () 5=Mala ()</p>	_
<p>Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿Qué tanto le limita para realizarlas?</p>	
<p>Esfuerzos moderados. 1= Si , me limita mucho () 2= Si, me limita poco () 3= NO, No me limita ()</p>	_
<p>Subir varios pisos por las escaleras 1= Si , me limita mucho () 2= Si, me limita poco () 3= NO, No me limita ()</p>	_
<p>Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? 1= Si () 2= NO ()</p>	_
<p>¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas? 1= Si () 2= NO ()</p>	_
<p>Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar deprimido, triste, o nervioso)? ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? 1= Si () 2= NO ()</p>	_
<p>¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? 1= Si () 2= NO ()</p>	_
<p>Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual y las tareas domésticas? 1= Nada () 2= Un poco () 3= Regular () 4= Bastante () 5= Mucho () 6= Nunca ()</p>	_
<p>En las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se ha sentido calmado y tranquilo? 1= siempre () 2= casi siempre () 3= Muchas veces () 4= Algunas veces () 5= Solo algunas vez () 6= Nunca ()</p>	_
<p>En las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía? 1= siempre () 2= casi siempre () 3= Muchas veces () 4= Algunas veces () 5= Solo algunas vez () 6= Nunca ()</p>	_
<p>En las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo Se sintió desanimado y triste? 1= siempre () 2= casi siempre () 3= Muchas veces () 4= Algunas veces () 5= Solo algunas vez () 6= Nunca ()</p>	_
<p>En las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales? 1= Siempre () 2= Casi siempre () 3= Algunas Veces () 4= Solo alguna vez () 5= Nunca ()</p>	_
<p>¿CUÁL FUE EL PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE EN EL TEST SF12? 1= 23 PUNTOS O MENOS. () 2= 24-32 PUNTOS () 3= 33- 46 PUNTOS ()</p>	_

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN