



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICO FAMILIAR No. 2

"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL APEGO A TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON VIH EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°27"

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA
DR. RICARDO TADEO ORTIZ GARDUÑO

DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSÉ ELPIDIO ANDRADE PINEDA

CIUDAD DE MÉXICO

2025





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.

DEDICATORIA

A mi querido Tío Jorge Guadalupe Garduño Azpilcueta y mi Abuela, a la señora, Rosa Azpilcueta Flores, quienes, aunque ya no están físicamente con nosotros, permanecen como una luz eterna en nuestras vidas. A ustedes, que con su ejemplo y amor sembraron los valores que nos guían cada día, y que nos enseñaron a apreciar el valor de la vida, la importancia de la convivencia familiar y la fortaleza del espíritu.

Este logro es también suyo, porque sus enseñanzas y el amor que nos brindaron siguen siendo el motor que impulsa cada paso hacia adelante. Siempre serán recordados con profundo amor y gratitud, porque, aunque estamos lejos físicamente, nunca dejarán de habitar nuestro corazón.

Gracias por ser inspiración eterna y guía en cada desafío. Este trabajo es un tributo a la huella imborrable que dejaron en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, el pilar más importante en mi vida, quienes, con su apoyo incondicional, amor y comprensión han sido mi fuerza y motivación a lo largo de este camino.

Gracias por los desvelos compartidos, por estar siempre ahí cuando más lo necesitaba y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Su esfuerzo y sacrificio me han permitido llegar a este día con el corazón lleno de gratitud, sabiendo que este logro no habría sido posible sin ustedes.

Hoy, al cumplir este objetivo tan significativo, reconozco que cada página de esta tesis lleva consigo una parte de ustedes: su aliento, sus palabras de ánimo y su ejemplo de perseverancia. Este logro es tan mío como de ustedes.

A la Dra. Natalia de Jesús, quiero expresarle mi más profundo agradecimiento por su invaluable compañerismo y generosidad. Su disposición para compartir su conocimiento, sin esperar nada a cambio, ha sido un pilar fundamental en la culminación de esta tesis. Su apoyo constante, tanto académico como humano, me ha inspirado y motivado en cada etapa de este proceso.

A la Dra. Miriam Ramírez Cortez, por su invaluable labor en la coordinación de las cuestiones éticas relacionadas con los temas de VIH. Su respeto, honradez y compromiso han sido un pilar fundamental para garantizar que esta investigación se desarrolle con la sensibilidad y el rigor necesarios. Su guía y dedicación son ejemplo e inspiración.

INDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEORICO.....	12
CALIDAD DE VIDA	12
VISION DE CALIDAD DE VIDA Y PACIENTE QUE PADECEN VIH	14
INSTRUMENTO MOS-HIV	15
VIH, ANTECEDENTES Y GENERALIDADES.....	16
CLASIFICACION	16
CONTROL POR NIVELES SÉRICOS.....	17
MODO DE TRANSMISION	18
PERCEPCIÓN DE LOS JÓVENES Y EL RIESGO DE INFECCIÓN POR TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN EL GENERO	18
VIH Y MATRIMONIO INFANTIL	19
AUTOCUIDADO Y JOVENES QUE VIVEN CON VIH.....	19
ALGUNOS OTROS ASPECTOS QUE NO SE TOMAN EN CUENTA EN EL VIH QUE AFECTA LA CALIDAD Y EL APEGO AL TRATAMIENTO.....	20
SÍNDROME DE LIPODISTROFIA EN PACIENTES CON VIH	21
EJERCICIO FISICO COMO ESTRATEGIA EN EL CONTROL DE SINTOMAS CAUSADOS POR EL CONSUMO DE ANTIRRETROVIRALES.....	21
COMPLICACIÓN NEUROPÁTICA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA	22
ADHERENCIA A TRATAMIENTO	22
DEFICIENCIA DE ELEMENTOS Y NUTRIENTES	24
ABORDAJE DEL MEDICO FAMILIAR EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH EN EL PRIMER ATENCION DE SALUD.....	25
NIVEL DE ADHERENCIA ANTIRRETROVIRAL NECESARIO PARA LA SUPRESIÓN VIRAL DEL VIH UTILIZANDO DATOS DEL MUNDO REAL	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
OBJETIVOS	28
GENERAL.....	28
ESPECÍFICOS	28
HIPÓTESIS.....	29

VERDADERA.....	29
NULA.....	29
MATERIAL Y METODOS	30
LUGAR DONDE SE LLEVARÁ ACABO	30
DISEÑO DE ESTUDIO.....	30
UNIVEROS DE TRABAJO.....	31
GRUPO DE ESTUDIO	31
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	31
CRITERIOS DE INCLUSION.....	31
CRITERIOS DE EXCLUSION	31
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	31
TAMAÑO DE LA MUESTRA	33
FÓRMULA OBTENCIÓN DE MUESTRA	33
MATRIZ DE VARIABLES	34
DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	35
ANALISIS ESTADISTICO DE INVESTIGACION.	36
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	36
RESULTADOS	37
DISCUSION.....	43
CONCLUSIÓN	44
RECOMENDACIONES	45
LIMITANTES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47
ANEXOS.1	51
ANEXOS.2	54
ANEXOS.3	55
ANEXOS. 4	56

RESUMEN

“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL APEGO A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°27”

Ortiz Garduño R.T. Andrade Pineda J.E.

* Médico Familiar UMF 2 IMSS.

**Médico Residente de Medicina Familiar UMF 2 IMSS.

Introducción. En 2021 se han identificado variedad de casos de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia, hasta ese momento se habían censado hasta 82 716 casos del Instituto ya en seguimiento, de las cuales 80 mil 652 estaban en tratamiento antirretroviral (ARV), las estrategias para el control y la erradicación de la enfermedad vienen direccionadas desde organizaciones con un alto nivel de planeación como programas específicos destacando a “Programas conjuntos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, sobre todo en la estandarización e innovación con enfoque autónomo para el autocuidado.

Objetivo general: Determinar la relación entre la calidad de vida y apego a tratamiento en pacientes con VIH del hospital general de zona n°27. **Material y Métodos:** Estudio de tipo observacional, analítico, transversal, prospectivo, en 383 pacientes se realizó en con diagnóstico de VIH mayores de 18 años adscritos al HGZ N° 27 en el periodo de febrero - marzo del 2024, se aplicó para calidad de vida MOSH-SF-30 ($\alpha=82$) y para adherencia a tratamiento el SQMA ($\alpha=09$), las variables secundarias fueron edad, sexo, estado civil, escolaridad, control de CD4. Para el análisis de datos se utilizaron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, el análisis bivariado con χ^2 y correlación con rho-Spearman, considerando significancia estadística cuando el valor de $p \leq 0.05$. Registro ante el comité de ética e investigación R-2023-3404-119 **Resultados.** En 383 pacientes que viven con VIH 95% hombres, con edad promedio de 40 años y 54.1% profesionistas. En relación al apego al tratamiento 28.3% buen apego, 54.3% en riesgo de mal apego. 17.3% en mal apego. En la calidad de vida 10.5% buena calidad, 56.7% moderada, 32.8% sin calidad de vida, niveles de CD4 95.8% controlados. La relación de la calidad de vida con sexo ($\rho=+0.132$, $p=0.10$)(OR 2.99 [1.17-7.63]), apego a tratamiento ($\rho=+0.127$, $p=0.013$). **Conclusión.** Se encontró una relación de la calidad de vida, positiva y leve con sexo y positiva y leve con el apego al tratamiento. Los hombres presentaron hasta 2.9 veces mas de riesgo para tener mala calidad de vida

Palabras Clave: Calidad Vida, Tratamiento, Apego, VIH,

ABSTRACT.

"QUALITY OF LIFE RELATED TO TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH HIV OVER 18 YEARS OLD AT GENERAL HOSPITAL OF ZONE N°27"

Ortiz Garduño R.T. Andrade Pineda J.E.

* Médico Familiar UMF 2 IMSS.

**Médico Residente de Medicina Familiar UMF 2 IMSS.

Introduction. In 2021, a variety of cases of people living with the immunodeficiency virus have been identified; up to that moment, 82,716 cases of the Institute had been registered and were already under follow-up, of which 80,652 were on antiretroviral treatment (ARV). The strategies for the control and eradication of the disease are directed from organizations with a high level of planning as specific programs, highlighting the "Joint United Nations Programs on HIV/AIDS, especially in the standardization and innovation with an autonomous approach for self-care. General objective: To determine the relationship between quality of life and adherence to treatment in patients with HIV in the general hospital zone 27. Material and Methods: Observational, analytical, cross-sectional, prospective, prospective study in 383 patients with a diagnosis of HIV over 18 years of age assigned to HGZ No. 27 in the period February-March 2024, the MOSH-SF-30 was applied for quality of life ($\alpha=82$) and for adherence to treatment the SQMA ($\alpha=09$), the secondary variables were age, sex, marital status, schooling, CD4 control. For data analysis we used frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion, bivariate analysis with χ^2 and correlation with rho-Spearman, considering statistical significance when the value of $p \leq 0.05$. Registration before the ethics and research committee R-2023-3404-119 Results. In 383 patients living with HIV 95% men, with an average age of 40 years and 54.1% professionals. In relation to adherence to treatment 28.3% good adherence, 54.3% at risk of poor adherence. 17.3% in poor attachment. In quality of life 10.5% good quality, 56.7% moderate, 32.8% no quality of life, CD4 levels 95.8% controlled. The relationship of quality of life with sex ($\rho=+0.132$, $p=0.10$)(OR 2.99 [1.17-7.63]), adherence to treatment ($\rho=+0.127$, $p=0.013$). Conclusion. We found a positive and mild relationship of quality of life with sex and positive and mild with treatment adherence. Men had up to 2.9 times higher risk for poor quality of life

Keywords: Quality of Life, Treatment, Attachment, HIV,

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por inmunodeficiencia en este caso por Virus representa un desafío continuo para los sistemas de salud a nivel global. Su impacto no solo afecta el bienestar físico, sino también el psicológico, social y emocional de quienes viven con esta condición. Gracias al tratamiento antirretroviral el VIH se ha vuelto una condición crónica manejable, mejorando la esperanza y calidad de vida en este grupo poblacional. Sin embargo, la efectividad del TAR está directamente vinculada a la adherencia al tratamiento, un factor que depende de múltiples variables individuales y sociales.

En el país la adquisición del tratamiento a mejorado en los últimos años, sin embargo, el apego al mismo, sobre todo en poblaciones con riesgos socioeconómico y culturales determina el cumplimiento del mismo. Las complicaciones graves más comunes son asociadas a falla en el consumo continuo de tal manera que los controles se ven afectados por dicha situación, los que tenemos de primera mano para el reconocimiento de la eficacia del tratamiento es la determinaciones de concentraciones séricas de CD4 y numero de copias.

El virus por inmunodeficiencia continúa siendo un tema fundamental para la Salud Publica. La Asamblea General de las Naciones Unidas el día primero de octubre de 1998 reconoce como Dia mundial de la lucha Contra el Síndrome de inmunodeficiencia Humana. En México, según datos del INEGI, en 2021 se registraron 4,662 decesos relacionados con esta enfermedad, de los cuales el 83.6% correspondieron a hombres y el 16.4% a mujeres. La mayor prevalencia se observa en personas de entre 25 y 29 años, un grupo en pleno **desarrollo productivo y social**. Entre 2017 y 2018 se detectó un ligero aumento del 0.2% en la tasa de mortalidad relacionada con el VIH, mientras que entre 2020 y 2021 se reportó una reducción de casos, con una tasa de mortalidad general de 3.7 por cada 100,000 personas. Es importante señalar que el 40.3% de quienes fallecieron por complicaciones asociadas al VIH no contaban con afiliación a instituciones de seguridad social.

Datos previamente obtenidos por el INEGI, existen registros de 4 557 muertes en relación en la ciudad de México en relación con complicaciones por VIH, por lo que se calcula una tasa de mortalidad de 3.5 personas enfermas por cada 100 mil habitantes.

La función fundamental del fármaco es indispensable pues de esta depende la replicación viral, preservar el sistema inmune, conservación orgánica y en gran medida mejorar la calidad de vida. Sabemos que como resultado del estricto consumo del tratamiento háblase de cualquier enfermedad aumenta la esperanza de vida repercutiendo en las esferas principales de una persona como unidad biopsicosocial.

Es por ello que se decide estudiar este fenómeno y su relación, como es que dos vertientes del manejo de una enfermedad se pueden relacionar y tener como resultado cambios en la historia natural de la enfermedad con los más mínimos detalles, pues los hábitos, organización y planeación de la vida diaria también tienen un papel fundamental en la modificación del seguimiento y cronicidad de la misma. El estudio busca de forma indirecta reforzar las herramientas básicas a identificar en el autocuidado y la adherencia al tratamiento como factores clave para el mantenimiento de la calidad de vida en pacientes que viven con VIH. Además, este trabajo se pretende aprovechar como una oportunidad para implementar estrategias de contención emocional ya sea en consultas iniciales o de seguimiento.

MARCO TEORICO

CALIDAD DE VIDA

Un concepto estricto de Calidad de Vida (CdV) surgió en los países nórdicos como consecuencia del impacto de los conflictos políticos en el ámbito biopsicosocial, como la Segunda Guerra Mundial. Campbell reconoció que la situación es un intento de investigar.

La calidad de vida como concepto en la investigación sanitaria y la práctica médica, al igual que los resultados biomédicos, es cada día más importante. Comprender este concepto puede facilitar que los médicos intervengan y realicen los ajustes necesarios en la salud del paciente. Además de ser necesario para la toma de decisiones, también puede servir como predictor del éxito y pronóstico del tratamiento. K. Haralstad define calidad de vida como: un reflejo de la misma enfermedad, acompañada de algún grado de discapacidad y el tratamiento funcional diario.¹

La importancia del conocimiento sobre este concepto está relación con la necesidad de estar conscientes de las oportunidades a nivel mundial, hasta la fecha se han realizado varios estudios de calidad de vida en condiciones como enfermedades debilitantes o condiciones con un riesgo constante de deterioro logrado por un médico o investigador. Esto es posible si el personal conoce los conceptos exactos y su aplicación.

La OMS brinda un punto particular y lo describe como: “la percepción del individuo de su posición en la vida en contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y la relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.”²

Las Naciones Unidas recopilan datos importantes sobre el bienestar global y trabajan para reconocer la necesidad de un tratamiento en cada rincón del mundo, si no una cura, al menos un pilar de la gestión de la calidad de vida, que lamentablemente no es una realidad en algunos países tercermundistas. Esto dificulta el control de la epidemia.

En Pakistán se reconoció el impacto de la enfermedad en los Países Bajos, donde los pacientes desconocían su enfermedad y tenían dificultades para acceder al tratamiento por motivos diversos. Ali Ahmed reconoció que el Tratamiento antirretroviral (TAR) mejorar la calidad de vida, independientemente de: edad, el género o económica, y que la prevalencia de los diagnósticos se da entre personas de la comunidad LGBTTTIQ, donde los pacientes recién diagnosticados pueden experimentar efectos secundarios como depresión y es la población con mejores tasas de cumplimiento para el método de tratamiento.³

Incluso hoy en día, es difícil reconocer una definición, objetivos, directrices y gestión universales de los objetivos de salud para la CdV como resultado de las intervenciones sanitarias en enfermedades; surgen de la experiencia del paciente, por lo que el concepto

se limita en función de su experiencia y su capacidad de adaptación al curso de la enfermedad. La definición más amplia según Shumaker, es: "la evaluación subjetiva del impacto de la salud y rendimiento físico, mental y social en espera de alcanzar objetivos de vida" ⁴

La CdV se encuentra en relación con varios factores entre ellos psicológicos, esto depende de la correlación con la sintomatología y la enfermedades crónicas asociadas, Alex Siu Wing Chan, en su trabajo evalúa CdV en pacientes en estadio de SIDA con Cáncer (Ca), donde existe la presencia de inflamación crónica y fibrosis generalizada que condiciona alteración psicológica-bienestar generalizado. Es por ello que la Cvd presenta una tendencia subjetiva y cambia según el estado anímico. En estos pacientes refleja de forma casi táctil una calidad de vida baja. ⁵

Itzel Gutiérrez. determina que la depresión se asocia con un estado de vulnerabilidad por drogadicción, lo que altera la farmacodinamia del TAR y por lo tanto reduce directamente las concentraciones séricas de células CD4, donde se determinó que no es negativo en términos de calidad de vida, correlación puntuaciones correspondientes a la buena CdV, cuando superaron los 60 puntos. El estudio asoció con una reducción de la efectividad del TAR por droga, no con cambios en la calidad de vida, lo que se cree que está relacionado con la falta de información. ⁶

VISION DE CALIDAD DE VIDA Y PACIENTE QUE PADECEN VIH

Desde la estructuración del término, reafirmamos que la "salud" no solo es ausencia de la enfermedad, también es un equilibrio entre las esferas físico, psíquica y social.

o dolencias, como sugieren algunas organizaciones mundiales, incluidas las Naciones Unidas. Por lo tanto, las medidas y resultados de salud generalmente incluyen una mejor calidad de vida relacionada con la atención.

La CdV respalda la percepción que tienen las personas de su lugar en la vida, el objetivo es evaluar de forma integral el papel de la inclusión social y la adaptación personal a la hora de reflejar el bienestar con la vida personal de las personas. Entidades como VIH afectan directamente la CdV. Handajani demostró la correlación biopsicosocial y los síntomas que afectan la CdV y aconsejó que los profesionales de la salud deben ser actualizados en

ámbitos médico-técnico y sociocultural en el manejo de pacientes que viven con VIH, ya que el aspecto psicosocial determina el rescate o deterioro del paciente en esta situación.⁷

El papel del médico en la sociedad y el desarrollo de los paciente es importante, pues el Médico de Familia es responsable del seguimiento de los paciente que viven con VIH pues reconoce sus necesidad como persona en la sociedad, cuidado personal, desempeño de roles, realización de actividades físicas, estado emocional, funcionamiento cognitivo son factores asociados que jugaran un papel positivo gracias al consumo de TAR, esta correlación la destaca Brenda Soares en su trabajo, teniendo certeza de los resultados por los controles por CD4 en población de la CDMX .⁸

INSTRUMENTO MOS-HIV

La encuesta MOS-VIH al igual que otra es una medida descriptiva de calidad de vida, junto con otras cubre múltiples dimensiones de salud, MOS cubre 11 dimensiones, es por ello que fue comparada con otras como la WHOQOL-BREF o FACT-B lo cual indica que son útiles estas, solo difiere en algunos aspectos de mayor especificidad como tipo de población e incluso lenguaje, no es nuevo que estas escalas presentadas en los trabajos sufran de cambios o adaptaciones por interpretación sobre todo de traducción o contexto cultural.⁹

En Pro de la CdV se miden con precisión la estrategia para el control del VIH según la ONUSIDA, creando instrumentos con validez científica que den respuesta a causas en diferentes ámbitos. La Estrategia contra el SIDA 2021-26 tiene como objetivo terminar con la epidemia como amenaza para la Salud Pública en 2030, con nuevas intervenciones holísticas. Se han creado instrumentos que permiten comparaciones entre otras enfermedades, pero no así alteraciones de la CdV por limitación en relación al estigma, efectos secundario secundarios y comparabilidad con otras enfermedades.¹⁰

Según la Dra. Gonzáles mencionó que MOS-HIV ha sido una herramienta probada en México y que se adapta bien a nuestra población. Según el test de calidad de vida si tiende a presentar una relación con el teste de MOS-HIV, este fue traducida en 2019 al español trabajando en conjunto la OMS y la Organización panamericana de la salud. La escala es fácil de entender y confirma el vínculo entre apoyo social y calidad de vida compuesta por

30 ítems con respuestas secuenciales divididas en 11 dimensiones cuantifica dos indicadores generales de salud física y salud mental.¹¹

VIH, ANTECEDENTES Y GENERALIDADES

Según el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana El VIH es un virus tipo *LENTIVIRUS* “retrovirus” y tiene un período de incubación variable pero generalmente largo. Existen diferencias en los virus, especialmente el VIH-1 y el VIH-2. El primero aparece así porque fue descubierto en ese orden; es la causa de la mayoría de las infecciones de novo y también el más virulento en comparación con el tipo 2. La tasa de infección en África es por VIH-2 con reportes de ser en su mayoría endémica de esa área, sin embargo prevalece más el tipo 1 que a diferencia del 2 puede causar más complicaciones entre las más importantes resistencia a mediano plazo de los AR. Se sabe que la falta de terapia antirretroviral contribuye al desarrollo de la infección, lo que lleva a una serie de pasos para determinar la historia natural de la infección. La fase asintomática puede tener una duración promedio de 10 años, con el estímulo necesario en la producción de copias del virus y dando curso a la evolución de la enfermedad, llegando eventualmente a aumentar el número de copias (VIREMIA), lo que resulta en una disminución del recuento de CD4. El recuento de CD4 se ha utilizado durante mucho tiempo como indicador del estadio de la enfermedad, por lo que recuentos inferiores a 200 células/mm³ se consideran bajos y, por tanto, factor de riesgo para la presencia de agentes oportunistas cualquier nivel del cuerpo.

En 2021 el IMSS tiene un registro de hasta 82 mil 716 personas viviendo con VIH (PVVIH) en tratamiento, de las cuales 80 mil 652 estaban en tratamiento antirretroviral (ARV), o 97.4% usuarios; Si bien el 91% de las personas que reciben TAR tienen cargas virales inferiores a 1.000 copias, se necesitan estrategias para mejorar la respuesta al tratamiento, el retraso en el inicio del TAR, el seguimiento de la respuesta y las complicaciones. y mejora de la adherencia.¹²

CLASIFICACION

Lamotte en su artículo “Infección por VIH/sida en el mundo actual” lo clasifica según conteo de CD4:

1.- Infección aguda: Se considera desde el momento de entrada del virus al cuerpo por cualquier vía, replicación acelerada y con ello mesetización de los niveles de concentraciones sérica de CD4.

2.- Fase aguda: Un pequeño grupo de personas se ha visto que continúa asintomáticos, aunque existe un porcentaje de entre el 40-90% que si presentan manifestantes clínicas. Es muy parecido al de una MONONUCLEORISIS con datos de: fiebre, rash, mialgia, linfadenopatía, diaforesis nocturna, diarrea, náusea y vómito, por lo general son síntomas atribuidos a otros cuadros clínicos y remite de forma espontánea entre 3 y 4 semanas. En este punto las pruebas tradicionales tendrán un resultado negativo, pues no detectan VIH directamente, sino anticuerpos como consecuencia a la respuesta inmune aproximadamente a partir de la semana 12 post infección.

3.- Fase crónica: o también la llamada fase de latencia clínica, conlleva a una sintomatología. En esta etapa existe una replicación viral importante más o menos de entre mil y diez mil millones de partículas virales con una destrucción aproximada de cien millones de CD4 T¹³

CATEGORÍAS SEGÚN EL NÚMERO DE CD4 T	CATEGORÍA CLÍNICA		
	A	B	C (SIDA)
1.- MÁS DE 500/MM3 (>29%) <i>asintomático</i>	A1	B1	C1
2.- 200-499/MM3 (14-28%) <i>sintomático</i>	A2	B2	C2
3.- MENOS DE 199/MM3 (< 14%) <i>inmunodeficit</i>	A3	B3	C3

CONTROL POR NIVELES SÉRICOS

Se aconseja la determinación de CD4 y Carga Viral (Cv) como PARAMETRO de importancia para la toma de decisiones en temas de TAR. Un conteo de cd4 menor 350 y una Cv mayores de 50 000 copias indican una alarma con pronóstico rápido al descenso de la células y relación directa con la progresión del deterioro inmunitario sin un tratamiento adecuado. Ambas situaciones requieren atención y tratamiento por tener un riesgo evidente de favorecer enfermedades oportunistas. “El apego al tratamiento dependerá de la capacidad del médico para lograr un buen entendimiento del paciente y además de lograr hacerlo lo más sencillo posible”¹⁴

El TAR hoy en día ha sufrido varias modificaciones, en relación a varias necesidades presentadas a lo largo del inicio del VIH, la resistencia por parte del virus ha creado la necesidad de innovación y mejora en el modo de consumo pues de ser 30 pastillas aproximadamente en sus inicios hoy se reduce el número de estas y con ello efectos adversos que aseguran en su mayoría mejor adherencia.

MODO DE TRANSMISION

De entre las más conocidas son las sexual, materno fetal, por drogas intravenosas, por productos sanguíneos; esta tuvo su mayor auge en los años 80tas. por no tener en ese momento estándares normalizados para el manejo de elementos sanguíneos y por riesgo de trabajo, siendo la sexual la más predominante a nivel mundial, por relaciones de tipo anal, sobre todo relación hombre-hombre, siendo esta la actividad con mayor riesgo en comparación con el sexo vaginal, este se incrementa cuando existe la presencia de otras lesiones como laceraciones, úlceras, etc. ¹⁵

PERCEPCIÓN DE LOS JÓVENES Y EL RIESGO DE INFECCIÓN POR TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN EL GENERO

En sus muchos años de trabajo en Cataluña, Silvia Azuara ha hecho énfasis en la salud Sexual y Reproductiva y su relación con la formación de la identidad de género, los riesgos asociados a la adquisición de la identidad de género, riesgo de infección por descubrimiento o reafirmación sexual y desarrollo de la identidad de género. El sexo precoz como un factor potencial.¹⁶

Estudios centrados en el desarrollo de la sexualidad en jóvenes, particularmente en identidad de género y riesgos de ITS, pues se ha visto edades precoces del inicio de la fase sexual. Las relaciones sexuales son más importantes para los jóvenes de 16 a 21 años. Creen que es la mejor forma de control de la natalidad es el uso de condón independientemente de su eficacia y uso adecuado. Las representaciones sociales del riesgo de infección por VIH están determinadas por creencias sobre las relaciones, el amor y, el sexo, así como por estructuras de comportamiento masculino y femenino.

VIH Y MATRIMONIO INFANTIL

Según la Consulta Mundial de 2023, mujeres jóvenes corren más riesgo de infección por el VIH que las de edad adulta, y esta relación depende de la demografía y las tradiciones. La OMS y Girls Not Brides, por otro lado, tienen los mismos criterios, pero por diferentes razones, como el abandono familiar y la violencia, por lo que (UNICEF) y Girls Not Brides convocaron a expertos para identificar factores críticos clave y llamar a la acción. Estos incluyen: daños por motivos de género, desigualdad, tabúes sexuales, ineficacia de la información (especialmente en mujeres con VIH) y falta de promoción de la salud.¹⁷

En algunas regiones del país aun se practica la trata de adolescente forzándolas a casamientos arreglados que ponen en riesgo su vida e incluso la de futuros productos que también pueden ser propensos a infecciones por vías cruzadas del mal pronóstico en general.

AUTOCUIDADO Y JOVENES QUE VIVEN CON VIH

En nuestro país se están realizando esfuerzos para identificar las necesidades de las personas infectadas por el VIH, especialmente los pacientes de mediana edad que no han mostrado ningún compromiso con el tratamiento. Sin embargo, países como Tailandia reconocen que existe una oportunidad en esta población y la importancia de educar a los pacientes sobre los beneficios del autocuidado y predecir una buena calidad de vida.

El ancla fundamental para el manejo de los síntomas secundarios a infección por VIH es el autocuidado. El objetivo del programa de teleasistencia en Tailandia para pacientes de 15 a 24 años es desarrollar estrategias de autocuidado para garantizar un tratamiento exitoso y así mejorar la calidad de vida, identificar los factores necesarios y brindar la atención necesaria para el autocuidado, como el conocimiento de la enfermedad. limitaciones como el estado de ánimo, el miedo a la discriminación o influencia de terceros, cambios en el apetito, etc..¹⁸

La decisión de formar un grupo de apoyo sería una estrategia como área de contención emocional de las recaídas propias de los pacientes con VIH, que pueden ser provocadas por efectos secundarios provocados por cambios en la terapia antirretroviral o reacciones a tratamientos conocidos.

ALGUNOS OTROS ASPECTOS QUE NO SE TOMAN EN CUENTA EN EL VIH QUE AFECTA LA CALIDAD Y EL APEGO AL TRATAMIENTO.

En el proceso de aceptación, duelo y aprendizaje de los recién diagnosticados con VIH, los momentos más importantes son los de autocontrol, porque hoy, a pesar de todos los encuentros, la convivencia y las terapias individuales y grupales, el VIH sigue siendo una enfermedad de alto riesgo. Enfermedad, estigma porque, además de interactuar con otras personas, provoca cambios en el estilo de vida, no descuidando la parte sexual, que muchas veces es una de las mayores condiciones de exclusión social y deterioro emocional.

¿A quién le puede servir esta información? ¿Qué personal de salud estaría interesado en conocer esta estrategia?, bueno, evidentemente el personal más involucrado en este proceso es el área médica, sobre todo los médicos y enfermeras ya que ellos son los encargados desde tomar la muestra hasta dar un diagnóstico, no debemos olvidar que deben estar preparados con el manejo de la información así como la adecuación con la edad, situación y grado de conocimiento de cada uno de los pacientes, pues de ello dependerá la reacción y la contención del paciente y su manejo a largo plazo.

En 2019, se encontraron informes de depresión relacionada con su afección entre pacientes con VIH recién diagnosticados, principalmente en pacientes de 39 a 43 años. El tratamiento preferido es el apoyo emocional de personal médico capacitado en psicoterapia. Incluso la GPC respalda este hecho y recomienda la farmacoterapia sólo para pacientes con depresión mixta o aquellos que no responden a ella. Se reconoce su eficacia en comparación con otros métodos de tratamiento. Terapia cuerpo-mente (79%), psicoterapia interpersonal (71%), terapia cognitivo-conductual (62%), cuidados de apoyo (57%) y educación como parte del proceso de adaptación (57%).¹⁹

Hoy en día el gobierno de la CDMX cuenta con establecimientos como la clínica condensa donde se realiza diagnóstico del VIH y cuenta con personal capacitado para contener las diferentes reacciones del paciente en un recién diagnóstico que como ya se había mencionado es fundamental en el inicio del tratamiento y su apego al mismo que como resultado sea un beneficio para la persona y su determinación en la calidad de vida.

SÍNDROME DE LIPODISTROFIA EN PACIENTES CON VIH

Por supuesto, la evaluación nutricional sigue siendo la base para el tratamiento no farmacológico de la enfermedad, porque además de todas las adaptaciones que experimenta el cuerpo (principalmente por los retrovirus), de ella también depende el tratamiento a corto plazo o la exacerbación de la enfermedad. Este es un tema importante de este estudio porque, como se mencionó anteriormente, los virus pueden causar una serie de reacciones adversas para la salud, incluido la disminución de absorción de micronutrientes, la posibilidad de inmunodeficiencia temprana y el desarrollo de enfermedades oportunistas.

Los pacientes con VIH que reciben TAR tienen cambios relacionados con la terapia con indinavir en la absorción de micronutrientes, el TAR altera de forma sustancial el cuerpo, se han asociado el consumo de alimentos con síndrome de LIPODISTROFIA como las grasas de origen animal entre otras, que si bien el TAR causa como efecto secundario cambios en la distribución de grasa corporal y dislipidemias no hay relación directa con el síndrome, pero si asegura que el control de estos alimentos tiene efectos positivos en el paciente.²⁰

Las recomendaciones para reducir el colesterol y los triglicéridos se basan en el consumo excesivo de alimentos de origen animal y alimentos refinados, así como de alimentos procesados como el café, que reducen los cambios metabólicos y forman parte de los factores protectores de los pacientes, pero no necesariamente factores predisponentes para el desarrollo de LIPODISTROFIA, claramente una secuencia etiológica diferente.

EJERCICIO FISICO COMO ESTRATEGIA EN EL CONTROL DE SINTOMAS CAUSADOS POR EL CONSUMO DE ANTIRRETROVIRALES

En sus publicaciones, varios autores reconocen las estrategias de intervención y los niveles de resultados de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y consideran terapias complementarias alternativas en las que el ejercicio físico combinado con dieta u otros fármacos pueden neutralizar o reducir los efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales.

Carolina Mesa logra establecer secciones de intervención y su efecto a diferentes niveles de entre los cuales refiere observar beneficios en sistema nervioso, musculo esquelético,

cardiovascular y metabólico, donde observo la reducción de los síntomas aplicado ejercicios adecuados de forma personalizada y su mejoría de los síntomas a mediano y corto plazo posterior a la toma del antiretroviral. ²¹

COMPLICACIÓN NEUROPÁTICA DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Paciente con TAR son susceptibles a presentar todo tipo de efectos adversos por diversas razones que van desde la propia adaptación del cuerpo, así como efectos del propio medicamento, sin embargo, cuando existe la presencia de dolor es difícil conocer su origen.

Winias en su trabajo destaca la importancia de la neuropatía asociada en pacientes que viven con VIH como efecto secundario al consumo del TAR además de factores asociados como disminución de la actividad física, alteraciones del sueño, envejecimiento y índice de masa corporal, contribuye con su manejo con diferentes fármacos y demuestra que el tratamiento con una mejoría mayor es a base de cannabis, de hasta un 30% más que el manejo con inhibidores de recaptura de serotonina , gabapentinoides. ²²

Es común en las consultas para el manejo de pacientes con trastornos neurológicos causados por VIH y lamentablemente los términos en el uso de cannabis aún no es legal en el país para los médicos alópatas, pero abre una brecha en la medicina alternativa para los médicos capacitados en homeopatía. Esto se puede hacer en relación con esta industria sin necesidad de crear un síndrome de polifarmacia, que asegure la continuación del tratamiento y evite su suspensión.

ADHERENCIA A TRATAMIENTO

¿Será que la inclusión de otros fármacos de liberación prolongada sea la respuesta para el cumplimiento y la no recurrencia de resistencias? ¿Los tratamientos como CABOTEGRAVIR y RILPIVIRINA son la llave para un manejo adecuado para adolescente y adultos jóvenes?

En su estudio, Carolina Foster enfatizó la necesidad de adherencia al tratamiento y reconoce que el grupo de pacientes más desatendido son los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente cuando están infectados desde su nacimiento. Observó cómo esto se

relacionaba con la cantidad de medicamento o los efectos secundarios causados por el medicamento, por lo que sugirió vías alternativas, como inyecciones intramusculares de medicamentos de acción prolongada como gabotegravir y rilpivirina.²³

A los adolescentes y adultos jóvenes a menudo les resulta difícil su control y adherencia por TAR, especialmente aquellos que han sido etiquetados como 0+ desde su nacimiento. Como rasgo, sabemos que las funciones ejecutivas y cognitivas que facilitan la toma de decisiones en los adultos mayores se desarrollan en los lóbulos frontales alrededor de los 30 años, y, además, la medicación tiene efectos secundarios, especialmente en relación a la cantidad consumida. Este grupo poblacional tiene impacto en el primer nivel de atención por su alta mortalidad en relación al consumo del tratamiento y se reconoce como una evidente área de oportunidad.

Pequeñas acciones pueden mostrar grandes resultados, esto lo rescata Mahhobe Ameri en su trabajo con pequeños estímulos a través de herramientas cotidianas de uso diario.

Mahboobe Ameri dice que el impacto del modelo de información, motivación y comportamiento (IMB) sobre la adherencia a la medicación, la dieta y la actividad física son componentes clave y mejorados del tratamiento no farmacológico del VIH para prevenir complicaciones a largo plazo. A través del seguimiento telefónico, estimulación positiva durante cada llamada y recordatorios constantes de los hábitos diarios, se comprenden los fundamentos del comportamiento y adaptación social de los pacientes con VIH y su funcionamiento en la comunidad.²⁴

Las tecnologías antiguas allanaron el camino para muchos panoramas, acortando distancias. IMB promueve la dieta, la terapia conductual y el ejercicio, todo a través de recordatorios telefónicos. El estudio encontró que un buen control de CD4, funcionó bien porque estaba asociado con una nutrición adecuada, pero el cumplimiento del TAR y el ejercicio no proporcionaron tanto beneficio. Esto nos hace saber que un buen rumbo y de largo plazo puede beneficiar el campo del tratamiento no farmacológico del VIH y necesitamos fortalecer las condiciones o estrategias para viabilizar este programa en nuestro país y ayudar en la lucha contra esta enfermedad, así como dijo antes. está en línea con las regulaciones de la ONU para erradicar la enfermedad

La depresión se ha asociado con el uso de TAR, principalmente al comienzo del tratamiento, y un estudio de 2018 se centró en pacientes deprimidos abandonan el tratamiento, estos datos se obtuvieron por el instrumento SMAQ que mide y verifica la veracidad en esta situación por lo que el médico de familia debe estar en constante monitorización con pacientes en este punto del tratamiento y evitar complicaciones a largo plazo. ²⁵

Esto es de gran importancia porque parte fundamental de la calidad de vida es precisamente el estado emocional del paciente, su aceptación y grado de conocimiento de la misma cronicidad por lo tanto es de fundamental importancia este manejo en ellos y evitar resistencias del medicamento o incluso re infecciones por otra sepa del VIH o enfermedades oportunistas que también están condicionadas por estos factores.

Al parecer es necesaria un seguimiento de estos pacientes, pues estamos en el rango de edad donde la indiferencia y el incumplimiento de las obligaciones es común por varias razones, hoy en día los estilos de vida, alimentación y horarios de trabajo restringen en demasía la importancia en problemas tan importantes como es el cumplimiento de un tratamiento. La educación es una de las herramientas que podemos usar a favor del control de esta enfermedad y destacar la importancia para evitar complicaciones por medio del tratamiento.

Ana Rendon en su trabajo habla de la educación y el seguimiento del paciente es fundamental en el cumplimiento de TAR, ella diseño un programa donde participaron 31 pacientes con infección previa y ya con tratamiento conocido por cada uno de ellos, se tomaron en cuenta implicaciones clínicas de estrategias niveles de adherencia, además de parámetros ya conocidos en otros estudios, que son inmunológicos y virológicos. En dos grupos se demostró que la educación de los pacientes fue la intervención que permitió incrementar la adherencia al tratamiento ²⁶

DEFICIENCIA DE ELEMENTOS Y NUTRIENTES

El VIH es una enfermedad que afecta en gran medida la salud al suprimir el sistema inmunitario. Debido al mayor gasto de energía para combatir la infección, los mayores requerimientos de energía en los pacientes infectados ponen a las personas que viven con VIH en riesgo de desnutrición, lo que puede generar más complicaciones.

La desclasificación ósea es esperada como efecto adverso por el TAR, en Tailandia se realizó un estudio con grupos control en el consumo de Ca, sabiendo que se requiere un consumo mínimo de 1000 a 1300 mg/día en una persona no infectada, el estudio demostró que las ingestas continuas y la exposición a baños de sol permiten mantener un estado basal del calcio sobre todo en paciente con VIH por lo que se proponen monitorización cercana de estos niveles para asegurar un buen funcionamiento en este grupo vulnerable.²⁷

Así como los demás electrolitos el Ca cumple con funciones específicas y en paciente con VIH se tiene la evidencia de una tendencia en la depleción de este elemento, que si bien a largo plazo puede traer consecuencias importantes a nivel general, pues recordemos que se encuentra implicado en varias funciones importantes como la despolarización de la célula o la mineralización ósea.

Se han propuesto varias teorías, de entre las que destacan un estudio donde se pensó que estaba en relación la concentración de interferón- gamma con la formación de nuevos cd4+ y la supresión de replicación viral.

Esta idea se propone en 2019 por Dai Watanabe, al comparar una serie de estudios en los que determina la concentración sérica de interferón en paciente con infección de VIH-1; encontró características como la dislipidemia, DM, así como HAS, sin TAR, con TAR él demostró la depresión de moléculas inflamatorias como il-6 y la concentración constante de interferón -gamma, solo se logró determinar que el interferón se mantiene constante y que en pacientes con una replicación alta se puede recuperar la formación de CD4+ pero no es propiamente por la concentración de interferón gamma, pero esto solo se vio en pacientes jóvenes y sin comorbilidades.²⁸

ABORDAJE DEL MEDICO FAMILIAR EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH EN EL PRIMER ATENCION DE SALUD

El medico familiar al igual que en cualquier otra clínica, es la primera persona a la que los pacientes acuden regularmente o en casos crónicos. Sin embargo, el VIH es un tema que genera mayor interés en este médico, ya que cada vez hay más casos debido a la falta de conciencia principalmente en personas de mediana edad.

Es importante destacar que es fundamental realizar un diagnóstico precoz para lograr un mayor impacto en la prevención y detener la propagación de la infección, así como reducir los diagnósticos tardíos. Se vio que el 40,7% de la población portadora de esta infección en el 2005 no conocían su estatus de salud

Para las personas infectadas, la acción de atención primaria abarca desde su detección al mismo tiempo de la intervención con medidas de cuidado propio y reducción de riesgo a terceros, la vigilancia y la cooperación con asesoramiento experto, asesorando a nuestros pacientes en su desarrollo sin juzgarlos, simplemente ayudándolos y reconfortándolos.²⁹

El inicio del tratamiento dentro del IMSS, es obligatorio desde el diagnóstico tomando en cuenta cada aspecto del historial médico del paciente, Iniciar la terapia antirretroviral (TAR) en todos los pacientes sintomáticos o asintomáticos, independientemente de los recuentos de linfocitos CD4+ y los valores de carga viral, a menos que esté contraindicado o esté clínicamente indicado. En primera línea iniciamos con ABACAVIR, después EMITRICITABINA y sus combinaciones que facilitan el tratamiento.³⁰

NIVEL DE ADHERENCIA ANTIRRETROVIRAL NECESARIO PARA LA SUPRESIÓN VIRAL DEL VIH UTILIZANDO DATOS DEL MUNDO REAL

Y que pasaría ¿si un paciente no consume su tratamiento un día?, ¿Ocupamos cambiar de tratamiento? O caso ¿estoy en riesgo de sufrir algún tipo de resistencia?

En su trabajo, Byrd KK descubrió que la persistencia en el consumo del TAR no está tan estrechamente relacionada con la supresión viral como se pensaba. En su estudio, demostró que entre el 82% y el 95% de las personas que seguían el tratamiento eran indistinguibles de las que no lo seguían. Esto no significa que el tratamiento no tenga que ser 100% adecuado, pero crea vacíos cuando se produce un error humano o no se dispone de medicamentos por falta de servicios sanitarios.³¹

Todas estas acciones y reconocimiento de necesidades de estos pacientes obligan al médico de familia no solo a conocer y tratar el padecimiento sino a darle un enfoque holístico e individualizado a cada paciente que es uno de los propósitos de este trabajo.

Impacto:

La situación mundial de la infección por VIH muestra que de los 39 millones 33,1 millones a 45,7 millones de personas que actualmente viven con el VIH en todo el mundo, reciben tratamiento que les salva la vida.

La situación mundial de personas portadoras del virus de inmunodeficiencia nos concluye que de las 39 millones de personas que lo portan solo un rango de entre los 33.1 millones a 45.7 millones reciben tratamiento que los mantiene en control y con riesgo bajo de complicaciones y afectación a terceros. Manteniendo el aumento anual, el objetivo global de personas infectadas por el VIH para 2025 será que 35 millones de personas, por lo tanto se requiere evaluar la calidad de vida de los pacientes de este ámbito. Sin embargo, todavía nos queda un largo camino por recorrer.

Consecuencias

La identificación del apego a tratamiento de los pacientes y relacionarla con su calidad de vida al no identificarse podrán afectar el pronóstico de los pacientes derivado de lo anterior nos interesa identificarlas de forma temprana para poder intervenir en propuestas de mejora.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH ha infectado a 341 313 personas en México según datos del INEGI 2021, hoy en día es una enfermedad con una baja mortalidad gracias al TAR, en conjunto con buenos hábitos, que se han implementado a nivel nacional, para lograr una baja morbi-mortalidad en cada paciente, debe haber disposición y disciplina constante teniendo un gran impacto en la calidad de vida.

Las personas portadoras de VIH reconocen diferencias notables en su la calidad de vida, en relación con el estatus económico y el apoyo social que reciben. Aquellos en los que reconocen carencia del apoyo hablandose de cualquier índole lo relacionan con un empeoramiento en el estado de salud, con presencia de dolor, limitación en su desempeño y resistencia física, dificultad en sus actividades de la vida diaria, estrés, deterioro cognitivo, emocional con respecto a meses anteriores, por lo anterior la INEGI recalca la causa, pues se trata de pacientes con complicaciones y como principal factor es no poder acceder a un sistema de salud por no contar con poder adquisitivo para costear un sistema de seguro

social, es por ello que ya existen programas de gobierno e instituciones que promueven el tratamiento con antirretroviral para todos como derecho.

El apego a tratamiento antirretroviral que puede verse afectado por varias razones entre las más importantes es no poder tener acceso al mismo medicamento, otro son los efectos secundarios que le provoca y el último la resistencia a ciertos medicamentos por su uso prolongado o re contagios.

Existe un antecedente que explica cómo los diferentes estilos de vida como el ejercicio, la buena alimentación, la eliminación del estrés son piedra angular para el tratamiento no farmacológico adyacente con el farmacológico para evitar complicaciones a mediano y largo plazo.

Por lo que es de nuestro interés conocer esta relación a través de nuestra pregunta de investigación la cual consiste en:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH mayores de 18 años del Hospital General de Zona No? 27?

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH mayores de 18 años del Hospital General de Zona No. 27

ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de la población (edad, sexo, nivel académico)
- Identificar la calidad de vida en pacientes con VIH mayores de 18 años
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH mayores de 18 años
- Identificar la carga viral de los pacientes con VIH mayores de 18 años

- Relacionar la calidad de vida con las características sociodemográficas

HIPÓTESIS

VERDADERA

- Los pacientes que viven con VIH y tienen una buena adherencia al tratamiento antirretroviral tienen mejor calidad de vida.

NULA

- Los pacientes que viven con VIH y tienen una buena adherencia al tratamiento antirretroviral tienen menor calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS

LUGAR DONDE SE LLEVARÁ ACABO

El trabajo fue elaborado en las instalaciones del Hospital General de Zona número 27, perteneciente a la red de Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, este está ubicado en dirección a la Delegación Norte de la Ciudad de México (Cuauhtémoc), sobre Eje Central Lázaro Cárdenas No. 45, Unidad Nonoalco, Tlatelolco.

DISEÑO DE ESTUDIO

- Según la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- Según el control de la maniobra: Observacional
- Según el nivel de análisis: Analítico
- Según la captación de información: Prospectivo

UNIVERSOS DE TRABAJO

- Pacientes mayores de 18 años con VIH con Diagnósticos de VIH y tratamiento antirretroviral.

GRUPO DE ESTUDIO

Pacientes mayores de 18 años que ya cuenten con Diagnósticos de VIH y tratamiento antirretroviral. del hospital general de zona No. 27

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- Derechohabientes portadores del diagnóstico VIH sin comorbilidades, en control en el consultorio de clínica V33 de consulta externa del Hospital General de Zona No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, CDMX.
- Individuos que confirmen su participación con firma consentimiento informado.
- Pacientes legalmente mayores de edad (> 18 años)
- Ambos sexos.
- Escolaridad: Cualquier nivel.
- Paciente con Diagnóstico de VIH
- Paciente en tratamiento Antirretroviral
- Paciente que confirmen voluntariamente y por consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Paciente con trastorno Psiquiátrico con registro en expediente clínico.
- Paciente con SIDA en fase terminal con déficit cognitivo.
- Pacientes que declinen su participación.
- Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH y embarazadas

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no completen satisfactoriamente la encuesta

- pacientes que contesten la encuesta y posteriormente decidan retirarse del estudio.
- Pacientes que puedan fallecer durante el proceso de recopilación de información.

LIMITE DE TIEMPO: 12 meses.

TÉCNICA DE MUESTREO: Probabilístico por casos consecutivos, donde se realizó la búsqueda de pacientes con diagnóstico de VIH ya con tratamiento antirretroviral en la sala de espera, a dichas personas se aplicaron dos instrumentos MOSH-VIH-SF-30 y SQAM Para la recolección de datos se emplearon dos cuestionarios validados, los cuales fueron aplicados de forma directa y autoadministrada a los participantes seleccionados. Estos instrumentos fueron elegidos por su sensibilidad, validez y utilidad práctica en el contexto clínico y poblacional de pacientes con VIH.

El primero de ellos fue el **MOS-HIV-SF-30**, instrumento diseñado para evaluar la calidad en personas portadoras de infección por inmunodeficiencia por Virus. Está compuesto por 30 ítems tipo Likert, distribuidos en dos escalas de respuesta: 22 preguntas con opciones de cinco puntos (rango de 0 a 4) y 8 preguntas con una escala de tres puntos (rango de 0 a 2). La estructura del cuestionario permite evaluar once dimensiones de la calidad de vida, tales como salud percibida, dolor, actividad física, interacción social, salud mental, energía, actividades cotidianas, malestar, funcionamiento cognitivo, percepción global de calidad y adaptación a la enfermedad.

La administración del MOS-HIV-SF-30 se realizó de manera individual, permitiendo que los participantes lo respondieran por sí mismos en un tiempo aproximado de 20 minutos, bajo supervisión del investigador en caso de dudas. La puntuación obtenida en cada dimensión se tabula según su respuesta en una escala de 0/100 puntos, siendo 100 compatible con adecuada calidad o un valor cercano al 100, el corte va de 25 puntos se determina una mala calidad de vida, 26-75 puntos con mediana calidad de vida y mas de 75 puntos se denomina que tiene una adecuada calidad de vida.

El segundo instrumento utilizado fue el **cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)**, está diseñado para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, en particular al tratamiento antirretroviral. Consta de seis preguntas cerradas que evalúan distintos aspectos del cumplimiento terapéutico: seguimiento de la prescripción médica, hábitos en la toma de medicamentos, presencia de efectos secundarios y omisión de dosis. Cuatro de estas preguntas son dicotómicas (sí/no) y una de ellas permite una valoración semicuantitativa del nivel de adherencia. Con un puntaje total de 6 puntos ya que el puntaje se determina según el ítem, siendo el ítem número uno con respuesta positiva, se considera un punto, ítem número dos y tres si las respuestas son positivas se agregan un punto por pregunta respectivamente, cuarta si es una respuesta positiva se agrega un punto más, quinta y sexta si la respuesta es algún de los números ya se considera como positiva y es un punto más, sexta si es +2 se considera positiva, siendo así que una puntuación de 0 es un completo apego a tratamiento, 1-2 es un riesgo de mal apego a tratamiento y más de 3 un mal apego a tratamiento.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Mediante la fórmula de población finita con una población reportada por el INEGI de 341,313 pacientes con VIH a nivel nacional, se obtuvo el siguiente despeje:

FÓRMULA OBTENCIÓN DE MUESTRA

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(341\ 313)(1.9)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (341\ 313 - 1) + (1.9)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 383$$

VARIABLE	Unidad	Valor
Tamaño de la población (n)	Pacientes con Diagnóstico de VIH/SIDA*	Con 383
Margen de error (d)	%	5
Nivel de Confianza	%	95
Variabilidad Positiva (p)	%	50
1 – Variabilidad positiva (q)	%	50

MATRIZ DE VARIABLES

Variable dependiente: Calidad de vida

Variabes independientes: Adherencia terapéutica, retroviral, Carga viral, edad, sexo, nivel académico.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Unidad de Medición
<i>Dependiente</i> <i>Calidad de vida en relación a la salud (CVRS)</i>	La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.	La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales. Se mide con escala MOS-HIV SF 30 En una puntuación de 0 a 100 se establecen los siguientes puntos de corte: 0-25: Sin calidad 26-74: Moderada calidad Mas de 75: Buena	Cualitativa	Politémica	1. Buena calidad 2. Moderada calidad 3. Sin calidad

		calidad			
<i>Independiente</i>					
<i>Adherencia tratamiento antirretroviral</i>	La toma de medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.	Con la Escala SQAM, construida de 6 ítems con opciones de respuesta si y no, donde 0= Buen apego 1 y 2_=Riesgo de mal apego 3= Mal apego	Cualitativa	Politómica	1 <u>Buen</u> apego 2. Riesgo de mal apego 3=Mal apego
<i>Cuantificación de CD4</i>	Es la cuantificación de número de CD4 en sangre.	Estimación de la cantidad células blancas "T" CD4 en sangre 1.- Mas de 55/mm ³ Asintomático 2.- 200-499/mm ³ Sintomático 3.- menos de 199 mm ³ Inmunodeficiencia	Cuantitativa	Continua	1.Buen control (CD4 ≥200 mm ³) 1.Mal control (CD4 ≤200 mm ³)
<i>Edad</i>	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Número de años cumplidos al momento de la entrevista.	Cuantitativa	Discreta	1. Años
<i>Sexo</i>	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas.	Condición fenotípica y genética que identifican al sujeto como hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
<i>Nivel académico</i>	Método a través del cual se clasifica el grado de conocimiento que posee un individuo	Grado de conocimiento que poseen los pacientes con VIH.	Cualitativo	Ordinal, Politómica	1.- Nula 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Nivel medio superior 5.- Licenciatura 6.- Maestría 7.- Doctorado

DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Se solicitó aprobación de los comités de ética e investigación con folio de registro R-2023-3404-119 Se elaboró la búsqueda de participantes en el Hospital general de zona No. 27, con firma de consentimiento informado por parte de los que cumplían criterios de inclusión y aceptaron participar. Se aplicó el Test MOS-SF- 30 y SMAQ, y los resultados fueron recabados en una hoja de cálculo en Excel de Microsoft office; para su posterior análisis estadístico en el programa SPSS v.27,

con la creación de tablas y graficas para exponer los resultados finales, de forma global, cuidando en todo momento los principios bioéticos de investigación en salud.

ANALISIS ESTADISTICO DE INVESTIGACION.

El estudio planteado se basó en el método analítico debido a que se pretende buscar correlación entre las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento en las personas que viven con VIH y en este caso existen varias que deben comprobarse para determinar si estas dos situaciones sociales aseguran a largo plazo un bienestar en nuestra población, estableciendo pautas que puedan asegurar un beneficio para el personal de la salud y el paciente. En el planteamiento del análisis estadístico referimos aquellas pruebas basadas en el método científico para asegurar que los resultados obtenidos pueden generalizarse y ser de utilidad en la práctica médica. Para variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para aquellas variables de tipo cualitativo se utilizaron frecuencias y porcentajes, para la representación gráfica de los resultados se utilizaron gráficos de barras y áreas. En aquellas variables de tipo cualitativo se utilizaron frecuencias y porcentajes. En el caso de las variables que se utilizaron para la correlación con Rho de Spearman, se aplicó la prueba estadística de Xi-cuadrada (X^2) el valor de significancia estadística considerada fue cuando $p < 0.05$.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se emplearon dos instrumentos , los cuales fueron aplicados de manera directa y autoadministrada.

MOS-HIV-SF 30, originado en España, probado en México, Edo. Oaxaca. Evaluación de la calidad del VIH. Consta de 30 ítems tipo Likert; da respuestas breves (de acuerdo o en desacuerdo); 22 ítems en una escala de 5 puntos (0-4), 8 ítems en una escala de 3 puntos (0-2), este último dividido en 11 subcategorías: "salud percibida", "dolor", "actividad", "social interacción", "salud mental", "energía", "actividades diarias", "malestar", "cognición", "calidad percibida" y el proceso de ajuste en salud. La puntuación.³²

La versión española del cuestionario MOS-SF-30 tiene buena consistencia interna (de 0,84 a 0,91 para diferentes subescalas), coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 con 30 reactivos.

La eficacia concomitante se compara con medidas médicas. La puntuación varía de 0 a 100, donde "0" es de baja calidad y "100" es de alta calidad; ayuda a distinguir a los paciente en cada esfera alterada con la infección por el VIH y distingue a aquellos con cargas virales indetectables.³³

Se ha demostrado su sensibilidad, validez y fiabilidad al cambio. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 20 minutos y puede ser autónomo o aplicado por el investigador ya sea en persona o telefónicamente. Se conocen hasta la fecha 14 adaptaciones transculturales del cuestionario a diferentes lenguas y países.

SAMQ se aplicó en pacientes post trasplantados con tratamiento. Con Kappa de 0.821; $p < 0,001$. La V Cramer de 0,516; $p < 0,001$. En la predicción SMAQ vs Morisky -Green, clasifica y presenta mayor sensibilidad y especificidad, con una mejor detección de paciente no cumplidores y asociarlo a falla de paciente con consumo de medicamentos, por lo tanto, se el test es adecuado para la investigación, es fácil, corto y sensible. Este es un cuestionario con preguntas predefinidas de acuerdo a sus respuestas, evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico, consta de 6 preguntas con respuestas cerradas.³⁴

El cuestionario SMAQ está basado en Morisky-Green¹⁴ y determina la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. Evalúa los patrones de consumo de tratamiento basándose en el alfa de Cronbach ($\alpha = 0,75$). Consta de 6 preguntas de evaluación: seguimiento, rutina, efectos adverso y cuantificación de deficiencias. Las primeras cuatro son preguntas esencialmente dicotómicas y la quinta puede utilizarse como pregunta semicuantitativa. Asigna porcentajes de cumplimiento. SMAQ tiene una especificidad del 91%.y especificidad del 72%³⁵

RESULTADOS

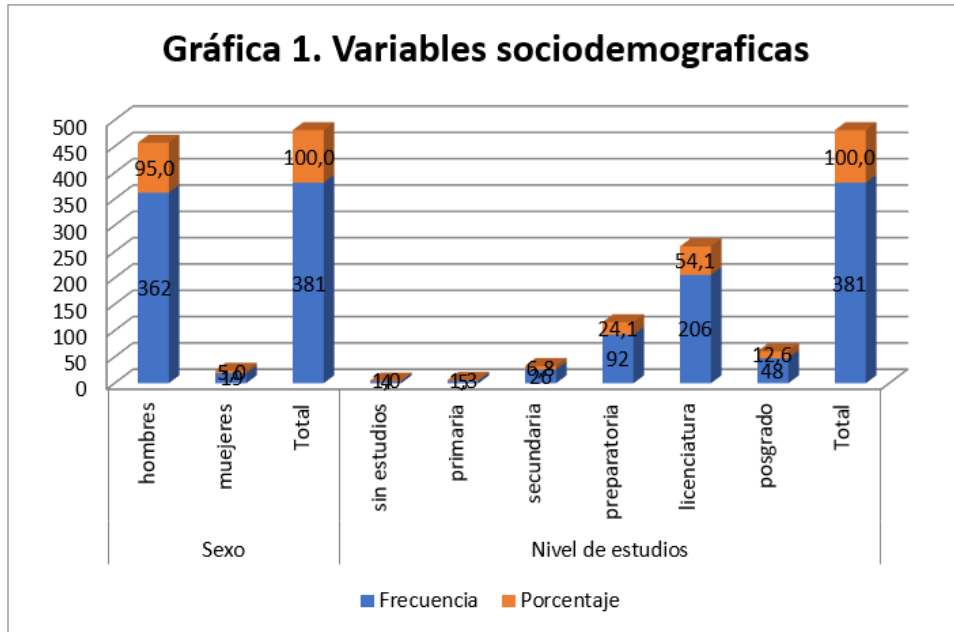
Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo, en 383 participantes seleccionados de la clínica V33 del HGZ 27, con un muestreo probabilístico, calculado mediante la fórmula para poblaciones finitas, y analizados con el programa estadístico SPSS v.27, y se obtuvieron los siguientes resultados:

En el análisis de las características sociodemográficas, se identificó que la edad promedio es de 40.55 años, con una moda de 31 años, una mediana de 38 años y mínima de 19 y un Máximo de 91, DS 11.83 años, como se detalla en la tabla 1.

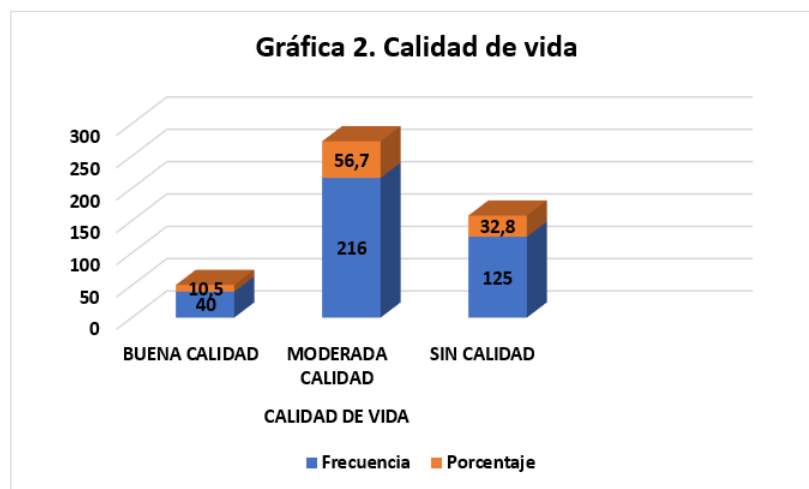
Tabla1. Edad

	edad
<i>Media</i>	40.55
<i>Mediana</i>	38.00
<i>Moda</i>	31
<i>Desv. Desviación</i>	11.839
<i>Varianza</i>	140.153
<i>Rango</i>	72
<i>Mínimo</i>	19
<i>Máximo</i>	91

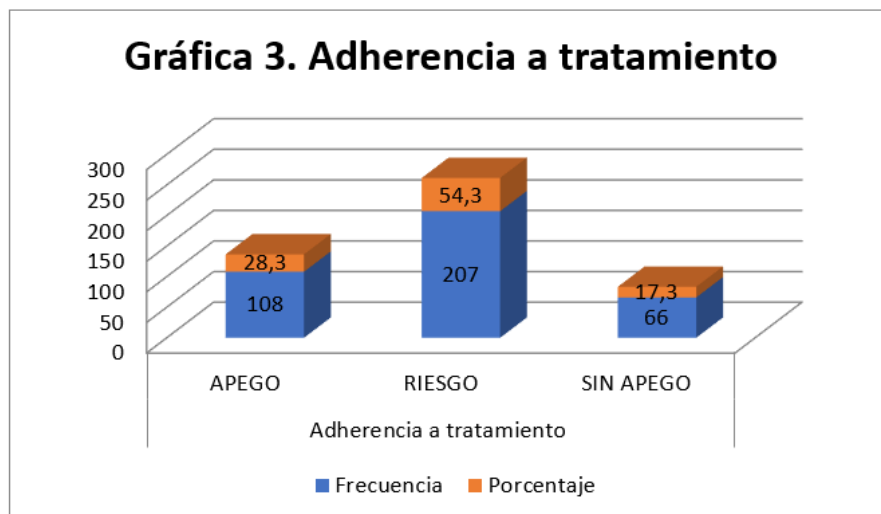
La Gráfica 1 muestra las características sociodemográficas de la población analizada. En cuanto al género, el 95% de los participantes son hombres (n=362), mientras que las mujeres representan únicamente el 5% (n=19). Respecto al nivel educativo, la mayoría tiene estudios de licenciatura, alcanzando un 54.1% (n=206), seguidos por aquellos con nivel preparatoria, que constituyen el 24.1% (n=92). Un porcentaje menor cuenta con estudios de posgrado, representando el 12,6% (n=48). Una pequeña proporción no tiene formación académica (1.0%, n=4) o cuenta con educación primaria (1.3%, n=5) o secundaria. Ver gráfica 1.



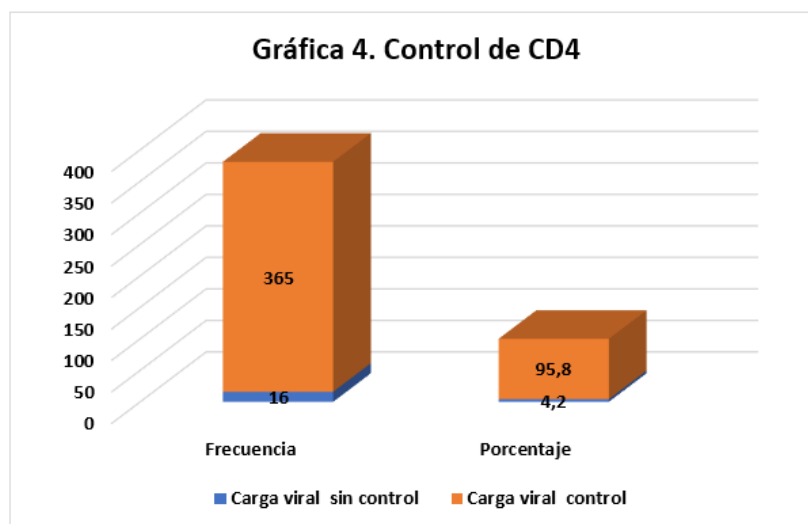
En base a la calidad de vida de los pacientes con VIH, se observó que el 10.5% (n=40) de los mismos carecen de una adecuada calidad de vida, comparado con el 56.7% (n=216) que presentan una moderada calidad de vida, mientras que el 32.8% (n=125) se reporta con una buena calidad de vida. Ver gráfica 2.



Al valorar su adherencia terapéutica se encontró que sólo el 28.3% (n=108) de los pacientes tiene un buen apego al tratamiento, en relación a aquellos con un mal apego los cuales fueron del 54.3% (n=207), observando que el 17.33 % (n=66) no tiene nada de apego al tratamiento. Ver Gráfica 3.



Se encontró que al observar conteo de CD4 en los pacientes de estudio, el 95.8% (n=365) de los mismos se encontró en una categoría de control comparado con el 3.9 % (n=15) los cuales se encuentran en este momento “sin control”. Ver Gráfica 4.



En el análisis inferencial Bivariado, en base a su distribución normal, se utilizó la correlación de R de Pearson, entre la calidad de vida y las variables, obteniendo los siguientes resultados:

Encontrándose una relación positiva débil entre la calidad de vida y apego a tratamiento ($r=0.127$ $p=0.013$), y una relación positiva débil en cuanto a la variable de sexo ($r=0.132$), obteniendo una significancia ($p=0.010$). Observar Tabla 2.

Tabla 2. Relación de la calidad de vida y variables

Variable		Frecuencia	Rs de Superman	Significancia (p)
Sexo	Hombres	362	.132*	0.010
	Mujer	19		
Nivel de estudios	Sin estudios	4	0.034	0.503
	Primaria	5		
	Secundaria	26		
	Preparatoria	92		
	Licenciatura	206		
	Posgrado	48		
	Apego a tratamiento	Buen Apego		
Riesgo de mal apego		207		
Mal apego		66		
Conteo de cd4	Sin control	16	-0.030	0.556
	Control	365		
Variable		Media	Rs de Pearson	Significancia (p)
Edad		40.55	0.007	0.895

Mediante la prueba de diferencia de medias por χ^2 entre la calidad de vida y diversas variables. Donde se identificó una relación estadísticamente significativa entre las variables como sexo masculino ($p = 0.035$), apego al tratamiento ($p = 0.034$), edad ($p=0.017$); las demás variables como nivel de estudios, conteo CD4 no mostraron relación estadísticamente significativa. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Relación de la calidad de vida y variables mediante χ^2

Variable		Frecuencia	Valor	df	Significancia (p)
Sexo	Hombres	362	6.686 ^a	2	0.035
	Mujeres	19			
Nivel de estudios	Sin estudios	4	10.947 ^a	10	0.362
	Primaria	5			
	Secundaria	26			
	Preparatoria	92			
	Licenciatura	206			
	Posgrado	48			
	Apego a tratamiento	Buen Apego			
Riesgo de mal apego		207			
Mal apego		66			
Conteo de cd4	Sin control	16	.400 ^a	2	0.819
	Control	365			
Variable		Media	Valor	df	Significancia (p)
Edad		40.55	141.480 ^a	108	0.017

Al aplicar razón de ventajas (Odds Ratio) y sus intervalos de confianza al 95% para evaluar el riesgo de mala calidad de vida en relación con diversas variables se encontró: asociación estadísticamente significativa con el riesgo de mala calidad de vida y variables como sexo 2.991(OR 1.172 – 7.637), apego a tratamiento 1.477 (OR 0.903 – 2.418). Ver Tabla 4.

Tabla 4. Riesgo de mala calidad de vida

Variable	Frecuencia	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
			Inferior	Superior	
Sexo	Hombres	362	2.991	1.172	7.637
	Mujeres	19			
Nivel de estudios	Sin estudios	4	1.094	0.693	1.726
	Primaria	5			
	Secundaria	26			
	Preparatoria	92			
	Licenciatura	206			
	Posgrado	48			
	Apego a tratamiento	Apego			
Riesgo de mal apego		207			
Mal apego		66			
Conteo de cd4	Sin control	16	0.806	0.286	2.271
	Control	365			
Variable	Frecuencia	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
			Inferior	Superior	
Edad	40.55	0.844	0.546	1.303	

DISCUSION.

Al realizar este estudio se observó que acerca de las características sociodemográficas de los pacientes evaluados en este estudio, se reflejó una amplia diversidad etaria desde los 19 años hasta los 91 años coincidiendo con el estudio descrito por Abdulghani y colaboradores (2020), quienes destacaron que la población con VIH abarca un rango etario amplio el cual abarca la mayoría de rangos en edad, donde se refleja ampliamente la importancia de las estrategias de atención adaptadas a distintas etapas de la vida en el manejo del tratamiento y la calidad de vida.

Por lo que es importante discutir el grado de apego al tratamiento y el impacto que genera a la calidad de vida de cada uno en relación a su terapia farmacéutica, observándose que realmente hay un impacto significativo aumentando la calidad de vida de manera positiva en cada uno de los pacientes en este estudio independientemente del grupo etario al que pertenecen, lo que se observa en el estudio de caso realizado por Martínez M. (2019), donde en muchas poblaciones los pacientes con VIH han sido mayormente representados en contextos donde la transmisión del virus es asociada a distintas conductas de riesgo viéndose reflejadas predominante en hombres.

En cuanto al parámetro educativo la mayoría de los participantes cuentan con estudios a nivel superior (54.1%) lo cual nos indica que la mayoría de los participantes de esta muestra tuvieron acceso a la educación, y mejores condiciones socioeconómicas, donde este factor se encuentra asociado al tener un mejor apego al tratamiento, ya que al observar mayor educación se implementa una mejor comprensión en cuanto a la importancia de un tratamiento antirretroviral y el apego del mismo. Observando los beneficios a largo plazo manteniendo una adecuada adherencia, sin embargo es importante considerar que otros factores como lo son el apoyo social, las distintas barreras estructurales juegan un papel muy influyente en el apego correcto al tratamiento.

Se propuso por Dai Watanabe (2019), que al comparar una serie de estudios en lo que determina la concentración sérica de interferón en paciente con infección de por VIH-1; encontró características como la dislipidemia, DM, así como HAS, sin TAR, con TAR el demostró la depresión de moléculas inflamatorias, en donde los pacientes con una replicación alta se puede recuperar la formación de CD4+ mismo que se observó durante este estudio que el conteo de CD4 en los pacientes de estudio, el 95.8% (n=365) de los mismos se encontró en una categoría de control comparado con el 3.9 % (n=15) los cuales se encontraron sin control.

Observándose que la proporción de participantes con niveles educativos más bajos es decir en aquellos que cursaron únicamente con nivel primaria y secundaria, podría estar asociada a una mayor dificultad para adherirse al tratamiento debido a que presentan distintos tipos de barreras cognitivas, económicas o de acceso a la atención médica, lo cual podría afectar negativamente su calidad de vida. De acuerdo con investigaciones previas G Walsn (2020) en su reciente publicación "Adhesión a la terapia antirretroviral, conflictos decisionales y salud...", las personas con niveles educativos más bajos a menudo enfrentan mayores conflictos decisionales sobre el tratamiento y una mayor dificultad para cumplir con la adherencia al régimen, lo que puede impactar negativamente en su bienestar general, lo cual se observó de esta misma manera en el estudio realizado.

CONCLUSIÓN

La investigación llevada a cabo permitió alcanzar los objetivos planteados al inicio del estudio. En términos generales, se logró establecer una relación significativa, aunque débil, adherencia a tratamiento y calidad de vida en paciente portadores de infección por VIH mayores de 18 años atendidos en el Hospital General de Zona No. 27. Específicamente, se identificaron las características sociodemográficas de la población, como: nivel académico, edad y sexo, además de evaluar tanto la calidad de vida como el grado de apego al tratamiento y carga viral de los pacientes participantes.

El diseño metodológico empleó un enfoque analítico, utilizando herramientas estadísticas robustas para garantizar la validez de los resultados. Se aplicaron cuestionarios estandarizados (MOS-HIV-SF-30 y SMAQ) que demostraron ser adecuados para medir las variables de interés. El análisis de datos reveló una relación directamente proporcional entre la adherencia específicamente a retrovirales en el paciente con este padecimiento y la calidad de vida, lo que respalda la hipótesis verdadera planteada en este estudio. No obstante, se evidenció que un porcentaje considerable de la población aún presenta dificultades para mantener una adherencia terapéutica adecuada, lo que subraya la importancia de implementar estrategias enfocadas en mejorar este aspecto para optimizar el bienestar de los pacientes.

En conclusión, se acepta la hipótesis alterna, que sostiene que la calidad de vida se encuentra relacionada con la adherencia al tratamiento, se destaca la necesidad de seguir investigando y desarrollando intervenciones dirigidas a fortalecer la adherencia al tratamiento antirretroviral como un componente clave para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, contribuyendo así al manejo integral de esta condición.

RECOMENDACIONES

Para contribuir a la mejora y erradicación de este problema de salud, se sugiere fomentar un mayor número de investigaciones con un enfoque integral desde el primer nivel de atención. Estas investigaciones deben identificar factores de riesgo y destacar la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a garantizar el uso adecuado de los medicamentos, que asegure un control óptimo de los niveles séricos de CD4. Esto permitirá mantener una calidad de vida adecuada, especialmente en pacientes con mayor vulnerabilidad al no adherirse correctamente al tratamiento, como los jóvenes con bajo nivel educativo. Además, es fundamental abordar las limitaciones de recursos en las instituciones de salud para implementar estas estrategias de manera efectiva.

LIMITANTES.

Una de las principales limitantes identificadas en la investigación fue la baja afluencia de pacientes en los servicios de atención del primer nivel. Esto obligó a recurrir a un segundo nivel de atención con un enfoque preventivo, dado que en el primer nivel no se dispone de un consultorio específico para atender a pacientes con VIH sin complicaciones. Esto ocurre a pesar de que la mayoría de los casos detectados en esta etapa se encuentran en control inmunológico adecuado.

Otra limitante fue el alto nivel académico de los participantes, lo cual prolongó el tiempo necesario para la recolección de datos. Esto se debió a que algunos participantes emitieron juicios sobre los instrumentos de evaluación y su implementación. Sin embargo, todos completaron los instrumentos, lo que permitió realizar el análisis correspondiente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Haraldstad K, LIVSFORSK, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res [Internet]. 2019[citado el 20 de julio de 2023];28(10):2641–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>. DOI. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- 2.-OMS VIH y sida [Internet]. Who.int. [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 3.- Ahmed A, Saqlain M, Bashir N, Dujaili J, Hashmi F, Mazhar F. Health-related quality of life and its predictors among adults living with HIV/AIDS and receiving antiretroviral therapy in Pakistan. Qual Life Res [Internet]. 2021 [citado el 20 de julio de 2023];30(6):1653–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-021-02771-y>
- 4.- Marcano N, Aular de Durán J, Finol de Franco M. Cuestiones conceptuales básicas en torno a la evaluación de programas. Omnia [Internet]. 2009 [citado el 21 de julio de 2023];15(3):9-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73712297002>
- 5.- Chan ASW, Leung LM, Li JSF, Ho JMC, Tam HL, Hsu WL. Impacts of psychological wellbeing with HIV/AIDS and cancer among sexual and gender minorities: A systematic review and meta-analysis. Front Public Health [Internet]. 2022 [citado el 08 de agosto de 2023];10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.912980>
- 6.-Gutiérrez-Gabriel I, Godoy-Guinto J, Lucas-Alvarado H, Pineda-Germán B, Vázquez-Cruz E, Hernández-De laRosa M. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2019 [citado 2023 Junio 31];36(3):331–9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000300331
- 7.- Handayani S, Ratnasari NY, Husna PH, Mami, Susanto T. Quality of life people living with HIV/AIDS and its characteristic from a VCT centre in Indonesia. Ethiop J Health Sci [Internet]. 1970 [citado el 01 de Agosto de 2023];29(6):759. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v29i6.13>
- 8.-Dutra BS, Lédo AP, Lins-Kusterer L, Luz E, Prieto IR, Brites C. Changes health-related quality of life in HIV-infected patients following initiation of antiretroviral therapy: a longitudinal study. Braz J Infect Dis [Internet]. 2019 [citado el 05 de Agosto de 2023];23(4):211–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2019.06.005>
- 9.-Shi Y, for the EARNEST Trial Team, Thompson J, Walker AS, Paton NI, Cheung YB. Mapping the medical outcomes study HIV health survey (MOS-HIV) to the EuroQoL 5 Dimension (EQ-5D-3 L) utility index. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2019 [citado el 15 de Mayo de 2023];17(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31077251/>
- 10.-Zhang Y, He C, Peasgood T, Hulse ESG, Fairley CK, Brown G. Use of quality-of-life instruments for people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc [Internet]. 2022 [citado el 27 de junio de 2023];25(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35396915/>

11.- Mendieta GMAD. Asociación entre el apoyo y Calidad de vida en pacientes con VIH en HGR/UNF N°220 Toluca, 2020. [Tesis de Posgrado en Medicina Familiar]. Toluca, Estado de México. UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO; 2021.

12.-MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MARZO DE 2020. Gobierno de Mexico, Secretaria de Saluda. Departamento de Epidemiologia. [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: http://chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37_Manual_VIH-SIDA_2020.pdf

13.-Lamotte Castillo José Antonio. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2023 Jul 07]; 18(7): 993-1013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es.

14.- CABRERA RAYO, A Temas de infectología. [INTERNET] Ed. Mexico D.F: Editorial Alfil, S.A. de C. V. 2012. 503 p. Disponible en: <https://elibronet.pbidi.unam.mx:2443/es/ereader/facmedunam/40612?page=225>. Consultado en: 20 Jul 2023

15.- Luis Gerardo Rodríguez Lobato María Magdalena Cavazos Quero Benjamin Valente Acosta Leslie Eugenia Quintanar Trejo. Manual MIP Medico Interno de Pregrado. Aguiar y Sepias 75 Lomas de Chapultepec 11000. México, DF.: Intersistemas S.A. de C.V.; 2020.

16.-Saura S, Jorquera V, Rodríguez D, Mascort C, Castellà I, García J. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. Aten Primaria [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio de 2023];51(2):61–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.005>

17.-Petroni S, Yates R, Siddiqi M, Luo C, Finnie A, Walker D, et al. Understanding the relationships between HIV and child marriage: Conclusions from an expert consultation. J Adolesc Health [Internet]. 2019 [citado el 7 de agosto de 2023];64(6):694–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31122504/>

18.- Treejan K, Jinatongthai P, Moolasam S, Low BY, Anderson C, Supapaan T. Self-health care behaviors and knowledge of youth living with HIV. J Am Pharm Assoc (2003) [Internet]. 2022 [citado el 1 de agosto de 2023];62(4):1249-1259.e7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35272948/>

19.- Zhao T, Tang C, Yan H, Lu Q, Guo M, Wang H. Comparative efficacy and acceptability of non-pharmacological interventions for depression in people living with HIV: A systematic review and network meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2023[citado el 27 de junio de 2023];140(104452):104452. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748923000172>

20.- Dra. María Estela Uriarte Archundia Mtra. Claudia Rodríguez Hernández Diana Bibiano Betancourt. Relación entre el tratamiento nutricio y el síndrome de lipodistrofia en el paciente con VIH que utilizan antirretrovirales [Tesis de Maestría en Nutrición] San Andrés Cholula, Puebla: UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA; 2022.

- 21.- Carolina Mesa Duarte EINM. Ejercicio físico para la reducción de efectos secundarios del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH. [Tesis de licenciatura en Rehabilitación] Bogotá, Colombia: ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACION; 2021.
- 22.- Winias S, Radithia D, Savitri Emawati D. Neuropathy complication of antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients. *Oral Dis* [Internet]. 2020 [citado el 18 de junio de 2023];26(S1):149–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32862548/>
- 23.- Foster C, Ayers S, Fidler S. Antiretroviral adherence for adolescents growing up with HIV: understanding real life, drug delivery and forgiveness. *Ther Adv Infect Dis* [Internet]. 2020 [citado el 20 de julio de 2023];7:2049936120920177. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2049936120920177>
- 24.- Movahed E, Ameri M, Farokhzadian J. Effect of information, motivation, and behavioral skills model on adherence to medication, diet, and physical activity in HIV/AIDS patients: A health promotion strategy. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2020 [citado el 18 de junio de 2023];9(1):317. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_188_20
- 25.- López-Hernández Marco Antonio, Montoya-Escutia Patricia. Asociación entre la severidad de la depresión y el apego al primer esquema de tratamiento antirretroviral. *Med. interna Méx.* [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2023 Ago 02]; 34(4): 557-560. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400006&lng=es. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i4.1828>.
- 26.- Rendón AL, Cerrato Izaguirre D. Beneficios de la implementación de un programa de seguimiento fármaco-terapéutico a pacientes VIH positivo atendidos en el Instituto Nacional Cardiopulmonar. *Rev Cienc Tecnol* [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio de 2023];(23):17–32. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/189/1891192003/html/>
- 27.- Singhato A, Khongkhon S, Rueangsri N, Booranasuksakul U. Effectiveness of medical nutrition therapy to improve dietary habits for promoting bone health in people living with chronic HIV. *Ann Nutr Metab* [Internet]. 2020 [citado el 7 de julio de 2023];76(5):313–21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33027800/>
- 28.- Watanabe D, Uehira T, Suzuki S, Matsumoto E, Ueji T, Hirota K, et al. Clinical characteristics of HIV-1-infected patients with high levels of plasma interferon- γ : a multicenter observational study. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio de 2023];19(1):11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-018-3643-2>
- 29.- Briongos Figueroa LS, Bachiller Luque P, Eiros Bouza JM, Palacios Martín T. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. *An Med Interna* [Internet]. 2007 [citado el 2 de noviembre de 2023];24(8):399–403. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992007000800011
- 30.- Prestaciones Médicas D. Protocolo de Atención Integral Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) [Internet]. 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/TADFO/Downloads/DOC-20221129-WA0030.pdf>
- 31.- Byrd KK, Hou JG, Hazen R, Kirkham H, Suzuki S, Clay PG, et al. Antiretroviral adherence level necessary for HIV viral suppression using real-world data. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet].

2019 [citado el 2 de agosto de 2023];82(3):245–51. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0000000000002142>

32.-Ruth M-R, Gladys C-L, Jesús E-C, Kena H-L, Jesús E-R, Jesús C, et al. Asociación de la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un hospital del IMSS Oaxaca [Internet]. Gob.mx. [citado el 8 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2021/05/Articulo_Asociacion-de-la-funcionalidad-familiar.pdf

33.-Remor E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado el 10 de agosto de 2023];32(1):15–22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fiabilidad-validez-version-espanola-del-13048856>

34.-Ortega Suárez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. Nefrología [Internet]. 2011 [citado el 8 de agosto de 2023];31(6):690–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952011000600011

35.- Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Pérez A, Batanero-Hemán C, Pérez-Merino EM. REVISIÓN DE TEST VALIDADOS PARA LA VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. Pharm Care Esp [Internet]. 2020 [citado el 22 de agosto de 2023];22(3):148–72. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HGZ. 27
TLATELOLCO



ENCUESTA DE PARTICIOANTES PARA CONOCER CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO

La encuesta tiene como objetivo identificar el nivel de adherencia en el tratamiento de las personas que viven con VIH en las dimensiones personal, familiar y social. Por lo que se le solicita leer la información solicitada, marcar con una X la que usted considere. *Favor de contestar lo más/veras para este estudio. Las siguientes preguntas están dirigida a la toma del medicamento y hábitos de la vida diaria.*

CUESTIONARIO BIOSOCIODEMOGRÁFIC

Fecha:	Encuesta:
Sexo: Hombre (<input type="checkbox"/>) Mujer (<input type="checkbox"/>) Otro:	Edad:
Grado Max de estudio:	
Ultimo conteo CD4:	

CUESTIONARIO SMAQ

Marque una "x" con la respuesta que crea conveniente

1.- ¿Alguna vez ha olvidado tomar su medicación?	SI	NO			
2.- ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	SI	NO			
3.- ¿Alguna vez ha dejado de tomar el fármaco si se siente mal?	SI	NO			
4.- ¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	SI	NO			
5.- En la última semana ¿Cuántas veces no tomo una dosis?	0	1-2	3-5	6-10	+10
6.- En los últimos 3 meses ¿Cuántos días completos no tomó medicación?	+2 días	-2 días			

CUESTIONARIO MOS- HIV-SF-30

Marque una "x" con la respuesta que crea conveniente

1.- En general, diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
2.- ¿Cuánto dolor corporal ha tenido en general en el último mes?				
Ninguno	Muy poco	Moderado	Agudo	Muy agudo
Durante el último mes, ¿Cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las ha limitado de alguna forma.				
	Me	Me limita un	No me limita	

3.- El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes fatigantes.					
4.- el tipo o la cantidad de actividades moderadas que puede hacer, como mover una mesa o llevar el carro de las compras.					
5.- Subir una cuesta o unas escaleras.					
6.- Girarse, levantarse o inclinarse.					
7.- Caminar 100 metros.					
8.- Comer, vestirse, ducharse o utilizar el servicio.					
Durante el último mes, ¿Cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las ha limitado de alguna forma.					
	Me limita mucho	Me limita un poco	No me limita nada		
9.- Mi trabajo: el trabajo en cosas de la casa; tareas escolares o de estudio.					
10.- El tipo o cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.					
En cada una de las preguntas, señale, en la casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último mes.					
	Casi siempre	A menudo	A veces	Pocas veces	Casi nunca
11.- ¿Han limitado su salud sus actividades sociales: ¿visitar amigos o parientes cercanos, etc.?					
12.- ¿Has estado muy Nerviosa/o?					
13.- ¿Se ha sentido intranquilo, en calma y en paz?					
14.- ¿Se ha sentido triste y decaído?					
15.- ¿Ha sido Feliz?					
16.- ¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?					
17.- ¿Se ha sentido lleno de energía?					
18.- ¿Se ha sentido agotado/a?					
19.- ¿Se ha sentido cansado/a?					
20.- ¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?					
21.- ¿Se ha sentido abrumado/a por su problema de salud?					
22.- ¿Se ha sentido desanimado/a por su problema de salud?					
23.- ¿Se ha sentido desesperado/a por su problema de salud?					
24.- ¿Ha sentido miedo por su problema de salud?					
25.- ¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas, etc.?					
26.- ¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como donde puso las cosas, citas,	Casi siempre	A menudo	A veces	Pocas veces	Casi nunca

27.- ¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?					
28.- ¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?					

29.- ¿Cómo ha sido su calidad de vida en el último mes?, esto es ¿Cómo le han ido las cosas en general?

Muy bien, no podrían haberme ido mejor.	
Bastante bien	
Ni bien ni mal, casi igual.	
Bastante mal	
Muy mal, no podía haberme ido peor.	

30.- ¿Cómo Calificaría su estado físico y emocional actual en comparación con el último mes?

Muy bien, no podrían haberme ido mejor.	
Algo mejor.	
Casi igual.	
Algo peor	
Mucho peor	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROS SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio	“CALIDAD DE VIDA Y APEGO A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°27”
Patrocinador externo (si aplica) Lugar y fecha: Número de registro	Ciudad de México a _____ del mes de _____, 2024 Pendiente
Justificación y objetivo	En el IMSS, a diciembre de 2021, había 82 mil 716 personas viviendo con VIH (PVIH) en tratamiento, de las cuales 80 mil 652 estaban en tratamiento antirretroviral (ARV), las estrategias para el control y la erradicación de la enfermedad vienen direccionadas desde organizaciones con un alto nivel de planeación como la ONUSIDA derivado de lo anterior nos interesa identificar áreas de oportunidad de el autocuidado mejorando la calidad de vida de los participantes con el objetivo de Determinar la relación entre la calidad de vida y apego a tratamiento en pacientes con VIH en personas mayores de 18 años del hospital general de zona n°27.
Procedimientos	Le invitamos a participar en el presente estudio el cual se realizará en el HGZ N° 27, en el consultorio en el que usted acude para su valoración, se le entrega el presente documento para orientarle sobre el proceso del estudio el cual es la realización de dos encuestas MOSH-HIV 30 Y SQAM las cuales medirán Calidad de vida y Adherencia a tratamiento lo que nos permitirá detectar donde encontrará preguntas de respuesta múltiple de igual manera datos sociodemográficos donde nos permitirá identificar la percepción de su calidad de vida
Posibles riesgos y molestias	El tiempo probable de respuesta es de 20 a 30 minutos. Esta investigación no lleva ningún riesgo físico, ya que no será sometida a ningún procedimiento médico, sin embargo, el cuestionario contiene Algunas preguntas pudiera generarle emociones negativas, pues estas, están en relación a su tratamiento antirretroviral y hábitos diarios que pueda incomodarlo en su respuesta. En caso de que usted necesite orientación sobre el proceso puede notificarlo a los integrantes de la presente investigación los datos los encuentra en la parte inferior de este documento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	Usted no recibirá algún beneficio directo por su colaboración en el estudio. Sin embargo, se espera que los resultados contribuyan a detectar alteraciones de la calidad de vida y cumplimiento del tratamiento de los pacientes que viven con VIH y en caso de tenerlos poder identificarlos tempranamente para sugerir seguimiento oportuno a los médicos que estén a cargo.
Información sobre los resultados y alternativas de tratamiento	Los resultados obtenidos, se mantendrán de forma confidencial para su revisión y análisis por parte de los investigadores y se realizará la publicación de forma global, pero en caso de que usted como participante desee conocer sus resultados podrá tener acceso de ellos con un folio de participación que solo manejarán los investigadores y en caso necesario que tenga la necesidad de envío a un grupo multidisciplinario de prevención y ayuda psicológica o de otra índole podemos orientarlo para su envío cuando usted nos lo solicite.
Participación o retiro	Si usted como participante decide no participar o retirarse del estudio, la no utilización de sus datos, no se verá afectado en ningún proceso, laboral, asistencial o de otra índole. Usted es libre de elegir la participación y se respetara su decisión.
Privacidad y confidencialidad	Sus datos serán guardados de manera confidencial solo colocándose folios, únicos e irrepetibles, nunca se expondrán sus datos personales para proteger en todo momento su identidad. Al término de la investigación sus datos personales serán resguardados y eliminados cuando ya no sean necesarios.
Declaración de conocimiento:	
Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por 5 años tras lo cual se destruirá la misma	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable: Dr. José Elpidio Andrade Pineda	
Colaboradores: Dr. Ortiz Garduño Ricardo Tadeo R1 MF.	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx	

Testigo 1

Testigo 1

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.

