



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y SU
FUNCIONALIDAD EN EL NÚCLEO FAMILIAR, EN
PACIENTES CON VIH DEL HGR 1 CHIHUAHUA**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Víctor Antonio Holguín Juárez

REGISTRO DE AUTORIZACION:
R-2017-802-024

ASESOR:

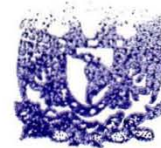
Dr. Víctor Ricardo Rosales García

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

ASESOR ADJUNTO:

Dra. Silvia Berenice Maynez Ocón



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

Chihuahua, Chih.

Marzo 2019



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **802** con número de registro **17 CI 08 037 035** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA .
U MED FAMILIAR NUM 46

FECHA **Viernes, 15 de diciembre de 2017.**

DR. VICTOR ANTONIO HOLGUIN JUAREZ
PRESENTE

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

IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y SU FUNCIONALIDAD EN EL NÚCLEO FAMILIAR, EN PACIENTES CON VIH DEL HGR 1 CHIHUAHUA

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de 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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2017-802-024

ATENTAMENTE

DR. ANDRÉS JUAREZ AHUMADA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



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



"Dictamen de Enmienda Aprobada"

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 802
U MED FAMILIAR NUM 46

FECHA: Miércoles, 10 de abril de 2019

Dr. victor antonio holguin juarez
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que la enmienda al protocolo de investigación en salud con título **IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y SU FUNCIONALIDAD EN EL NÚCLEO FAMILIAR, EN PACIENTES CON VIH DEL HGR 1 CHIHUAHUA** y número de registro institucional: **R-2017-802-024** que consiste en:

Modificar Colaboradores

que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **ENMIENDA APROBADA**

ATENTAMENTE

Dr. Andres Juarez Ahumada
Presidente del COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 802

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Impacto de la calidad de vida y su funcionalidad en el núcleo familiar, en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

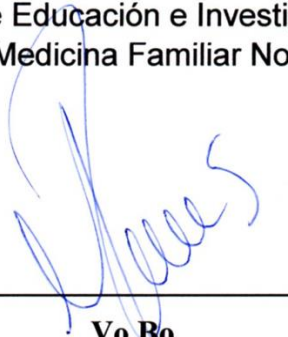
Encargada Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Ana Marlend Rivas Gómez


Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 33



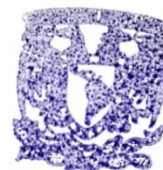
Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS



Vo.Bo.



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

Impacto de la calidad de vida y su funcionalidad en el núcleo familiar, en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua

ASESORES

Dr. Víctor Ricardo Rosales García

Médico internista HGR No. 1 Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

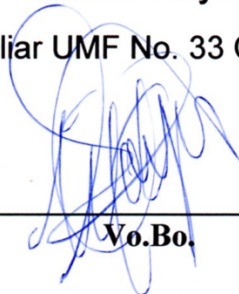
Encargada Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua



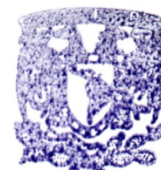
Vo.Bo.

Dra. Silvia Berenice Maynez Ocón

Médico Familiar UMF No. 33 Chihuahua



Vo.Bo.



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

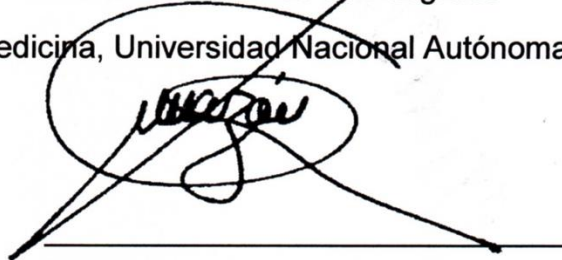
Impacto de la calidad de vida y su funcionalidad en el núcleo familiar, en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



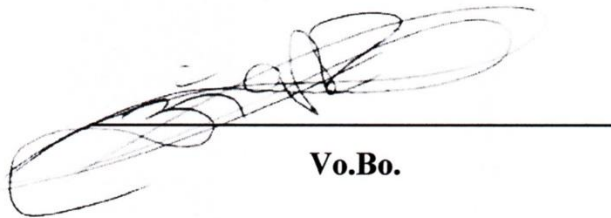
Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortiz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



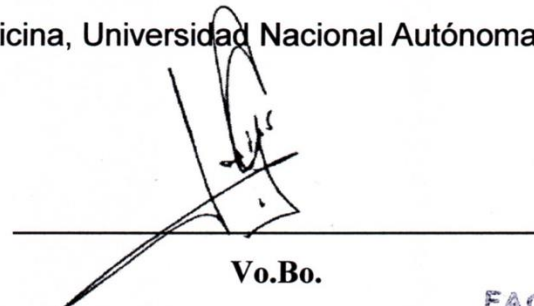
Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

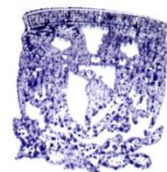
Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.



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

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco primeramente a Dios por darme la vida que hasta el momento me ha brindado y me ha permitido disfrutar cada día y apreciar lo bonito que es vivir, dándome las herramientas necesarias para crecer y forjarme como una buena persona.

Hoy que termino esta tesis para concluir mi especialidad en Medicina Familiar, me siento completamente agradecido con todas las personas que hacen posible que mi esfuerzo valga la pena, en especial a mi madre por su cariño, tolerancia, paciencia y amor que me brinda diariamente, a mi hermana y sobrinos que son elementos importantes en mi motivación a demostrarles que mientras uno quiere se puede, esperando ser un buen ejemplo a seguir.

A mis amigos por sus consejos cuando se han requerido, a mis muchos maestros que en lo largo de mi formación académica siempre han confiado en mi, dándome la oportunidad de aprender de sus conocimientos compartidos y por ultimo a todas las personas que en lo largo de la vida e conocido y me han dejado algo, bueno o malo pero me dejo una lección para crecer.

INDICE	Página
Resumen	10
Introducción	12
Justificación	18
Planteamiento del problema	19
Objetivo	20
Hipótesis	20
Material y métodos	21
Criterios de Selección	21
Operacionalización variables	22
Tamaño de muestra	23
Análisis estadístico	24
Consideraciones éticas	25
Metodología operacional	27
Resultados	28
Discusión	31
Conclusiones	33
Referencias bibliográficas	34
Tablas, Gráficas y Anexos	35

I. RESUMEN

IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y SU FUNCIONALIDAD EN EL NÚCLEO FAMILIAR, EN PACIENTES CON VIH DEL HGR 1 CHIHUAHUA

Víctor Antonio Holguín Juárez, Martha Alejandra Maldonado Burgos,
Dr. Víctor Ricardo Rosales García, Silvia Máynez Ocon,

Introducción. La infección por el VIH impacta la Calidad de Vida (CV) de los pacientes; en los aspectos biológicos, económicos, socioculturales y psicológicos, que conllevan a la discriminación, estigmatización, rechazo, abandono o alteración de la funcionalidad a nivel individual, familiar o sociocultural. **Objetivo.** Determinar el impacto de la calidad de vida y su funcionalidad del núcleo familiar, en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua. **Material y Métodos:** Bajo un estudio transversal, observacional, se incluyeron pacientes con VIH, que acudieron a consulta en el HGR 1, Chih., del 01 de Enero del 2018 al 30 de Junio del 2018. Se aplicó una encuesta validada, donde se pregunto sobre la calidad de vida y la funcionalidad familiar; además se investigaran las siguientes terceras variables: edad, sexo, estado civil, grado estudios, comorbilidades, tipo de tratamiento, CD4, Carga viral. Se realizaron pruebas de normalidad por medio de medidas de tendencia central y dispersión. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$, así como los factores de riesgo mediante la Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** Se estudiaron un total de 84 pacientes, con disfunción familiar leve 47(56%), moderada 30(35.7%) y severa 7(8.3%). En cuanto a la calidad de vida 17(20.2%) tienen mala calidad de vida global, 61(72.6%) mala calidad de vida física y 67(79.8%) mala calidad de vida mental. Encontramos que los pacientes masculinos tienen 9.16 veces riesgo de tener mala calidad de vida física. Los pacientes masculinos tienen 3.07 veces riesgo de tener una mala calidad de vida mental. **Conclusiones:** La calidad de vida relacionada con la salud se ha vuelto una medida de gran importancia para aquellos pacientes que viven con VIH por la cronicidad del padecimiento. Nuestros hallazgos muestran que el genero, la edad, no tener pareja, el bajo grado de estudio, el estatus

socioeconómico, la función familiar, la carga viral, el conteo de CD4 y el tipo de tratamiento, son determinantes que influyen significativamente en la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

Palabras clave: Calidad de vida CV, funcionalidad núcleo familiar FNF, Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH.

II. MARCO TEORICO.

Introducción.

La OMS forma en 1994 el grupo de calidad de vida (WHOQOL) que la define como, la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Caracterizándola como multidimensional, subjetiva, que incluye sentimientos positivos, negativos y es variable en el tiempo. Posteriormente se acuñó el término calidad de vida relacionada con la salud (CVS), que adquirió importancia como medida de resultado de las intervenciones en salud, de los tratamientos y cuidados médicos¹.

Calidad de vida (CV). Antecedentes.

El interés por estudiar la CV apareció desde 1975, en diversos ámbitos como son la sociología, psicología y medicina², Padilla et al y Permanye et al, indican que a partir de los años 80's del siglo pasado, el contexto de la CVS tuvo mayor auge; debido al cambio del perfil epidemiológico en la morbilidad con un incremento en las enfermedades crónicas, con una disminución en la mortalidad y un aumento de la esperanza de vida³.

Ebrahim, resaltó que los propósitos específicos de las mediciones en CVS son monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento⁴.

La CV abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual de una personal. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, y la percepción del dolor. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, depresión, cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el

bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior³.

Starton, et al identificaron cinco procesos relacionados con el ajuste a las enfermedades crónicas, que son la adaptación a sus actividades diarias, la conservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas. El impacto de la enfermedad crónica según Hu en 1995, produce estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y de las propias capacidades, como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales. Por otro lado el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores produce según Northam en 1997, alteraciones a nivel de comunicación e interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad³.

Estrategias de salud y CV en el VIH.

En salud pública se utiliza el concepto de CVS para medir los efectos e impacto en la salud de diversas enfermedades, discapacidades y trastornos. El seguimiento de la CVS en diferentes tipos de poblaciones, permite la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada para brindarles ayuda y orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud⁶.

En 2011, los estados miembros de la OMS, adoptaron una nueva estrategia mundial del sector sanitario sobre el VIH/SIDA, con el fin de lograr el acceso universal a la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención; obteniendo una respuesta sostenible al VIH mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud comunitarios, para abordar los determinantes sociales de la salud que incrementan la epidemia y dificultan la respuesta; mejorar la protección, promoción de los derechos humanos, la promoción de la equidad de género y la CV⁷.

La estrategia presentada en 2014, nos brinda bases para la importancia de valorar la CV. El programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA

(ONUSIDA), lidera el mundo para cumplir la meta global de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones, cero muertes relacionadas con el SIDA. Junta con 11 organizaciones trabajan para poner fin a la epidemia de SIDA para el 2030; como parte de los objetivos de desarrollo sostenible. ONUSIDA estima que se necesitarán 31,000 millones de dólares para la respuesta al SIDA en 2020 y 29,300 millones de dólares en 2030^{2,9}.

En México, el programa sectorial de salud 2013-2018 establece en sus objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deben ser congruentes con las metas nacionales establecidas en el plan nacional de desarrollo 2013-2018, entre las que destacan el consolidar el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país; debiendo incorporar acciones propias de salud pública e intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental y con un concepto integral asociado a estilos de vida saludables; promoviendo actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario^{3,4}.

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado en forma importante el perfil de la salud de la población. El Programa de Acción Específico 2013-2018 en VIH, SIDA e ITS incluye acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, para obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país, para consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, SIDA, se requiere de la participación coordinada de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, los diferentes órdenes de gobierno, la iniciativa privada y la sociedad civil⁵.

Calidad de vida y VIH.

El estudio de CV ha resultado ser una herramienta trascendental en la construcción de guías, políticas y formulación de objetivos para los cuidados de la salud, permitiendo describir a través de su conocimiento la evaluación de la efectividad de los tratamientos médicos y el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y su familia. Vosvick, et al, destacan el estudio de la CV funcional en término de cinco dominios: evaluando el funcionamiento físico, energía/fatiga, funcionamiento social, funcionamiento de rol y salud general y dolor. Plantean que la habilidad de mantener un nivel de bienestar en estos dominios es esencial para una alta CV en personas viviendo con enfermedades crónicas².

Hirabayashi, et al, apoyan el enfoque funcional, quien define que la CV de los pacientes portadores del VIH, como el funcionamiento físico y la salud mental basada en la percepción individual de su vida. Cabe destacar que en el contexto de una enfermedad crónica, la evaluación subjetiva, está basada en el funcionamiento psicológico y en el grado de daño del funcionamiento físico².

La infección por el VIH impacta la CV de los pacientes; en los aspectos biológicos, económicos, socioculturales y psicológicos; en el dominio biológico se puede presentar alteración o deterioro del estado de salud, infecciones oportunistas, neoplasias y trastornos neurológicos. En el plano económico se genera aumento de los gastos de prestación de servicios de salud, disminución de la población económicamente activa, abandono de la actividad económica para cuidar de un enfermo o por deterioro de su salud, en suma, se reduce la esperanza de vida y en consecuencia su expectativa de vida. En los aspectos socioculturales es importante considerar el contexto donde se desarrolla la infección valorando, si esta tiene alguna una connotación moral y/o religiosa que conlleve a la discriminación, estigmatización, rechazo, abandono o alteración de la funcionalidad a nivel individual, familiar o sociocultural. La salud psíquica puede verse afectada por reacciones negativas frente al diagnóstico, como miedo, ansiedad, tristeza, ira, frustración e ideas suicidas ante el rechazo, discriminación y abandono por parte de la familia y amigos; trastornos obsesivos, y por el

estigma. La evaluación de la CVS puede ser a través instrumentos genéricos, específicos de enfermedades particulares o grupos de pacientes y en áreas o dimensiones de funcionamiento⁹.

Un análisis realizado con 2089 participantes en Australia, Brasil, India, Zimbawe, Italia y Ucrania tuvo como objetivo evaluar las observaciones de ONUSIDA acerca de las diferencias de la CV. Utilizaron el instrumento de calidad de vida (WHOQOL-HIV) donde se evaluaron 6 dimensiones: la física, psicológica, social, de independencia, ambiental y espiritual. Se identificó un efecto mediado por la edad, ya que entre los individuos con VIH y menor edad, la CV fue peor, que en los individuos con mayor edad. Los adultos más viejos reportaron mejores resultados en el dominio psicológico, ambiental y espiritual⁴.

Un estudio transversal realizado de 1999-2004 en Francia, analizó el impacto de la fatiga y la percepción subjetiva de los síntomas depresivos de la CV de los pacientes coinfectados con VIH y hepatitis C, que no recibieron terapia. Las puntuaciones altas en la escala de impacto de la fatiga (FIS), se asociaron independientemente con una CV alterada y las relaciones sociales; mientras que las puntuaciones altas con Escala de Depresión del centro de estudios epidemiológicos, se asociaron de una forma independiente con una menor CV ambiental, por lo que la percepción subjetiva de fatiga y los síntomas depresivos, son los mejores indicadores de la CV en pacientes coinfectados, además la presencia de niños en el hogar, modo de transmisión, uso drogas inyectables y el desempleo se asociaron de forma independiente con todos los niveles de CV⁶.

En una cohorte prospectiva en Francia APROCO, se investigó el impacto del primer año del tratamiento antirretroviral en la CV relacionada con la salud. En 654 pacientes a los que se les aplicó el instrumento auto administrado SF-36 Short Form Health Survey, encontraron en 233 pacientes en buena CVS al comienzo del estudio y el 27% presentaron deterioro en la CV en el mes doce. Algunos factores asociados de forma independiente fueron conteoCE4+ menor a 500 y carga viral indetectable, tiempo diagnóstico VIH menor a 8 años⁷.

Una cohorte prospectiva en Estados Unidos de 116 participantes, tuvo como objetivo determinar si la calidad de vida del paciente con VIH predice la adherencia a la terapia antirretroviral. Para ellos se evaluó la CV de los participantes al inicio de la terapia antirretroviral y cada mes durante 5 años con la escala de depresión CES-D. 46% de los participantes no tuvieron adherencia, las preocupaciones financieras fueron mayores entre los que tuvieron baja adherencia contra los de alta ($p=0.02$), aquellos con baja adherencia usaron más alcohol ($p=0.001$) y otras drogas ($p=0.002$), el uso actual de alcohol tuvo una OR 2.65 (IC95% 1.20-5.87)⁸.

Para medir la CV en pacientes con VIH se utiliza el cuestionario MOS-VIH corto, que consta de 35 ítems, con respuestas en escalas ordinales de 2,3,5 o 6 posibilidades, divididos en 11 dimensiones que incluyen la 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 se resumieron en dos para buena y mala calidad de vida; salud física y salud mental. Las calificaciones totales se obtienen aplicando coeficientes de ponderación en una escala del 0 al 100. Si tenemos un valor menor 50 tenemos mala CV relacionada con la salud física, mental y global; si es mayor de 50 tenemos una buena CV. Este cuestionario está dividido en 11 dimensiones y validado para la población mexicana, con un coeficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach) mayor de 0.70⁹.

III. JUSTIFICACION

Al evaluar la calidad de vida en este estudio, que impacta en los aspectos biológicos, económicos, socioculturales y psicológicos podemos hacer medidas sobre el impacto para reducir el riesgo de este grupo y sus familias. De esta manera podremos capacitar al personal de salud sobre el impacto de la calidad de vida en la funcionalidad familiar, para así poder empoderar al paciente y hacerlo coparticipe para realizar cambios en su estilo de vida.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida ha cobrado gran importancia al ser estudiada como una variable resultado, en el paciente ya que junto con el acceso al tratamiento antirretroviral han permitido disminución en la progresión de la enfermedad, un incremento en la esperanza de vida de hasta 50 años posterior a su diagnóstico, lo que permite mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad por causas relacionadas a SIDA.

Se han encontrado factores de riesgo asociados con la disminución de la calidad de vida, como son conteo de CD4 menor a 200 células, carga viral detectable, comorbilidad psiquiátrica, menor nivel educativo, menor nivel socioeconómico, ser mujer.

La afectación de la calidad vida, en el bienestar físico, mental o global debido al estado de la salud, infecciones oportunistas, neoplasias, trastornos neurológicos, reacciones negativas frente al diagnóstico como lo son miedo e incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad que se manifiestan como ansiedad, tristeza o desesperanza, todo esto logra una afectación en la funcionalidad familiar, ya que afectan el rol del paciente a nivel individual, familiar o social y esto nos puede ocasionar falta de adherencia al tratamiento o abandono del mismo y disminución de la esperanza de vida.

Por lo anterior en México debido a la falta de estudios referente a este tema, toma relevancia la evaluación de la calidad de vida, ya que actualmente la infección por el VIH es considerada una enfermedad crónica, con repercusiones tanto económicas, sociales, en el núcleo familiar y sobre el sistema de salud no solo de los pacientes, sino de la familia lo que ocasiona un aumento en la demanda de los servicios y costos en salud.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto de la calidad de vida y su funcionalidad del núcleo familiar, en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua?

V. OBJETIVO

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto de la calidad de vida en la funcionalidad del núcleo familiar, en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua.

b. OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y el estadio de la enfermedad.

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y comorbilidades del paciente.

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y carga viral.

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y conteo CD4.

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y el tratamiento antirretroviral.

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y el nivel socioeconómico.

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y el sexo.

Determinar la asociación entre funcionalidad del núcleo familiar y el estado civil.

VI. HIPÓTESIS.

La calidad de vida del paciente afecta la funcionalidad del núcleo familiar en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua.

Nula: La calidad de vida del paciente no afecta la funcionalidad del núcleo familiar en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua.

VII. METODOLOGÍA.

a. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.

- Estudio transversal, prospectivo, analítico.

b. LUGAR Y UNIVERSO

- Hospital Regional No 1 Hospital Morelos de la Cd. De Chihuahua
- Pacientes con VIH derechohabientes del IMSS que acuden a control en el hospital Regional No 1 de Chihuahua.

c. PERIODO.

- En un periodo de 6 meses, del 01 enero del 2018 al 30 de junio del 2018

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

• CRITERIOS INCLUSIÓN.

- Pacientes con VIH, que se encuentre bajo control en HGR No1 Chihuahua.
- Pacientes sexo indistinto.
- Pacientes derechohabientes.

• CRITERIO EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no quiera participar en el estudio.
- Falta de consentimiento informado.
- Pacientes con patologías neurológicas o psiquiátricas que alteren el estado cognitivo del paciente y que impidan realizar el trabajo.

• CRITERIOS ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas.

IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO.

a. VARIABLE DEPENDIENTE.

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	ESCALA	INDICADOR
FUNCIONALIDAD NUCLEO FAMILIAR	Es una herramienta trascendental en la construcción de guías, políticas y formulación de objetivos para los cuidados de la salud	Cualitativa	<u>Dicotómica</u>	<u>1. Funcional</u> <u>2. No funcional</u>

b. VARIABLE INDEPENDIENTE.

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	ESCALA	INDICADOR
CALIDAD VIDA	Abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual de una personal. Percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia	Cualitativa	Dicotómica	1. Buena 2. Mala

c. TERCERAS VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	TIPO	ESCALA	INDICADOR
SEXO	Definición: Características genotípicas y fenotípicas de cada individuo. Operacionalización: Se obtendrá mediante encuesta.	Cualitativa	Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
EDAD	Período de tiempo} transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la entrevista. Operacionalización: Lo referido por el paciente o la edad consignada en expediente clínico.	Cuantitativa	De razón	Número de años

OCUPACIÓN	Acción o función que se desarrolla para obtener el sustento económico; al igual que la actividad que se desarrolla para obtener actitudes y conocimiento necesario. Definición operacional: Descripción ocupacional indicada por el individuo.	Cualitativa	Nominal	Ocupación
ESCOLARIDAD	Es el proceso mediante el cual se transmiten los conocimientos, costumbres y valores al igual que la forma de actuar. Definición operacional: El grado de escolaridad referida por el paciente.	Cualitativa	Nominal	Escolaridad paciente
RESIDENCIA	Lugar geográfico donde el individuo reside y desarrolla sus actividades familiares, sociales y económicas. Definición operacional: Se refiere a la zona geográfica donde radica la vivienda.	Cualitativa	Nominal	Lugar de residencia

X. TAMAÑO MINIMO DE LA MUESTRA.

TIPO Y CALCULO DE MUESTRA

- No aleatorizado, consecutivo por conveniencia
- Prevalencia calidad de vida 27%, se realizó el cálculo de tamaño de muestra, con un poder 80%, nivel de significancia: 95% y un 20% de posibles pérdidas con el programa Epidat 3.1, se estimó un tamaño de muestra de 52 pacientes.
- 20% de pérdidas: 10.
- Tamaño mínimo de la muestra: 62 pacientes

XI. ANALISIS ESTADÍSTICO.

Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se emplearon la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó la descripción por medio de proporciones.

La comparación de las variables cuantitativas continuas se empleó en caso de cumplir los supuestos de normalidad, se empleó la prueba t de Student, en caso contrario, la prueba de suma de rangos Wilcoxon y para la comparación de proporciones la prueba Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación entre la variable dependiente e independiente. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$, así como los factores de riesgo mediante la Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los procedimientos a realizar estuvieron de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica.

Esta investigación se desarrolló conforme a las siguientes bases:

- I. Se adaptó a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Fue el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existió la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contó con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contó con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación fue realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

- VII. Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Debió ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Fue responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegió la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados fueron utilizados cuando se requirieron y cuando fueron autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo Mínimo**, debido a que se realizará una entrevista a los pacientes con VIH que puede considerarse cause incomodidad.. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, Octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, que será obtenido por el investigador, al seleccionar de manera aleatoria los casos que acudan a la UMF.

Debido a la naturaleza de este estudio, no existieron riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio. Los resultados de este estudio, ayudarán a obtener información para determinar la prevalencia de demencia y además identificar los factores de riesgo asociados, por lo que ofrecerá el conocimiento y dará el enfoque para realizar intervenciones que permitan idear estrategias para este padecimiento.

Se solicitará a los participantes en el estudio carta de consentimiento informado.

XIII.- METODOLOGIA OPERACIONAL.

Bajo un estudio transversal, observacional, se incluyó un universo, constituido por pacientes con VIH, que acudieron a consulta en el HGR 1, Chih., del 01 Enero del 2018 al 30 de Junio del 2018.

Se les aplicó una encuesta validada, donde se preguntó sobre la calidad de vida y la funcionalidad familiar; además se investigarán las siguientes terceras variables: edad, sexo, estado civil, grado estudios, comorbilidades, tipo de tratamiento, CD4, Carga viral. Se tomó como buena calidad de vida según sus características familiares, estilo de vida, elemento conductual, manejo de estrés y capacidad adaptiva, se calificó como funcionalidad del núcleo familiar y se unificaron los resultados obtenidos. Una vez completadas las encuestas, fueron capturadas para su análisis y obtención de gráficas, y para obtener valores de Razón de Momios de Prevalencia, XMH e IC95%. Una vez terminado el análisis de los resultados se realizarán las conclusiones, además de la posterior difusión de resultados.

XIV. Resultados

Se estudiaron un total de 84 pacientes (Ver Tabla 1) de los cuales 71 (84.5%) eran hombres, con una relación hombre:mujer de 5.46:1 (Ver Gráfica 1), 23 (27.4%) tenían de 20 a 30 y 41 a 50 años, 57 (67.9%) son solteros, 29 (34.5%) tienen nivel superior de estudios, en cuanto a AMAI 31 (36.9%) son D+ (Ver Gráfica 2), en cuanto al APGAR se observó un total con disfunción familiar con 47 (56%) en disfunción leve y 7 (8.3%) pacientes tienen disfunción familiar severa (Ver Gráfica 3). En cuanto a su padecimiento 18 (22.8%) pacientes tienen carga viral detectable (Ver Gráfica 4), 20 (25.3%) CD4 menor a 200 (Ver Gráfica 5). 31 (44.2%) tienen tratamiento de primera línea. En cuanto a la calidad de vida 17 (20.2%) tienen mala calidad de vida global (Ver Gráfica 6), 61 (72.6%) mala calidad de vida física (Ver Gráfica 7) y 67 (79.8%) mala calidad de vida mental (Ver Gráfica 8).

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la edad de los pacientes tiene una mediana de 38 años con rangos intercuantiles (RIC) de 20 años (Ver Gráfica 9); la mediana de AMAI es 148.73 con RIC de 45.47, la mediana de APGAR de 13 con RIC de 2, los pacientes tienen una mediana de 5 años con VIH con RIC de 11 años; para la calidad de vida una media de 63.20 con una desviación estándar de 15.37 (Ver Gráfica 11), mientras que para la calidad de vida física una mediana de 30.99 con RIC de 27.70 y para la mental una mediana de 26.41 con RIC de 35.47.

Los pacientes masculinos tienen 3.49 veces riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 28.93 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes de 31 a 40 años tienen 67% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta las 18.87 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes viudos tienen 1.5 veces riesgo de tener mala calidad de vida, con intervalos que van hasta las 40.63 veces riesgo no siendo esta asociación

estadísticamente significativa. los pacientes con escolaridad superior tienen un 75% de posibilidades de tener buena calidad de vida con intervalos que van hasta el 81% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida siendo esta asociación estadísticamente significativa. los pacientes con AMAI D+ tienen 71% de posibilidades de tener buena calidad de vida con intervalos que van hasta las 5.28 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Los pacientes con disfunción familiar moderada tienen 29% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta 3.92 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con CD4 < 200 tienen un 2% de posibilidades de tener buena calidad de vida con intervalos que van hasta 3.47 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen carga viral detectable tienen 2.55 veces riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta 8.4 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con mala calidad de vida mental tienen 5.02 veces riesgo de tener mala calidad de vida con intervalos que van hasta 40.86 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. los pacientes con tratamiento de segunda línea tienen 39% de posibilidades de tener buena calidad de vida con intervalos que van hasta 2.08 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Los pacientes masculinos tienen 9.16 veces riesgo de tener mala calidad de vida física con intervalos que van hasta las 34.12 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes solteros tienen 12% de exceso de riesgo de tener mala calidad de vida física con intervalos que van hasta las 11.79 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con disfunción familiar severa tienen un 14% de posibilidades de tener buena calidad de vida con intervalos que van hasta las 5 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Los pacientes masculinos tienen 3.07 veces riesgo de tener una mala calidad de vida mental con intervalos que van hasta las 11.03 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes en unión libre tienen 19.5 veces riesgo de tener mala calidad de vida mental con intervalos que van hasta las 292.75 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con disfunción familiar severa tienen un 30% de posibilidades de tener buena calidad de vida con intervalos que van hasta las 6.6 veces riesgo de tener mala calidad de vida no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

XV. DISCUSIÓN.

Los promedios de puntuación de la calidad de vida relacionada a la salud física y mental en los diversos dominios del MOS-HIV que obtuvimos en este estudio son similares a los datos reportados por estudios similares. Al respecto, algunos estudios han demostrado que sujetos con VIH que son estigmatizados socialmente muestran niveles elevados de depresión, ansiedad y falta de esperanza en la recuperación de su salud. La afección en el CVF puede explicarse por la influencia que los factores mentales tienen en actividades de la vida diaria y recreativa, principalmente por el temor a ser criticados y excluidos socialmente.

Según los resultados el sexo masculino al igual que el no tener una pareja influye en una disminución de la calidad de vida, esto probablemente debido a la falta de apoyo de una persona que acompañe al paciente y le de fortaleza emocional.

Por otro lado tenemos que los pacientes que tienen una escolaridad superior tienen una alta protección pero presentan un riesgo mayor al 81% de disminuir su calidad de vida pudiendo relacionar esto a su área laboral y a la estigmatización de la sociedad. También se revelo en este estudio que los pacientes con un estado socio económico extremista tienen un riesgo mayor a complicación en su calidad de vida.

Referente a la función familiar encontramos que el total de nuestras familias presentan disfunción familiar en los tres grados que los clasificamos, encontrando una asociación directa respecto a la calidad de vida, al realizar un análisis factorial y hacer la separación entre la salud física y salud mental, encontramos una asociación mas directa con la disfunción familiar, concluyendo que presentan los de mayor disfunción familiar mayor mala calidad de vida en salud mental.

En este estudio también podemos observar como las condiciones de la enfermedad nos interfiere en la calidad de vida, tomamos en cuenta que los

pacientes con CD4 menores a 200 y la carga viral detectable tienen mayor riesgo de complicación asociada a una mala calidad de vida.

La principal desventaja que se tuvo en el análisis de la información fue que se incluyó a enfermos de una sola institución de salud pública, aquí en Chihuahua se cuenta con dos grandes centros de concentración para la atención en pacientes con VIH y aunque logramos entrevistar a una muestra mayor al tamaño mínimo de muestra, pueden existir diferencias en el resto de los pacientes del estado no incluidos que pueden modificar algunas de las variables estudiadas. Sin embargo, consideramos que los resultados son interesantes y contribuyen al estudio de la enfermedad y sus consecuencias.

Una aportación importante que este trabajo hace al estudio del paciente con VIH, es el hecho de considerar la calidad de vida en sus múltiples dimensiones en conjunto con los marcadores clínicos. Consideramos que el monitoreo de la calidad de vida debe implementarse como parte de los cuidados básicos en un paciente con VIH en México. Existe una necesidad de realizar estudios prospectivos para poder explicar mejor la influencia de los factores que predicen cambios o tendencias en la calidad de vida en pacientes con VIH.

De la misma manera se recomienda hacer estudios posteriores en los cuales se pretenda incluir más pacientes y más instituciones para lograr una muestra más representativa.

XVI. CONCLUSIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha vuelto una medida de gran importancia para aquellos pacientes que viven con VIH por la cronicidad del padecimiento. Nuestros hallazgos muestran que, en los pacientes con VIH, el genero, la edad, no tener pareja, el bajo grado de estudio, el estatus socioeconómico, la función familiar, la carga viral, el conteo de CD4 y el tipo de tratamiento, son determinantes que influyen significativamente en la calidad de vida.

Es necesario generar estrategias educativas para el personal de salud para capacitar al personal de salud de la siguiente manera:

- Realizar capacitación del personal de salud en cuanto a Calidad de vida en el paciente con VIH.
- Generar una página Web para el apoyo e información a pacientes con VIH, para así lograr mejorar sus factores psicosociales, al tener una mayor facilidad para el acceso a la información mediante esta página en internet.
- Realizar capacitación para los pacientes con VIH para que reciban información adecuada y oportuna sobre su enfermedad.
- Canalizar a los pacientes y a sus familiares hacia las redes de apoyo vigentes en la institución, para mejorar su calidad de vida y su función familiar.

XVII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 2003; 9(2):9-21.
2. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010. 138 (3): 358-65.
3. Badia X, Surinach N. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. Health Outcomes Research Europe Group Barcelona, 4° Seminario de atención farmacéutica. P. 79-92. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
4. Skevington SM. Is Quality of life poorer for older adults with HIV/AIDS? Interntational evidence using the WHOQOL-HIV. *AIDS care: Psychological and Socio medical Aspects of AIDS/HIV*. 2012; 24 (10):1219-25.
5. ONUSIDA: Hoja informativa 2015. Estadísticas Globales. Día mundial del SIDA 2016 [Internet], New York: El programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2010. P. 2-6. Disponible: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf
6. Cardona-Arias JA. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia, *Rev. Salud pública*, 2010; 12 (5): 765-76.
7. Marcellin F, Preau M, Racaux I, Dellamonica P, Spire B, Carrieri MP. Self-Reported Fatigue and Depressive Symptoms as Main indicators of the Quality, of Life (QOL) of Patients Living with HIV and Hepatitis C: Implications for Clinical Management and Future Research. *HIV Clin Trials* 2007; 8 (5):320-7.
8. Campsimith M, Nakashima AK, Davidson AJ. Self- reported health-related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site interview Project. *Health Queal Life Outcomes* 2003, 24; 1:12.
9. Peña LM, Aguilar GS, Suaárea MA. Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2007, 21(5): 313-19.

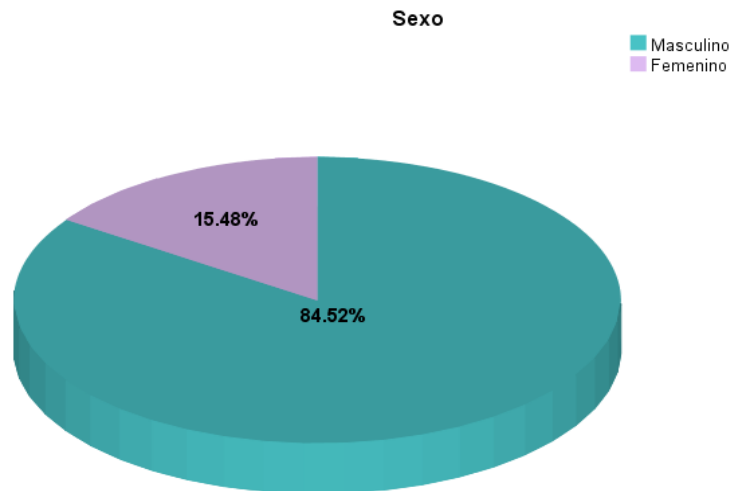
XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS.

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas de la población de estudio de pacientes con VIH

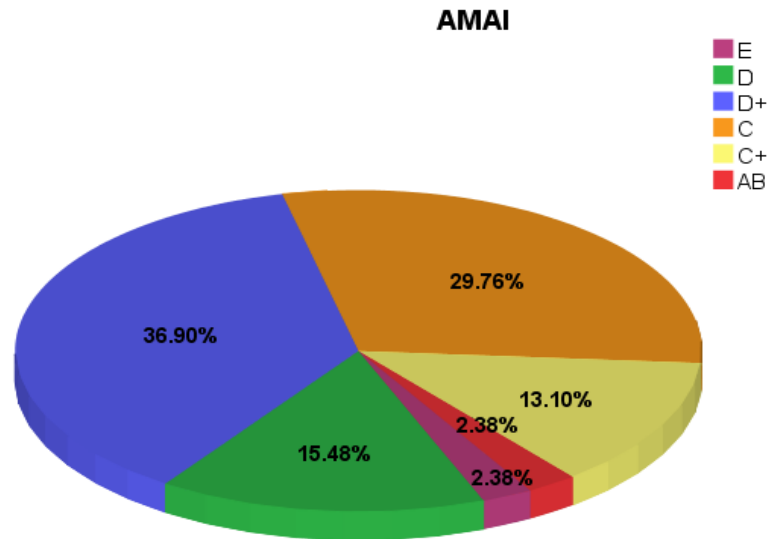
Característica	Frecuencia n, (%)
Sexo	
Masculino	71, (84.5)
Femenino	13, (15.5)
Edad	
20 a 30 años	23, (27.4)
31 a 40 años	21, (25)
41 a 50 años	23, (27.4)
51 a 60 años	13, (15.5)
> 60 años	4, (4.8)
Estado civil	
Soltero	57, (67.9)
Unión libre	4, (4.8)
Casado	15, (17.9)
Divorciado	5, (6.0)
Viudo	3, (3.6)
Escolaridad	
Básica	24, (28.6)
Media	26, (30.8)
Superior	29, (34.5)
Postgrado	5, (6.0)
AMAI	
E	2, (2.4)
D	13, (15.5)
D+	31, (36.9)
C	25, (29.8)
C+	11, (13.1)
AB	2, (2.4)
APGAR	
Leve	47, (56.0)
Moderada	30, (35.7)
Severa	7, (8.3)
Carga Viral	
No Detectable	61, (77.2)
Detectable	18, (22.8)

CD 4	
<200	20, (25.3)
>200	59, (74.7)
Tipo tratamiento	
1ª línea	31, (44.2)
2ª línea	39, (55.8)
Calidad vida (CV)	
Mala	17, (20.2)
Buena	67, (79.8)
Calidad de vida salud física	
Mala	61, (72.6)
Buena	23, (27.4)
Calidad de vida salud mental	
Mala	67, (79.8)
Buena	17, (20.2)

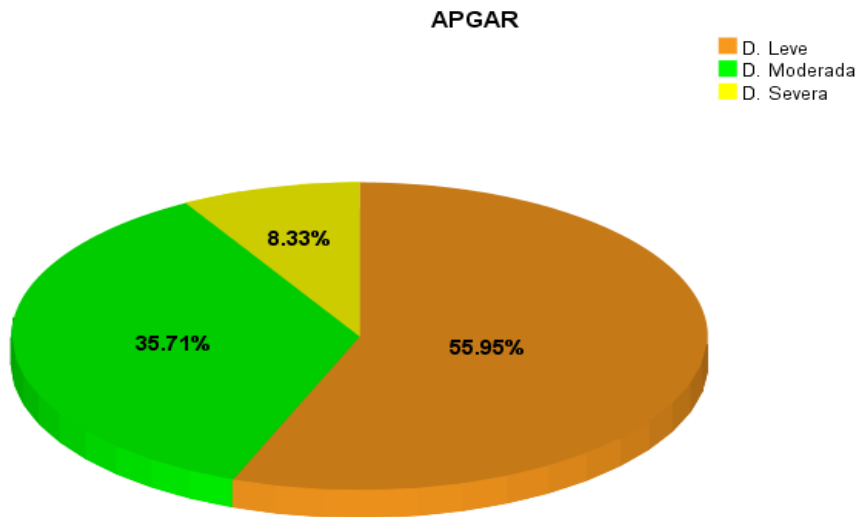
Gráfica 1. Sexo Pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



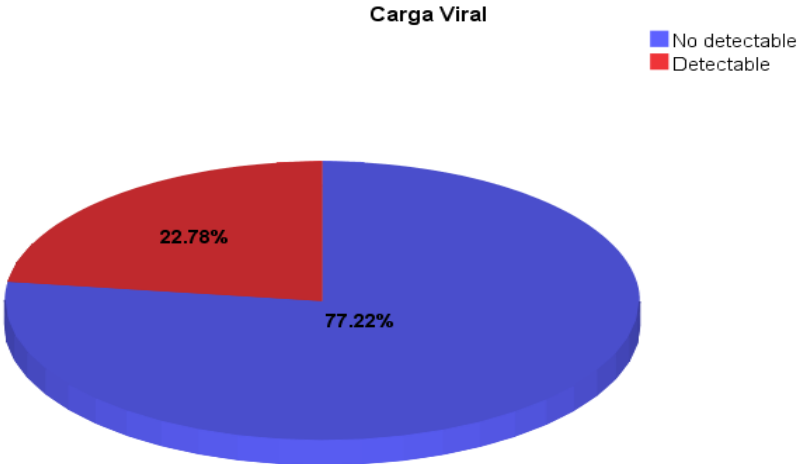
Gráfica 2. Nivel Socioeconómico Pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



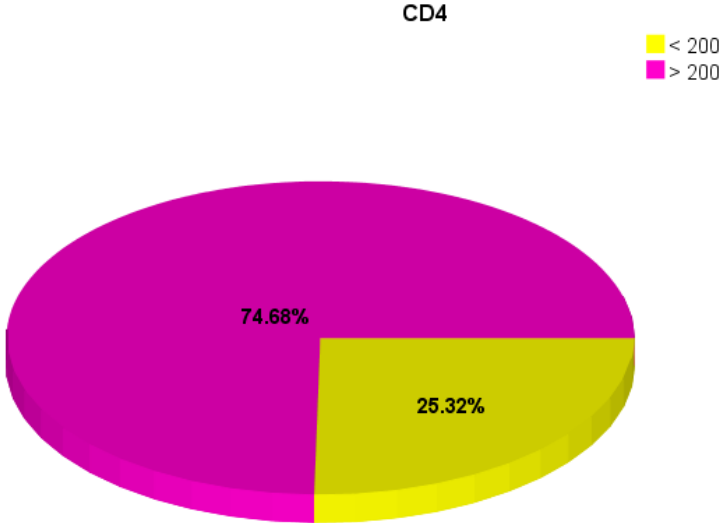
Gráfica 3. Funcionalidad familiar pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



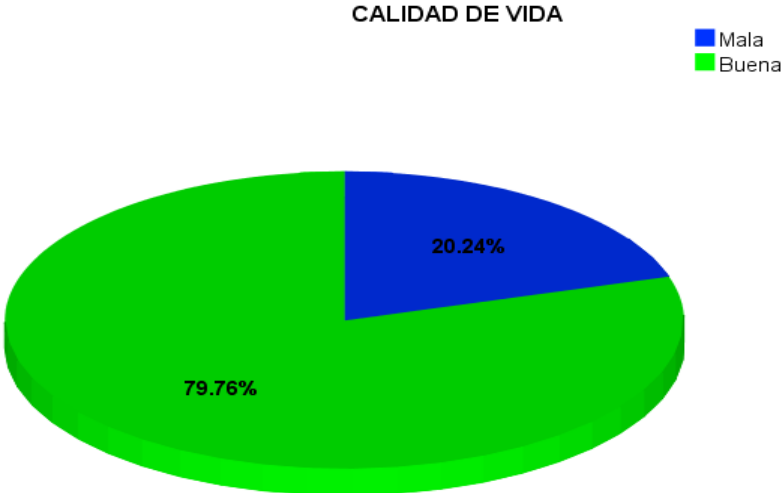
Gráfica 4. Carga viral pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



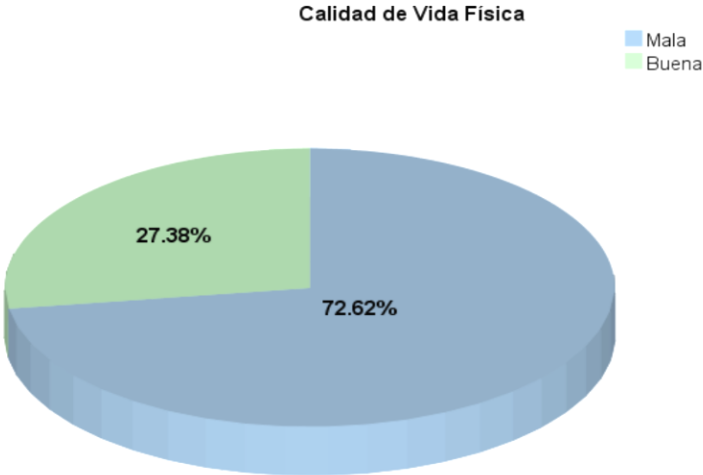
Gráfica 5. Cuantificación de CD4 pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



Gráfica 6. Calidad de vida pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



Gráfica 7. Calidad de Vida Salud Física Pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



Gráfica 8. Calidad de Vida Salud Mental en pacientes con VIH del IMSS HGR 1.

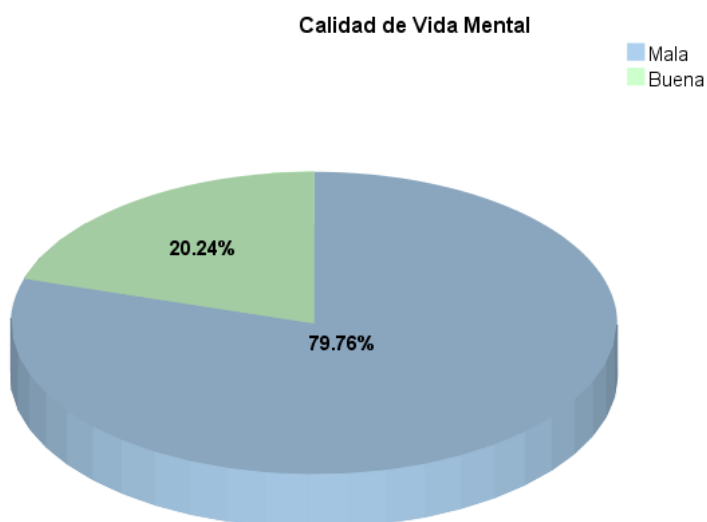
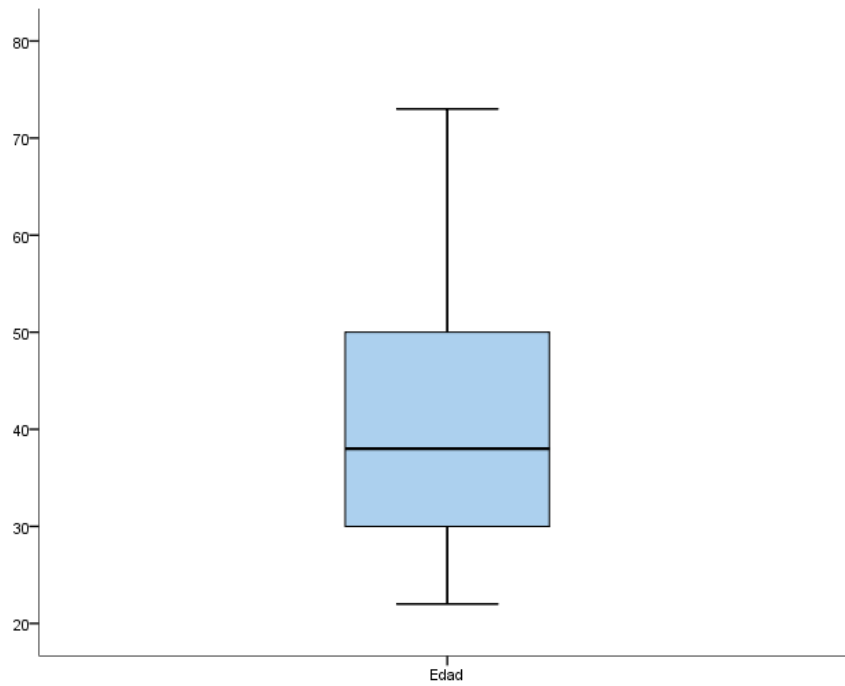


Tabla 2. Características pacientes con VIH del IMSS HGR 1.

Variable	Media, Mediana	DE, RIC	Mínimo	Máximo	<i>p</i> *
Edad	38	20	22	73	< 0.001
AMAI	148.73	45.47	27	274	0.200
APGAR familiar	13	2	9	15	< 0.001
Años VIH	5	11	0	26	< 0.001
Calidad vida	63.20	15.37	33.25	94.25	0.074
Calidad vida física	30.99	27.70	12.13	79.32	< 0.001
Calidad vida mental	26.41	35.47	1.88	81.98	0.019

* Kolmogorov-Smirnov

Gráfica 9. Edad de pacientes con VIH del IMSS HGR 1.



Gráfica 10. Calidad de Vida pacientes con VIH del IMSS HGR 1.

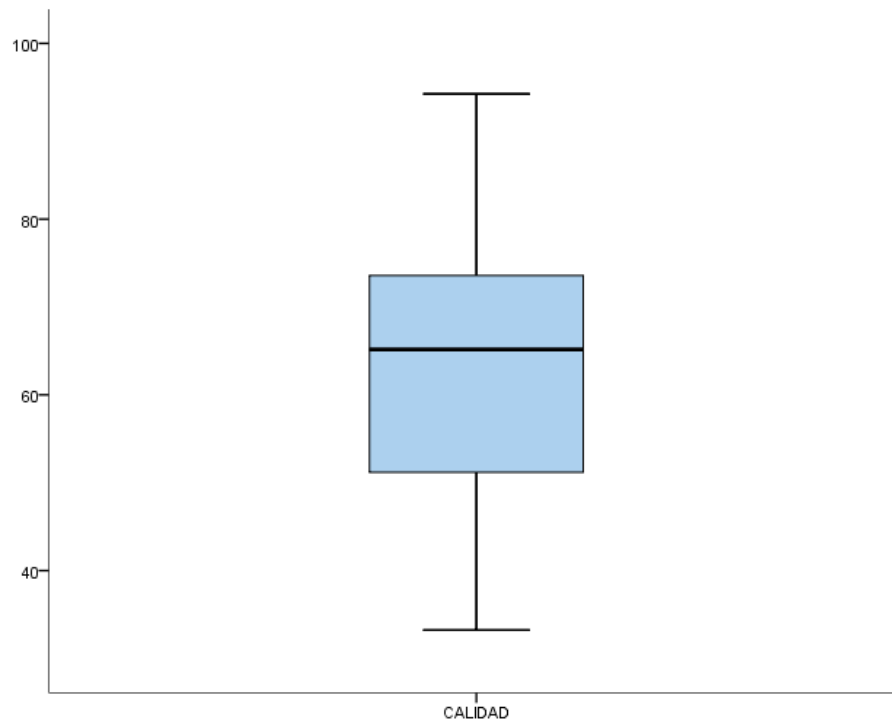


Tabla 3. Análisis bivariado
Calidad de Vida (CV) Pacientes con VIH del IMSS HGR 1.

Característica	Calidad de Vida		RMP	IC 95%	p*
	Mala n, (%)	Buena n, (%)			
Sexo					
Masculino	16, (94.1)	55, (82.1)	3.49	0.42 – 28.93	0.221
Femenino	1, (5.9)	12, (17.9)	1		
Edad					
20 a 30 años	4, (23.5)	19, (28.4)	1		
31 a 40 años	9, (52.9)	12, (9.8)	1.67	0.15 – 18.87	0.231
> 40 años	4, (23.5)	36, (53.8)	1.50	0.15 – 14.04	
Estado civil					
Soltero	12, (70.6)	45, (67.2)	0.80	0.08 – 8.40	0.776
Unión libre	3, (17.6)	12, (17.9)	0.75	0.07 – 10.03	
Casado	1, (5.9)	3, (4.5)	1		
Divorciado	0, (0)	5, (7.5)	-	-	
Viudo	1, (5.9)	2, (3)	1.5	0.06 – 40.63	
Escolaridad					
Básica	4, (23.6)	20, (29.8)	0.13	0.02 – 1.07	0.04
Media	2, (11.8)	24, (35.9)	0.06	0.01 – 0.55	
Superior	8, (47)	21, (31.3)	0.25	0.04 – 1.81	
Posgrado	3, (17.6)	2, (3)	1		
AMAI					
E	0, (0)	2, (3)	1		
D	2, (11.8)	11, (16.4)	0.18	0.01 – 4.26	0.897
D+	7, (41.2)	24, (35.8)	0.29	0.02 – 5.28	
C	5, (29.4)	20, (29.9)	0.25	0.01 – 4.73	
C+	2, (11.8)	9, (13.4)	0.22	0.01 – 5.28	
AB	1, (5.9)	1, (1.5)	1	-	
APGAR					
Leve	9, (52.9)	38, (56.7)	1		
Moderada	7, (41.2)	23, (34.3)	1.29	0.42 – 3.92	0.835
Severa	1, (5.9)	6, (9)	0.70	0.08 – 6.60	
CD 4					
<200	4, (25)	16, (25.4)	0.98	0.28 – 3.47	0.974
>200	12, (75)	47, (74.8)	1		
Carga Viral					
Indetectable	10, (62.5)	51, (81)	1		
Detectada	6, (37.5)	12, (19)	2.55	0.77 – 8.40	0.216

Calidad de vida

mental					
Mala	16, (94.1)	51, (76.1)	5.02	0.62 – 40.86	0.099
Buena	1, (5.9)	16, (23.9)	1		
Tratamiento					
1ª línea	12, (75)	35, (64.8)	1		
2ª línea	4, (25)	19, (35.2)	0.61	0.18 – 2.08	0.446
Chi cuadrada					

Tabla 4. Análisis bivariado
Calidad de Vida Salud Física (CVF) Pacientes con VIH del IMSS HGR
1.

Característica	Calidad de Vida Física		RMP	IC 95%	p*
	Mala n, (%)	Buena n, (%)			
Sexo					
Masculino	57, (93.4)	14, (60.9)	9.16	2.46 – 34.12	<0.0001
Femenino	4, (6.6)	9, (39.1)	1		
Edad					
20 a 30 años	22, (36.1)	1, (4.3)	1		
31 a 40 años	20, (32.8)	1, (4.3)	0.99	0.87 – 1.13	<0.0001
41 a 50 años	12, (19.7)	11, (47.8)	0.55	0.37 – 0.81	
51 a 60 años	4, (6.6)	9, (39.1)	0.32	0.14 – 0.73	
> 60 años	3, (4.9)	1, (4.3)	0.78	0.44 – 1.39	
Estado civil					
Soltero	44, (72.1)	13, (58.5)	1.12	0.11 – 11.79	0.235
Unión libre	11, (18)	4, (17.4)	0.92	0.07 – 11.58	
Casado	3, (4.9)	1, (4.3)	1		
Divorciado	2, (3.3)	3, (13)	0.22	0.01 – 3.98	
Viudo	1, (1.6)	2, (8.7)	0.17	0.006 -4.51	
APGAR					
Leve	35, (57.4)	12, (52.2)	1		
Moderada	21, (34.4)	9, (39.1)	0.80	0.29 – 2.21	0.911
Severa	5, (8.2)	2, (8.7)	0.86	0.15 – 5.01	
Chi cuadrada					

Tabla 5. Análisis bivariado
Calidad de Vida Mental (CVM) Pacientes con HIV del IMSS HGR 1.

Característica	Calidad de Vida Mental		RMP	IC 95%	p*
	Mala n, (%)	Buena n, (%)			
Sexo					
Masculino	59, (88.1)	12, (70.6)	3.07	0.86 – 11.03	0.075
Femenino	8, (11.9)	5, (29.4)	1		
Edad					
20 a 30 años	21, (31.3)	2, (11.8)	1		0.003
31 a 40 años	17, (25.4)	4, (23.5)	0.89	0.70 – 1.13	
41 a 50 años	15, (22.4)	8, (47.1)	0.71	0.52 – 0.99	
51 a 60 años	13, (19.4)	0, (0)	1.10	0.97 – 1.24	
> 60 años	1, (1.5)	3, (17.6)	0.27	0.05 – 1.50	
Estado civil					
Soltero	47, (70.1)	10, (58.8)	14.1	1.33– 149.91	0.08
Unión libre	13, (19.4)	2, (11.8)	19.5	1.30 -292.75	
Casado	1, (1.5)	3, (17.6)	1		
Divorciado	4, (6)	1, (5.9)	12.0	0.22-162.53	
Viudo	2, (3)	1, (5.9)	6.0	0.06 – 40.63	
APGAR					
Leve	9, (52.9)	38, (56.7)	1		0.835
Moderada	7, (41.2)	23, (34.3)	1.28	0.42 – 3.92	
Severa	1, (5.9)	6, (9)	0.70	0.08 – 6.60	
Chi cuadrada					

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
HGR #1 CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y SU FUNCIONALIDAD EN EL
NÚCLEO FAMILIAR, EN PACIENTES CON VIH DEL HGR 1 CHIHUAHUA.**

Nombre del estudio:

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Al determinar los factores de afección que impactan la calidad de vida en los aspectos biológicos, económicos, socioculturales y psicológicos podemos hacer medidas sobre el impacto para reducir el riesgo de este grupo y sus familias. El objetivo de este estudio es Determinar el impacto de la calidad de vida del paciente en la funcionalidad del núcleo familiar, en pacientes con VIH del HGR 1 Chihuahua.

Procedimientos:

Se le pedirá a usted que responda un cuestionario para conocer datos sobre su calidad de vida y funcionalidad del núcleo familiar.

Posibles riesgos y molestias:

No representa ningún riesgo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Detectar la calidad de vida del paciente con VIH, así como la funcionalidad del núcleo familiar.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se dará información sobre su estado actual y de ser necesario algún procedimiento.

Participación o retiro:

La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Se garantiza la existencia de tratamiento médico para su padecimiento de así necesitarlo.

Beneficios al término del estudio:

Detectar la calidad de vida del paciente con VIH, así como la funcionalidad del núcleo familiar.

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

Investigador Responsable:

Dr. Víctor a. Holguin Juárez Mat 98081670, Tel 614-3546511 R1 Medicina Familiar

Colaboradores:

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

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

4	0
5	8
6	8
7	14

Baños completos con regadera y W.C para uso exclusivo de los integrantes de su hogar _____

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	13
2	13
3	31
4 o más	48

En el hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños: _____

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

Total de focos en el hogar (techos, paredes, lámparas de buro o piso): _____

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o +	46

El piso de su hogar es predominantemente de tierra, de cemento o alguno otro tipo de acabado: _____

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento	0
Otro tipo de material o acabado	11

Número de automóviles propios, excluyendo taxis, tiene en su hogar: _____

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22

2	41
3 O +	58

Cuántas televisiones a color funcionan en su hogar: _____

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	26
2	44
3 O +	58

Cuántas computadoras personales (escritorio o laptop) tiene funcionando en el hogar: _____

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	17
2 o +	29

En su hogar cuenta con estufa de gas o eléctrica: _____ -

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

Resultado AMAI: _____

Nivel	Puntos
E	60
D	61-101
D+	102-156
C	157-191
C+	192-241
A/B	242-+

Cuestionario MOS - HIV Health Survey

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas poniendo esta señal “x” en la casilla correspondiente.

1. En general, usted diría que su salud es: (marque una sola respuesta)

Excelente	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas dos semanas? (marque una sola respuesta)

Ningún dolor	Muy poco	Poco	Moderado	Severo	Muy severo

3. Durante las dos últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos) (marque una sola respuesta)

Nada	Un Poco	Regular	Bastante	Mucho

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto? (marque una casilla en cada pregunta)

Actividades	SÍ, se me dificulta mucho	SÍ, se me dificulta un poco	NO, no se me dificulta nada
a. El tipo o cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes muy fuertes			
b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer como mover una mesa y cargar la bolsa del mandado			
c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera.			
d. Agacharse o levantar algo.			
e. Caminar una cuadra (unos 100 metros).			

f. Comer o bañarse o ir al baño o vestirse.			
---	--	--	--

5. Su salud, ¿le impide hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela? (marque una sola respuesta)

Si	
No	

6. ¿Hay algún tipo de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?

Si	
No	

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas

7. Durante las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces su salud le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o parientes cercanos)?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Muchas veces	4.Algunas veces	5.Sólo alguna vez	6.Nunca

8. Durante las dos últimas semanas ¿Cuántas veces...

	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Muchas veces	4.Algunas veces	5.Sólo alguna vez	6.Nunca
a) estuvo muy nervioso?						
b) se sintió calmado y tranquilo?						
c) se sintió desanimado y triste?						
d) se sintió feliz?						
e) se sintió tan decaído que nada podía animarle?						

10. Durante las últimas dos semanas ¿Cuántas veces...

	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Muchas veces	4.Algunas veces	5.Sólo alguna vez	6.Nunca
se sintió lleno de vida?						
se sintió agotado?						
¿Se sintió cansado?						
tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?						
se sintió agobiado por sus problemas de salud?						
se sintió desanimado por sus problemas de salud						
llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud?						
llegó a tener miedo dado su estado de salud?						

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas

10. En las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces...}

	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Muchas veces	4.Algunas veces	5.Sólo alguna vez	6.Nunca
a. Ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas						

nuevas?						
b. Ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo, el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?						
c. Ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer una tarea durante mucho tiempo?						
d. Ha tenido usted dificultad a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?						

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Muy Cierta	No lo sé Muy	Falsa	Totalmente falsa
a. Estoy un poco enfermo.					
b. Estoy tan sano como cualquiera.					
c. Mi salud es excelente.					
d. Me encuentro mal últimamente.					

12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas dos semanas? Es decir ¿Cómo le han ido las cosas? (marque una sola respuesta).

a) Muy bien, no podrían haber ido mejor.	
b) Bastante bien.	
c) Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo.	
d) Bastante mal.	
e) Muy mal, no podrían haber ido peor	

13. Comparada con la de hace dos semanas, su salud física y emocional ahora es...

a) Mucho mejor.	
b) Algo mejor.	
c) Más o menos igual.	
d) Algo peor.	
e) Mucho peor.	