



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13.
CAMPECHE, CAMPECHE.

TITULO

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PORTADORES DEL
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN CIUDAD DEL
CARMEN, CAMPECHE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

FELIX SILVIA ORTEGA COLUNGA

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE

2011



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.

**APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PORTADORES DEL
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN CIUDAD DEL
CARMEN, CAMPECHE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

FELIX SILVIA ORTEGA COLUNGA

AUTORIZACIONES:

DRA. TERESA CONCEPCION CHULINES VALENCIA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD FAMILIAR NUMERO 13
CAMPECHE, CAMPECHE

DRA. CARMEN DOMINGUEZ HERNANDEZ

ASESOR METODOLOGICA DE TESIS
DIRECTORA DE LA UMF NUMERO 13 CAMPECHE, CAMPECHE

DRA. TERESA CONCEPCION CHULINES VALENCIA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS MEDICO
FAMILIAR NUMERO 13 CAMPECHE, CAMPECHE

DR. DOMINGO SAMUEL MEDINA GONGORA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE

2011

**APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PORTADORES DEL
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

FELIX SILVIA ORTEGA COLUNGA

AUTORIZACIONES

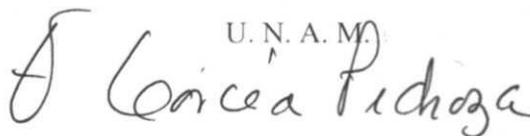


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.

DEDICATORIAS

Le doy gracias a Dios por darme esos Ángeles que me dieron la vida, me han iluminado en mi camino, dado la fuerza necesaria para seguir adelante y me muestra su grandeza a cada paso que doy.

Agradecimiento muy especialmente a mis padres C. José Silverio Ortega Lux y Antonia Colunga Ramírez, que me dieron la vida, me cuidaron y su ejemplo de fortaleza, humildad, trabajo y amor me enseñaron el valor de la vida.

Gracias al apoyo incondicional de mis hermanos y hermanas el cual me ayudaron aun en la distancia con palabras de fortaleza y amor.

A mi profesora Dra. Teresa Concepción Chulines Valencia y Dra. Guadalupe Ramos y de mas profesores y profesoras por compartir con conocimientos, experiencias como gran personas y profesionales.

Doy gracias a mis compañeros de generación 2008 – 2011. A las compañeras de segundo y primer año de la especialidad, por el tiempo que convivimos y el apoyo que me brindaron en el transcurso de la misma.

A mis asesores temáticos, investigación y metodológico muy especialmente a Dra. Carmen Domínguez Hernández por compartir sus conocimientos, su paciencia para guiarme a realizar mi trabajo de investigación y llegar a terminarlo satisfactoriamente.

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de realizar mi especialidad de Medicina Familiar, desempeñarla y actuar profesionalmente.

A mis amigas y amigos que con sus palabras de aliento me ayudaron a seguir adelante y cumplir mi meta en esta etapa de mi vida.

TITULO

**APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN
PORTADORES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.**

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| 1. MARCO TEORICO..... | 7 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 18 |
| 3. JUSTIFICACION..... | 20 |
| 4. OBJETIVOS..... | 21 |
| - General | |
| - Específicos | |
| 5. HIPOTESIS..... | 22 |
| 6. METODOLOGIA:..... | 23 |
| - Tipo de estudio | |
| - Población, lugar y tiempo de estudio | |
| - Tipo y tamaño de la muestra | |
| - Criterios de inclusión y exclusión | |
| - Variables a recolectar | |
| - Procedimiento | |
| - Consideraciones éticas | |
| 7. RESULTADOS..... | 32 |
| - Análisis estadístico | |
| - Tablas y graficas | |
| 8. ANALISIS..... | 49 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 51 |
| 10. ANEXOS..... | 54. |
| - Hoja de recolección de datos | |
| - Encuesta: Duke-UNC- 11 | |
| - Encuesta SF-36 | |

Marco Teórico

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad que se caracteriza por la incapacidad y la destrucción del sistema inmunitario para hacer frente a infecciones y otros procesos patológicos. Es producido por un virus que fue descubierto en 1983 y denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Estos virus permanecen latentes y facilita el desarrollo de infecciones oportunistas, tumores, estados de desnutrición severa, con afectación importante del sistema inmunitario específicamente de los linfocitos T cuyas células son las encargadas del sistema inmunitario del organismo.

El agente etiológico esencial del SIDA está representado, por el VIH. Es un virus con genoma compuesto por ácido ribonucleico (ARN) que se reprodujo debido a la presencia de una enzima llamada transcriptasa inversa. Al igual que para otros retrovirus, estos procesos de replicación está frecuentemente sujeto a errores, lo cual explico la alta heterogeneidad genética del virus en la población humana. También explico la dificultad que se ha encontrado para desarrollar una vacuna eficaz contra el virus, el cual permitió prevenir la aparición de la enfermedad. Debido a la variedad sintomática del SIDA, la presencia del VIH es generalmente aceptaron como un criterio indispensable para el diagnóstico. (11) (23)

Los cuatro retrovirus humanos conocidos son: a) los virus linfotrópicos T humanos HTL-V1 y HTL-V2; b) Los virus de la inmunodeficiencia humana HIV-1 y HIV-2 que son virus citopáticos. El más frecuentemente identificado es el HIV-1. Con el Microscopio Electrónico se observaron el virión de forma icosaédrica provista de numerosas proyecciones formadas por las dos proteínas principales de cubierta gp120 externa y gp41 transmembrana; el ARN geonómico, la enzima transcriptasa inversa, el p18 de la membrana interna y la proteína p24. (6)

La característica principal de la infección es la inmunodeficiencia provocado por el déficit progresivo, cuantitativo y cualitativo de los linfocitos T, que tienen en su superficie la molécula CD4 que funcionaron como el principal receptor del VIH tras lo cual se producen la infección y destrucción directa de estas células. Para que el

virus pueda penetrar en la célula diana deben existir además de los CD4, co-receptores que pertenecen a la familia de receptores de siete dominios transmembrana acoplados a la proteína G. Cuando el nivel de células CD4 desciende por debajo de cierto nivel el paciente está expuesto a sufrir una serie de enfermedades oportunistas que definen el SIDA. (21)

La etiopatogenia del SIDA es compleja y ha sido objeto de numerosas investigaciones durante los últimos años. Muchos aspectos del problema permanecieron poco claros. En general, los retrovirus tienen escaso poder patógeno y la gran mayoría de las personas infectadas por esos agentes son sintomáticas. (16)

Los principales factores de riesgo para contraer el VIH-SIDA, están principalmente en las prácticas sexuales, en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

Entre los principales factores de riesgo ellas están las relaciones con múltiples parejas independientemente de las preferencias sexuales, relaciones esporádicas o casuales con personas desconocidas en las que existe penetración pene-vagina, pene-ano, pene boca, o boca-vagina, sin utilizar alguna barrera, como el condón de látex o poliuretano. (7)

Una de las prácticas más peligrosas es la penetración pene-ano, dado que esta parte del cuerpo es muy sensible a las fisuras, lo que aumenta el riesgo de penetración del virus al torrente sanguíneo. También la práctica de relaciones sexuales durante la menstruación, ya que si existe alguna fisura o lesión en el pene, de igual forma el virus puede penetrar más fácilmente. (15)

Otros factores de riesgo importante son las prácticas sexuales con personas que tienen otras enfermedades de transmisión sexual como: sífilis, gonorrea, candidiasis, herpes, cóndilomas, ya que además del riesgo de contagio de estas enfermedades, se favorecieron la transmisión del VIH en caso de que alguna de las personas sea portadora. (26)

Otros factores de riesgo son:

- a).- Utilizaron el mismo condón varias veces o con varias personas es otro de los factores de riesgo, ya que en cada relación pierden su efectividad y calidad.
- b).- El uso compartiendo la misma jeringas o agujas con fines de adicción intravenosa.
- c).- Tener relaciones cóitales con personas con VIH-SIDA, aunque utilicen medidas de protección.
- d).- Tener relaciones cóitales con personas que tienen varios compañeros sexuales.
- e).- Ser usuarios de drogas intravenosas.
- f).- Tener relaciones cóitales con personas hemofílicas que han recibido varias transfusiones de sangre.
- g).- El haber recibido una transfusión de sangre entre 1980 y 1987, fechas en que no había control de calidad de la sangre y en que la enfermedad se empezó a propagar por todo el mundo.
- h).- Ser hijos nacidos de mujeres portadoras de VIH o enfermas de SIDA.

Otros factores de riesgo, menores pero que hay que tomar en cuenta son:

- a).- Ser personal e salud o personas que atienden pacientes con lesiones sangrantes, para lo que existen normas de seguridad que se deben aplicar siempre y con todo cuidado.
- b).- La punción con agujas con fines de acupuntura, tatuajes o perforación para la colocación de aretes. En estos casos deben exigirse siempre agujas desechables.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) se han descrito la distribución de la epidemia en las regiones de Estados Unidos de América, Europa Occidental, Australia, Latinoamérica y el Caribe.

La transmisión más importante continúa siendo en hombres, la práctica en homosexuales y en drogadictos intravenosos. En esos países la transmisión heterosexual se está incrementando en forma moderada. (14) (24)

Son más de dos millones las personas que vivieron con VIH en América Latina y el Caribe. Al menos 100 000 personas murieron de SIDA en el mismo período, el más alto número de víctimas mortales a escala regional después de África y Asia. (13)

En Latinoamérica se ha observado modelos epidemiológicos característicos. En todos los países la mayoría de las infecciones por el VIH fueron por transmisión sexual, tanto heterosexual como entre hombres con otros de su mismo sexo. En el Caribe, predominó la transmisión heterosexual, aunque la excepción se encontraron en Puerto Rico, donde el consumo de drogas intravenosas parece ser el principal transmisor de la epidemia. En el 2004 aproximadamente 3 millones de personas fallecieron. El VIH-SIDA es la principal causa mundial de muerte y de años de vida perdidos entre los adultos de 15-49 años. (3) (5)

En Latinoamérica se estima que en 2007 había 1.6 millones de personas con VIH y 100,000 nuevas infecciones de VIH cada año y 58 mil fallecimientos anuales por (SIDA). Desde el inicio de la epidemia en México en 1983 y hasta marzo del 2008, se han registrado 118,624 casos acumulados de personas con SIDA. (22)

En cuanto a incidencia acumulada de casos de sida a nivel nacional, Campeche ocupó el décimo primer lugar. Alberto Poot, secretario técnico del Consejo Estatal sobre sida, responsable del Programa Estatal de VIH/SIDA, se señaló que la industria del llamado “oro negro” principal bastión económico de la zona y el turismo han convertido en una urbe cosmopolita a la isla, en donde conviven tabúes sobre la sexualidad y formas de discriminación de todas partes de México y el mundo. En Campeche se tuvo una incidencia acumulada del mil 579 casos (mil 318 de Sida y 26 de VIH), de los cuales el 54%, se encontraron con vida y aun radican en el Estado y que para el año 2010 se tiene registro de 103 casos nuevos, con el 52%, (aprox. 443 casos), seguidos de Campeche, se encuentran los municipios de Champotón y Escárcega. (17)

El apoyo social que se le brinda a los pacientes con VIH proporcionan una gran ayuda para que el paciente se adapte a su enfermedad y así mismo cuidarse; y saber que la persona que esta a su alrededor le debe mostrar su afecto ya sea con manifestaciones verbales, afectivas con un saludo de mano, un abrazo, realizar actividades recreativas y deportivas; para así tener una buena calidad de vida y desarrollarse en su ambiente familiar y laboral, debiendo existir estrategias de adaptación de parte de la comunidad que tiende a rechazar socialmente a este tipo de pacientes con diagnostico de VIH. (8) (18)

El concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el VIH/SIDA. El término calidad de vida data desde comienzos de la historia de la humanidad, pero su estudio científico se hace relevante a partir de los años cincuenta del siglo pasado, y por otro lado, sólo hasta los años ochenta tiene un gran auge como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida. (5) (12)

A través del tiempo el término tuvo diversas connotaciones: inicialmente hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud. Se entenderá apoyo social al grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Con este criterio se denomina como apoyo social a un conjunto de aspectos cualitativos o funcionales del apoyo, siendo estas funciones desempeñadas por lo que se conoce como red de apoyo o red social y que se refiere a los aspectos cuantitativos o estructurales. (10) (19) (27)

Se han validado cuestionarios específicos, dirigidos a un grupo de población, a un problema de salud concreto o a una dimensión específica a evaluar y se encuentran entre otros, escalas funcionales medidores de salud socio-familiar: La Escala de Duke-UNC-11, la cual evalúa el apoyo social total percibido y denominado así por sus autores Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, en el año de 1988. (2) (25)

La calidad y condiciones de vida de una persona, es la satisfacción, que ésta experimenta y como influye en su escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. La calidad de vida de un paciente se conoce como la “percepción individual de su posición en la vida en el contexto de cultura y el sistema de valores en el cual, vive con relación a sus objetivos, expectativas. (4)

El SF-36, existente desde el año 1988; es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts y cuyos autores Sherbourne, Stewart y Grandek, indican que a partir de 36 preguntas mide 8 conceptos genéricos de salud, nos da una respuesta tanto positiva o negativa de salud física y estado emocional. (28)

El apoyo social que se le brindaron al los paciente con VIH, de gran importancia y de ayuda para adaptarse a su enfermedad, en el cuidado de si mismo y a las personas que lo rodean, sentir el apoyo que ellos les proporcionen sobre los cuidados, palabras de animo, atención, un abrazo, un cariño que se le brinda estos le proporcionaron que el paciente tenga una buena calidad de vida para desarrollarse tanto en su núcleo familiar de trabajo, socialmente y psicológicamente para que no se sientan marginados y se desarrollen en toda los aspectos de su vida personal, familiar y profesional. Y siga siendo productivo en nuestra sociedad. El termino Calidad de vida pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados por la vida diaria del paciente y en que modo se ve afectado por la presencia de la patología desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esas valoraciones habrán de ser multidimensional y se acepto generalmente incluir, al menor evaluar físicamente, funcional, psicológicamente y social. (9) (27)

Para un estricto seguimiento al tratamiento antirretroviral, será un factor clave en el grado y duración de la supresión viral, hallando que estas intervenciones sean estrategias de educación con apoyos al paciente con efectos positivos. (18)

Los familiares dan atención en el hogar de las personas con infección por VIH, previa capacitación con el apoyo de personal de salud comunitaria y social. La atención integral se provee a través de un sistema continuo a lo establecido en la salud de los niveles central y periférico con las familias y las comunidades e incluso; servicios de referencia al apoyo social institucional y comunitario. (20)

Las familias se conceptualizaron como un grupo social, organizaron como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad. Además de estas; se identificaron algunas características como la estructura, función y clasificación.

Estructura: Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden, integran al grupo familiar.

Funciones de la familia: Son las tareas que les correspondieron realizar a los integrantes de la familia como un todo.

Se reconoció las siguientes funciones:

- 1.-Socialización: Promoción de las condiciones que favoreció en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona.
- 2.-Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar.
- 3.-Cuidado: Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- 4.-Estatus: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad
- 5.-Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad.

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales: Parentesco, Presencia física en el hogar o convivencia, Nivel económico Y Nuevos tipos de convivencia individual familiar originados por cambios sociales.

Clasificación de familia (con parentesco)

| Familia tipo: | Características |
|-----------------------------------|---|
| Nuclear | Hombre y mujer sin hijos |
| Nuclear simple | Padre y madre con 1 a 3 hijos |
| Nuclear numerosa | Padre y madre con 4 hijos o más |
| Reconstruida binuclear | Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados y tienen hijos de su unión anterior |
| .Mono parental: | Padre o madre con hijos |
| Mono parental extendida | Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco |
| Mono parental extendida compuesta | Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco |
| Extensa con parentesco | Padre y madre con hijos, más otras personas |
| Extensa compuesta: | Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco |
| No parental | Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera) |

| Sin parentesco | Características |
|--|---|
| Mono parental extendida sin parentesco | Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco |
| Grupos similares de familia | Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. |

Clasificación de familia de acuerdo a presencia física en el hogar

| Familia tipo | Características |
|---------------------|---|
| Núcleo integrado: | Presencia de ambos padres en el hogar |
| Núcleo no integrado | No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar |
| Extensa ascendente | Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres |
| Extensa descendente | Padres que viven en la casa de alguno de los hijos |
| Extensa colateral | Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera) |

Nuevos estilos de vida personal familiar

| | |
|--|---|
| Persona que vive sola: | Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital. |
| Matrimonios o parejas de homosexuales: | Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos |
| Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos: | Pareja mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos |
| Familia grupal: | Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo. |
| Familia comunal: | Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales |
| Poligamia: | Incluye la poliandria y la poliginia |

Las diversas posibilidades de origen de acuerdo a sus medios de subsistencia de las familias, son una combinación de las cuatro fuentes siguientes:

- Agrícola
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Se clasificaron que las familias con base en su nivel económico, indicaron que estudios recientes que el ingreso familiar económico no es el único, pero si uno de los factores mas importantes, y por lo tanto representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza pobreza en el escenario familiar.

Se han establecido tres escalas abarcando el ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica, recursos suficientes o carencia para cubrir gastos en vestido, calzado, vivienda, educación, transporte público, energía eléctrica. Se establecieron que el nivel tres de pobreza es el mas grave de todos y el nivel uno es el menos grave. Las familias que pudieron cubrir los rubros mencionados no se consideran pobres.

De acuerdo con los nuevos estilos de vida personal familiar originados por cambios sociales, se debe tener en consideración los cambios en sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar. (1)

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA); es un fenómeno único en la historia de la humanidad por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto. Desde que se diagnosticó el primer caso, en el mundo se ha enfrentado a las extraordinarias dimensiones de esa enfermedad. Los primeros esfuerzos para formular una respuesta eficaz fueron fragmentarios, poco sistemáticos y contaron con muy escasos recursos. Pocas comunidades identificaron los peligros a los que hacían frente, y menos aún fueron capaces de organizarse para crear una respuesta eficaz.

Ahora, han fallecido más de 20 millones de personas y otros 39.4 millones están viviendo con el VIH en todo el mundo. De ellos, 3 millones son niños y entre los adultos, casi la mitad son ya mujeres, presentándose en catorce ciudades de todo el mundo. El SIDA se ha expandido sin cesar, destruyendo la vida de las personas y en muchos casos dañando gravemente la integración de las sociedades. La epidemia estuvo ha afectado desproporcionadamente a los adolescentes de entre 15 a 24 años que representaron a la mitad de los nuevos infectados por el VIH en el mundo; más de 6000 jóvenes contraen el virus cada día. Esto es especialmente alarmante porque se trata de la generación más numerosa de la historia. Sin embargo, serán los responsables de continuar las respuestas a la epidemia; son los líderes, pensadores y los responsables de adoptar decisiones del futuro, siendo vital que participen plenamente en la respuesta a la epidemia.

El apoyo social, entendido como interacción el individuo y su medio, ha demostrado su relación con el estado de salud y auto percepción del mismo siendo uno de los temas que mayor atención ameritan en la estabilidad emocional del paciente ya que el impacto psicológico al saberse el portador de VIH genera un cambio emocional psicológico muy importante en ellos y en su entorno que les rodea tanto familiar y laboral.

La persona que cuida de un enfermo que padece de VIH puede ser un familiar, un amigo o un vecino, al saberse que no es fácil esta tarea, se tendrá que mantener un equilibrio entre las necesidades del paciente, y las del resto de la familia.

La valoración de la calidad de vida se relaciona con una adecuada salud, y se ha convertido en un objetivo en sí mismo para una atención óptima e integral para el paciente portador de VIH, evaluarla supone conocer el impacto de la enfermedad en el entorno familiar del paciente, sus relaciones sociales o en su propia autoestima.

El tener conocimiento del apoyo social del paciente nos permitirá tener un panorama amplio de la calidad de vida, que en nuestra localidad reciben; es por eso que llegamos a formularnos la siguiente interrogante:

¿Cual será el apoyo social y la calidad de vida en portadora de VIH, en Ciudad del Carmen, Campeche; durante el periodo comprendido del 15 Marzo 2008 al 25 Octubre de 2010?

JUSTIFICACIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana no discrimina a nadie por edad, sexo, color de la piel, integración social, estatus económico y preferencia sexual. Cualquier persona que tenga prácticas de riesgo puede adquirirlo. Sin embargo, afecta a todos por igual por la repercusión que tiene en la vida y en su conjunto. La llegada de la enfermedad se traduce en ansiedades y preocupaciones expresadas a través de múltiples interrogantes de personas que tienen entre sus familiares a alguien que vive con VIH-SIDA.

En el transcurso de la vida de toda persona se debe tener en cuenta que toda enfermedad degenerativa si no se controla bajo la supervisión médica y el entorno familiar del paciente, surge un descuido total de su estado físico, social y psicológico del paciente; por lo tanto es de considerar que debe existir apoyo social el cual brindara una buena calidad de vida a futuro, para que tenga una mejor adaptación a la enfermedad y su medio ambiente.

Ya que este tipo de pacientes al saberse que su diagnostico de ser portador de VIH afecta su ambiente laboral, al igual que la discriminación por ignorancia de la sociedad les afecta emocionalmente y psicológicamente al no tener un apoyo social optimo, repercutirá en su salud y en su desempeño para hacerle frente a sus necesidades básicas de vida, reflejado en una baja calidad de la misma.

La unión familiar tendrá que resultar fundamental para el buen funcionamiento del entorno de cada paciente, por lo que resultara primordial realizar el presente estudio.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre Apoyo Social y Calidad de Vida en portadores del virus de inmunodeficiencia humana del Hospital General de Zona con Unidad Médica Familiar numero 4, de Ciudad del Carmen, Campeche, durante el periodo comprendido del 15 Marzo 2008 al 25 Octubre 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de género y edad de cada paciente.
- Conocer el grado de correlación entre apoyo social y calidad de vida.
- Conocer la clasificación familiar, de acuerdo a los nuevos conceptos de familia, a su presencia física en el hogar y a su parentesco.

HIPOTESIS

El Apoyo Social en portadores de virus de inmunodeficiencia humana en este estudio se analizara que tiene correlación para tener una buena Calidad de Vida.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de investigación observación, transversal y analítico, en pacientes ya diagnosticados con (VIH); adscritos de HGZ/UMF numero 4 de Ciudad del Carmen, Campeche; durante el periodo comprendido del 15 Marzo 2008 al 25 de octubre 2010.

Se utilizo una muestra probabilística, al estudiar el 100% (94) de los pacientes con VIH que cumplen con los criterios de selección, los cuales fueron pacientes con diagnostico de VIH y adscritos al HGZ/UMF numero 4 de Ciudad del Carmen, Campeche, incluyendo ambos géneros y de cualquier edad.

Los criterios de exclusión incluyen no ser derechohabiente de la Instituto, no contar con expediente clínico y pacientes foráneos.

En referencia a los recursos humanos se tuvo como investigador principal: Félix Silvia Ortega Colunga, asesor metodológico: Carmen Domínguez Hernández, asesor temático: Teresa Concepción Chulines Valencia.

Los recursos materiales fueron: Una computadora con acceso a Internet, hojas blancas, dispositivo usb, un lapicero, una impresora.

El instrumento para apoyo social consta de 11 preguntas que se miden en un formato tipo Lickert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (mucho menos de lo que deseo/quiero) a 5 (tanto como deseo/quiero); en su versión original el instrumento se divide en dos subescalas: de apoyo social *afectivo* (preguntas 1, 4, 6, 7,8 y 10) y apoyo social *de confianza* (preguntas 2, 3, 5, 9 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 6 y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos.

Para evaluar la calidad de vida se utilizo la encuesta: SF-36 la cual evalúa aspectos en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario.

Estos conceptos son:

a).- Función física (FF), Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.

b).- Rol físico (RF), Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

c).- Dolor corporal (DC), Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

d).- Salud general (SG), Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

e).- Vitalidad (VT), Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

f).- Función social (FS), Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

g).- Rol emocional (RE), Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

h).- Salud mental (SM), Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general

Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluyó el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior.

Las respuestas a esta pregunta describió la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse

Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codificaron y remodificaron (10 preguntas), y los resultados se trasladó a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

PROCEDIMIENTO

Una vez autorizado el protocolo de investigación, nos apegamos al cronograma de trabajo.

Se solicito la autorización del director del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 4, de Ciudad del Carmen, Campeche., para llevar acabo las encuestas; utilizando el área de consulta externa de Medicina Interna.

Acudimos al momento en que tuvo cita el paciente y se solicito su autorización por medio del formato de consentimiento informado, para llevar a cabo el estudio; con discreción absoluta e indicando el interés a que tuvo lugar la presente investigación.

Con el formato de recolección de datos, se lleno el apartado de aspectos sociodemográficos, posteriormente se aplicó la encuesta sobre apoyo social y calidad de vida los cuales resultaron determinantes para lograr nuestro objetivo principal.

Ya teniendo las cuestionario se realizo el análisis estadístico de los resultados obtenidos, por medio del programa SPSS versión 15; utilizando la estadística de tipo descriptivo, para obtener la frecuencia y para la correlación de variables con la prueba de spearman.

DEFINICION DE VARIABLES

| TIPO DE VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION |
|--------------------------------------|---|---|--------------------|
| Edad | Tiempo de existencia de alguna persona | Tiempo transcurrido en vida expresado en años | Razón |
| Genero | Rasgos propios que identifican personas | Masculino/ Femenino | nominal |
| Apoyo social | Protección con interrelación entre el individuo y su medio | Cuestionario Duke–Unc-11 | ordinal |
| Calidad de vida | Capacidad para actividades diarias con interacciones: afectivas, cognitivas y sociales. | Cuestionario MOS- SF 36 HIV | Nominal |
| Síndrome de Inmunodeficiencia Humana | Enfermedad caracterizada por destrucción del sistema inmunitario, provocada por VIH | | Nominal |

| TIPO DE VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION |
|---|---|---|--------------------|
| Parentesco | | Vinculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta. | Nominal |
| Familia Nuclear | Ambos cónyuges sin hijos | Hombre y Mujer sin hijos | Nominal |
| Familia Nuclear simple | Ambos cónyuges con 1 a 3 hijos | Padre y Madre con 1 a 3 hijos | Nominal |
| Familia Nuclear Numerosa | Ambos cónyuges con 4 hijos o mas | Padre y Madre con 4 hijos o mas | Nominal |
| Familia Reconstruida | Ambos cónyuges donde uno de los dos ha sido divorciado y tiene hijos anteriores | Padre y Madre en donde alguno ha sido divorciados o viudos y tiene hijos de su unión anterior | Nominal |
| Familia Mono parental | Uno de los cónyuges con hijos | Padre o Madre con hijos | Nominal |
| Familia Mono parental extendida | Existencia de uno de los cónyuges al menos con otras personas con parentesco | Padre o Madre con hijos mas otras personas con parentesco | Nominal |
| Familia Mono parental extendida compuesta | Existencia de uno de los dos cónyuges con hijos con otras personas con o sin parentesco | Padre o Madre con hijos mas otras personas con o sin parentesco | Nominal |
| Familia Extensa | Existencia de ambos cónyuges con hijos mas otras personas con parentesco | Padre y Madre con hijos mas otras personas con parentesco | Nominal |
| Familia Extensa compuesta | Existencia de ambos cónyuges con hijos mas otras personas con y sin parentesco | Padre y Madre con hijos mas otras personas con y sin parentesco | Nominal |

| | | | |
|---|---|---|---------------------------|
| Familia No Parental | Personas que tienen un parentesco realizando funciones de familia sin presencia de los padres | Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones de familia sin la presencia de los padres | Nominal |
| TIPO DE VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION |
| Núcleo integrado | Existencia de ambos cónyuges en el hogar | Presencia de ambos padres en el hogar | Nominal |
| Núcleo no integrado | Ausencia de alguno de los cónyuges en el hogar | No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar | Nominal |
| Extensa ascendente | Existencia de hijos que están casados o en unión libre y viven en casa de algún cónyuge | Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres | Nominal |
| Extensa descendente | Cónyuges que habitan en casa de alguno de los hijos | Padres que viven en casa de alguno de los hijos | Nominal |
| Extensa colateral | Pareja que habita en casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.) | Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.) | Nominal |
| Nuevos estilos de vida personal familiar: | Se presentan en sociedades modernas y representan diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia | | Nominal |
| Persona que vive sola | Ausencia de familia alguna, sin importar estado civil | Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil. | Nominal |
| Matrimonios o parejas de homosexuales | Núcleo del mismo sexo en convivencia conyugal sin hijos | Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos | Nominal |

| | | | |
|---|--|---|---------|
| Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos | Núcleo del mismo sexo en convivencia conyugal con hijos | Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal con hijos | Nominal |
| Familia grupal | Relación de varios hombres con varias mujeres en convivencia sin restricciones dentro del hogar | Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo | Nominal |
| Familia comunal | Grupo de parejas monógamas con sus hijos, que viven compartiendo todo excepto las relaciones sexuales. | Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales. | Nominal |
| Poligamia | Unión matrimonial con varias parejas al mismo tiempo | Incluye la poliginia: Cónyuge masculino con varias mujeres. Poliandria: Cónyuge femenino con varios hombres. | Nominal |

CONSIDERACIONES ETICAS.

TITULO PRIMERO

Disposiciones Generales.-Apoyado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, con respecto al artículo 4to constitucional publicado en el diario oficial de la federación de fecha 3 de febrero de 1983 y inicio de vigencia el 1ero de julio de 1984.

Articulo 3º.-La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica medica y la estructura social.
- A la prevención y control de los problemas de salud.
- Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la presentación de servicios de salud.

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Articulo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requiera y este lo autorice.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que puede comprenderla, por lo menos sobre los siguientes aspectos:

La justificación y los objetivos de la investigación.

- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda a cerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, y otros asuntos relacionados con la investigación y al tratamiento del sujeto
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento
- La seguridad de que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- La disponibilidad de tratamiento medico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.
- Que si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 23.- en caso de investigación con riesgo mínimo, la comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito y tratándose investigaciones sin riesgo podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Se anexa hoja de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se aplicó un total de 94 encuestas, observando en primer lugar los datos de acuerdo al género y la edad obteniendo 70 pacientes masculinos con un porcentaje del 74.5%, contra 25 pacientes femeninas representando un porcentaje del 25.5%.

La frecuencia de la edad con una mediana (rango 23-77). (Cuadro 1)

De acuerdo a su clasificación familiar con parentesco solo 29 pertenecen a familia nuclear con 30.9%, 65 pacientes con familia nuclear simple con 69.1%. (Cuadro 2)

De acuerdo a la presencia física en el hogar hubo una frecuencia de 90 pacientes con núcleo integrado con un 95.7%; 2 pacientes extensa ascendente presentando 2.1%, 2 pacientes extensa descendente, presentando 2.1%. (Cuadro 3)

Con nuevos estilos de vida personal familiar (personas que viven solas), identificándose a 28 pacientes presentando un 29.8%, no aplica un 66 pacientes, presentando 79.2%. (Cuadro 4)

En la aplicación del instrumento de evaluación de apoyo social. Cuestionario de DUKE-UNC 11. Se obtuvo Apoyo Afectivo: Escaso apoyo 9 pacientes con presentación 9.6% y mayor apoyo 85 pacientes, presentando 90.5%. (Cuadro 5).

En Apoyo Confidencial: Escaso apoyo 14 pacientes, presentando 14.9%, y mayor apoyo 80 pacientes, presentando 85.1%. (Cuadro 6)

Apoyo Total percibido en escaso apoyo 6 pacientes presentando 6.4%, y apoyo normal 88 pacientes, presentando 93.6%. (Cuadro 7)

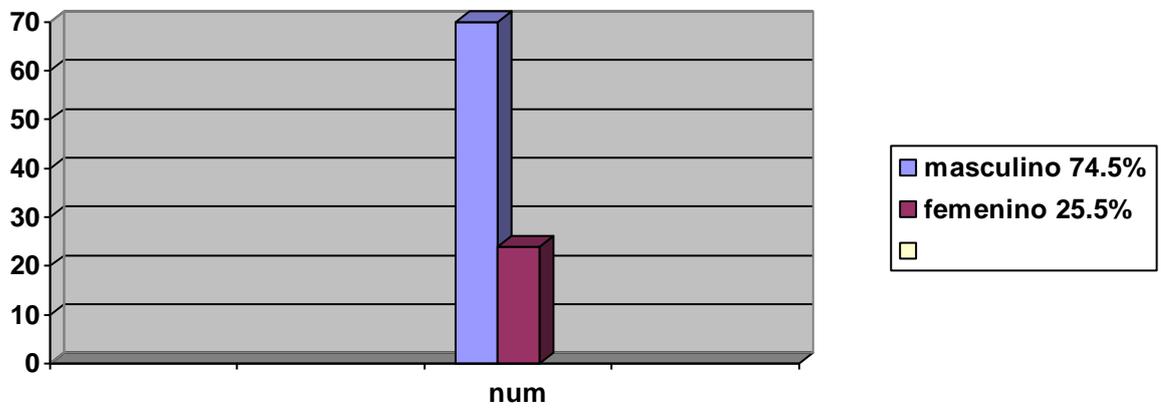
En la aplicación del instrumento: cuestionario de Salud SF-36 se obtuvo. Función física (FF), se obtuvo máxima de 32.00 con una media de 26.20 Salud general (SG), se obtuvo una máxima de 24 con una media de 15.71 Vitalidad (VT), se obtuvo una máxima de 17, con una media de 10.65 Salud mental (SM), se obtuvo máxima de 28, con una media de 20.61. (Cuadro 8)

El análisis estadístico de los resultados obtenidos; en la correlación de variables con la prueba de Spearman en el instrumento: cuestionario de Salud SF-36, en la calidad de vida se obtuvo que el estudio no es significativo. (Cuadro 9)

Cuadro 1. Variables Sociodemográficas

| | Frecuencia | % | |
|--------|------------|-------|---------------------|
| genero | Femenino | 24 | 25.5 |
| | Masculino | 70 | 74.5 |
| | Total | 94 | 100,00 |
| Edad | Media | 40.2 | Desviación estándar |
| | Mediana | 39.00 | |
| | Moda | 42.00 | ±10.84 |

Grafica 1. Variables Sociodemográficas



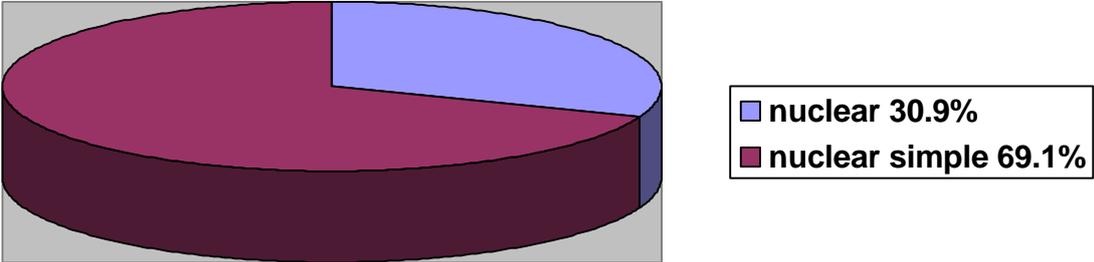
Fuente: Base de datos del SPSS

Nota: el género masculino fue el que predomino en nuestro estudio.

Cuadro 2. Parentesco

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Nuclear | 29 | 30,9 | 30,9 | 30,9 |
| | nuclear simple | 65 | 69,1 | 69,1 | 100,0 |
| | Total | 94 | 100,0 | 100,0 | |

Grafiva 2, Parentesco



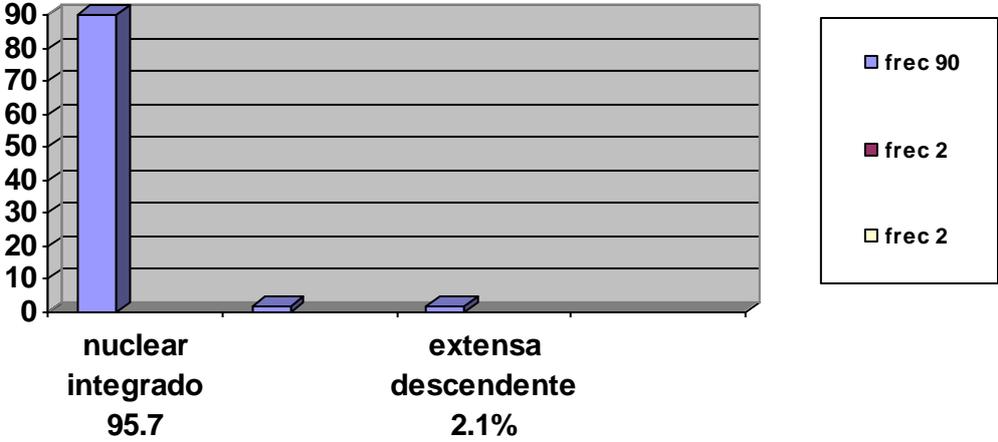
Fuente: Base de datos del SPSS

NOTA: El parentesco con porcentaje mas alto encontrado en este estudio fue el de la familia nuclear simple con una frecuencia de 65 pacientes.

Cuadro 3. Presencia física en el hogar

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Núcleo integrado | 90 | 95,7 | 95,7 | 95,7 |
| | Extensa ascendente | 2 | 2,1 | 2,1 | 97,9 |
| | Extensa descontente | 2 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| | Total | 94 | 100,0 | 100,0 | |

Grafica 3, Presencia física en el hogar



Fuente: Base de datos del SPSS

NOTA: La presencia física en el hogar que mas predominante en los pacientes con VIH arrojados en este estudio fue el núcleo integrado.

Cuadro 4. Nuevos estilos de vida personal familiar

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Persona que vive sola | 28 | 29,8 | 29,8 | 29,8 |
| | no aplica | 66 | 70,2 | 70,2 | 100,0 |
| | Total | 94 | 100,0 | 100,0 | |

Grafica 4. Nuevos estilos de vida personal familiar



Fuente: Base de datos del SPSS

NOTA: Los nuevos estilos de vida personal familiar en los pacientes con VIH predomino en este estudio el grupo de matrimonio con una frecuencia de 66

Cuadro 5. Apoyo afectivo

| Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | | | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|-------------------|---------|-------------------|----------------------|
| 9 | 9,6 | 9,6 | Válidos | < 15 escaso apoyo | 9,6 |
| 85 | 90,4 | 90,4 | | >15 apoyo | 100,0 |
| 94 | 100,0 | 100,0 | | Total | |

Grafica 5. Apoyo afectivo



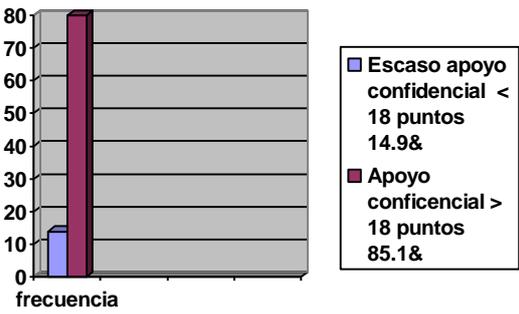
Fuente: Base de datos del SPSS

Nota: Los pacientes con VIH tuvieron mayor apoyo afectivo con una frecuencia de 85 pacientes.

Cuadro 6. Apoyo confidencial

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | <18 escaso apoyo | 14 | 14,9 | 14,9 | 14,9 |
| | > 18 apoyo | 80 | 85,1 | 85,1 | 100,0 |
| | Total | 94 | 100,0 | 100,0 | |

Grafica 6. Apoyo confidencial



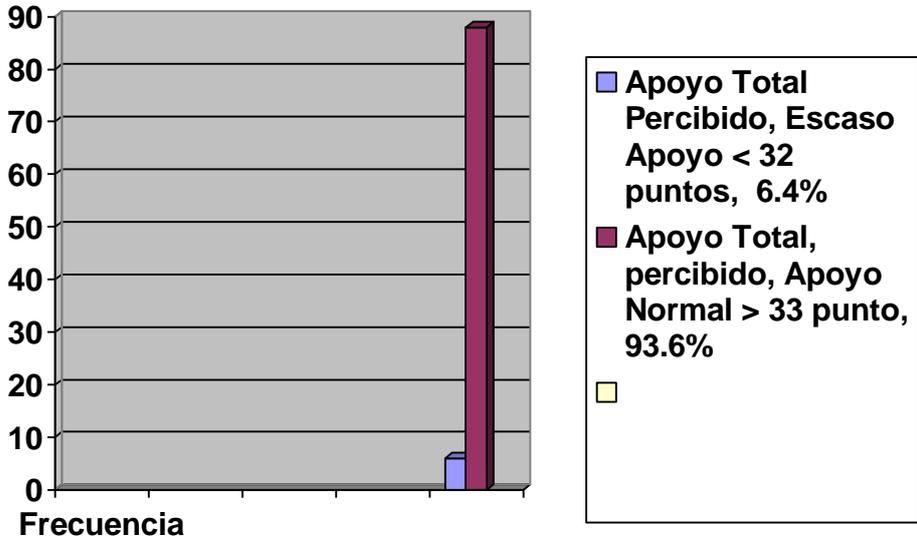
Fuente: Base de datos del SPSS

Nota: En los pacientes con VIH se obtuvo una frecuencia del 80 pacientes.

Cuadro 7. Apoyo total percibido

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | <32 escaso apoyo | 6 | 6,4 | 6,4 | 6,4 |
| | >33 apoyo normal | 88 | 93,6 | 93,6 | 100,0 |
| | Total | 94 | 100,0 | 100,0 | |

Grafica 7. Apoyo total percibido



Fuente: Base de datos del SPSS

Nota : Los pacientes con VIH , el Apoyo Total Percibido obtuvo una frecuencia de 88 pacientes.

Cuadro 8. Estadística descriptiva

| | Num | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|------------------------|-----|--------|--------|---------|------------|
| Función Física | 94 | 18,00 | 32,00 | 26,2021 | 3,01459 |
| Rol Físico | 94 | 2,00 | 6,00 | 5,6596 | ,83670 |
| Dolor Corporal | 94 | 2,00 | 6,00 | 3,1277 | 1,24636 |
| Salud General | 94 | 10,00 | 24,00 | 15,7128 | 2,58458 |
| Vitalidad | 94 | 3,00 | 17,00 | 10,6596 | 2,42989 |
| Función social | 94 | 3,00 | 8,00 | 5,8191 | ,92705 |
| Rol Emocional | 94 | 4,00 | 6,00 | 5,6383 | ,58385 |
| Salud Mental | 94 | 1,00 | 28,00 | 20,6170 | 3,79900 |
| N válido (según lista) | 94 | | | | |

Fuente: Base de datos del SPSS

Nota: La Calidad de vida en los pacientes con VIH , arrojaron un puntaje mayor en la Función Física con una media 26.2021.

Cuadro 9. Correlaciones

| Rho de Spearman | Función Física | Rol Físico | Dolor corporal | Salud General | Vitalidad | Función Social | Rol Emocional | Salud Mental | Apoyo afectivo | Apoyo confidencial | Apoyo total percibido |
|-----------------------|----------------|------------|----------------|---------------|-----------|----------------|---------------|--------------|----------------|--------------------|-----------------------|
| Apoyo afectivo | ,048 | ,112 | . | ,108 | -,094 | -,147 | . | ,048 | 1,000 | ,270(**) | ,507(*) |
| | ,646 | ,281 | . | ,302 | ,365 | ,159 | . | ,646 | . | ,008 | ,000 |
| | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 |
| Apoyo confidencial | ,062 | ,193 | . | -,029 | -,004 | -,094 | . | ,062 | ,270(*) | 1,000 | ,502(*) |
| | ,555 | ,062 | . | ,780 | ,970 | ,367 | . | ,555 | ,008 | . | ,000 |
| | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 |
| Apoyo total percibido | ,038 | ,096 | . | ,053 | -,106 | -,200 | . | ,038 | ,507(*) | ,502(**) | 1,000 |
| | ,713 | ,359 | . | ,611 | ,309 | ,053 | . | ,713 | ,000 | ,000 | . |
| | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 |

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Base de datos del SPSS

ANALISIS

Se realizo este estudio de investigación y sobre la correlación de apoyo social y calidad de vida a 94 pacientes portadores de VIH, y se encontró que el genero predominante es el masculino con una predominancia entre las edades de 23 a 77 años; en los estudios de Carranza (2007) y Jiménez (2008); reportan que hubo predominio el genero masculino, pero su rango de edad difirió ya que son de 20 a 70 años, realizando la aplicación de mismo instrumento para valoración de apoyo social resultando significativo a la mayoría de estos estudios y en nuestro estudio la percepción del apoyo familiar y social fue bueno aunque no hayamos obtenido una correlación significativa.

Difiero con Remor (2006); ya que indica que el apoyo social es el grado en el cual las necesidades sociales básicas de las personas (afecto, estima, aprobación, pertenencia, identidad, seguridad) son satisfechas mediante interacciones sociales que proveen ayuda emocional y en cuanto esta información se tenga nos facilitara tener comportamientos seguros para reanimarse en tener responsabilidades en lo referente a la salud; y aquí sugiero que se deben implementar antes de relacionarse socialmente este tipo de pacientes, instrumentos psicométricos estandarizados de auto-evaluación que recogerán la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda y las facilidades para la relación social para comunicarse de una mejor forma empática y emotiva.

Difiero con Vinaccia (2008); ya que menciona que la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional a los sujetos de su estudio, aunque hayan sentido malestar respecto a su salud; tuvieron una percepción de su calidad de vida de buena a muy favorable, indicando que deben existir diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentaron. Sin embargo en la presente investigación que se realizo, no se encontró correlación estadísticamente significativa entre estas dos; considerando que estas características son directamente proporcionales y resultara primordial individualizar las necesidades de cada paciente para una mejor calidad de vida y apoyo social.

En la realización de este estudio predominó el sexo masculino y con un rango de grupo de edad fue de 23 a 77 años. El grupo de familias que predominó fue de la familia nuclear simple, familia nuclear, presencia física en el hogar y nuevos estilos de vida.

El Apoyo social que se le proporcionó a los pacientes portadores de VIH fue predominantemente por medio de familiares y amigos; se considera satisfecho ya que les ayuda en su autoestima, aunque no se reflejó en la calidad de vida de los pacientes, ya que no fue significativo en este estudio que se realizó. Dentro de las recomendaciones se indica lo siguiente:

Proporcionar mayor apoyo social y Calidad de Vida en este tipo de pacientes, realizando estudios para saber las características sociodemográficas y su clasificación familiar más importantes en cada paciente.

Hacer estudios de investigación con diseño longitudinal que permita seguir a los pacientes con apoyo social y su control a través de la carga viral y niveles de linfocitos.

Realizar estrategias y actividades para que el paciente portador de VIH se desarrolle en nuestra sociedad y en su entorno familiar.

Enfocar estudios a enfermedades resultantes de complicaciones para evitar mayor grado de contagio entre la población "flotante" de Ciudad del Carmen, Campeche.

De las habilidades programadas en este estudio se enfatizan las actividades con personal de salud comprendido en equipos multidisciplinarios, el cual está en contacto con pacientes de VIH, resulta fundamental ya que desde el punto de vista psicosocial se podrá intervenir en su calidad de vida, de tal forma que favorecerá la integración familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anónimo (2006). Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 7(1), S15-S19.
- 2.- Berraondo I. (2007, p.1752). Aplicaciones prácticas de los tests de morbilidad y calidad de vida. . (Version electronica). Guia de Actuaciòn en Atenciòn Primaria. Barcelona, España.
- 3.- Bronfman M. (2007). Movilidad poblacional y VIH/SIDA. (Version electronica). Instituto Nacional de Salud Publica.
- 4.- Carranza C. (2007, p.53). Validaciòn del Cuestionario de Apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH de noroeste de México. (Version electronica). Ciência y Enfermeria. Vol.2.
- 5.- De la Fuente J. (2006). Atencion de VIH/SIDA y Apoyo Social.
- 6.- Del Rio C. (2009, p.118). Curran JW. Epidemiology and prevention of acquired immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection. (Version electronica). Principies and Practice of Infectious Disease. 7th Ed.
- 7.- Gallego M. (2010, p.2). Implicaciones del VIH/SIDA en la biografia de varones con prácticas homoeróticas en la Ciudad de México. (Version electronica). Salud Publica de México.
- 8.- Herdman M. (2007, p.114). La medicìon de la calidad de vida relacionada con la salud.
- 9.- Jimenez M. (2008, p.33). Apoyo social y calidad de vida en la infecciòn de VIH en atenciòn primaria.
- 10.-Melguizo J. (2006, p.143). La calidad de vida relacionada con la salud y apoyo em Atencion Primaria. (Version Electronica).
- 11.-México (2009, p.7). Guia de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Obtenido el día 15/09/2009, de <http://www.salud.gob.mx/conasida>.

- 12.-Neil S. (2006). Atención del VIH/SIDA y Apoyo Social. (Version electronica). Organizaciòn Mundial de la Salud.
- 13.-ONUSIDA. (2006). Situaciòn de la epidemiologìa del SIDA. Obtenido el día: 15/03/2008 de <http://www.unaids.org>.
- 14.-OMS. (2006). Informe sobre la salud en el mundo. (Versiòn electronica). Ginebra: OMS.
- 15.-Piot P. (2007, p.407). Human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. (Versiòn electrònica). Medicine 23 ed. Philadelphia. Elsevier.
- 16.-Rius C. (2006, p.419). Epidemiologia de la infecciòn por El VIH/SIDA y su relaciòn con otras infecciones de transmisiòn sexual. (Version electronica). Enfermedades Infecciosas Microbiològicas.
- 17.-Rea T. (2009). Campeche el VIH/SIDA. Revista electronica. Obtenido el día 18/08/2010, de <http://www.Lasiega.org>
- 18.-Remor C. (2006, p.143). Apoyo Social y Calidad de Vida en las infecciones por el VIH. (Version electronica).
- 19.-Rueda S. Willie L. Tynan A. (2008, p.2). Educaciòn y apoyo al paciente para promover el cumplimiento del tratamiento antirretroviral de gran actividad para el VIH/SIDA. Obtenido el día 21/08/2010, de <http://www.Thecochranelibrary.com>
- 20.-Rodríguez M. (2006, p.26). ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa “Libre de drogas”, en prisiòn?. (Version electronica) Medicina Familiar. Vol. 5. No.1
- 21.-Sterling T. Chaisson G. (2009). General clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection. (Version Electronica). Principles and Practice of Infectious Disease. Elsevier 7th ed. Philadelphia, Cáp. 121.
- 22.-Sánchez M. (2008, p53). Registro Nacional de Seropositivos a VIH. (Versiòn electrònica). Direcciòn General de Epidemiologìa. SSA.

- 23.-Soto R. (2006, p.60). Fisiopatología y tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. (Versión electrónica). Revista de Investigación Clínica.
- 24.-Valdespino G. y cols. (2007, p.556). Epidemiología del SIDA en México. (Versión electrónica). Salud publica de México.
- 25.-Velasco C. y col. (2006, p. 131-182) Instrumentos de evaluación en Terapia Familiar y de pareja. Editorial Pax México.
- 26.-Vicente S. y col. (2007, p. 1-19, 357-360) Manual del Sida. Publicaciones Permanyer.
- 27.-Vinaccia A. (2008). Terapia Psicológica. Versión electrónica. Vol. 26. No.1.
- 28.-Zúñiga M. y col. (2006; Vol. 25: 125-130). Revisión de cuestionarios para evaluar la calidad de vida relacionada pacientes con VIH/SIDA.



ANEXO 1
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Datos de la unidad:

| | | |
|----------------------|--------------|-------------|
| Nombre de la unidad: | Institución: | Delegación: |
| Municipio: | Localidad: | Fecha: |
| FOLIO: | Dirección: | |

Datos personales:

| | |
|------------------------------|--|
| Nombre: | |
| Numero de afiliación: | |
| Edad: | |
| Sexo: | |
| Tiempo de infección en meses | |

Con quien habita:

| | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Solo/a | Pareja | Amigos | Padres |
| Si () No () |

Nivel académico:

| | | | | | |
|---------|----------|------------|----------------|---------------|-----------|
| Ninguno | Primaria | Secundaria | Medio superior | Universitario | Postgrado |
| () | () | () | () | () | () |

Ocupación:

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Trabaja: | No trabaja | Labores del hogar | Pensión |
| Si () No () |

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE DUKE-UNC-11

| | | Mucho menos de lo que deseo | | | | Tanto como deseo |
|------|---|-----------------------------------|---|---|---|------------------------|
| 1.- | Recibo visitas de mis amigos y familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- | Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- | Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo | 1 | 2 | 3 | | 5 |
| 4.- | Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- | Recibo amor y afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- | Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- | Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- | Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- | Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.- | Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.- | Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| VALORES | MAXI MO | MEDIO | MINIM O |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------|------------|
| APOYO TOTAL | 55 | 33 | 11 |
| APOYO AFECTIVO | 25 | 15 | 5 |
| APOYO CONFIDENCIAL | 30 | 18 | 6 |
| ESCASO APOYO SOCIAL | <input type="checkbox"/> 33 | | |
| ESCASO RECURSOS AFECTIVOS | <input type="checkbox"/> 15 | | |
| ESCASO APOYO CONFIDENCIAL | <input type="checkbox"/> 18 | | |

ANEXO 3

Cuestionario de Salud SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

1.- Excelente

2.- Muy buena

3.- Buena.

4.- Regular

5.- Mala

2. - Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año.

1.-Mucho mejor ahora que hace un año

2.-Algo mejor ahora que hace un año

3.- Más o menos igual que hace un año

4.- Algo peor ahora que hace un año

5.- Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1.- Sí, me limita mucho

2.- Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1.-Sí, me limita mucho

2.- Sí, me limita un poco

3.-No, no me limita nada

5.-Su salud actual, ¿le limita **para tomar o llevar la bolsa de la compra**?

1.- Sí, me limita mucho

2.-Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

6. - Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

1.- Sí, me limita mucho

2.-Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1.- Sí, me limita mucho

2.-Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

1.-Sí, me limita mucho

2.- Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

9.-Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

1.-Sí, me limita mucho

2.- Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

1.- Sí, me limita mucho

2.- Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1.- Sí, me limita mucho

2.-Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

12.-Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

1.- Sí, me limita mucho

2.- Sí, me limita un poco

3.- No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1.- Sí

2.- No

14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1.- Sí

2.- No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **que dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1- Sí

2- No

16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1.- Sí

2.- No

17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.- Sí

2.- No

18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.- Sí

2.- No

19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.- Sí

2.- No

20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales** habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1.- Nada

2- Un poco

3.-Regular.

4.- Bastante

5.- Mucho

21. -¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1.- No, ninguno

2.- Sí, muy poco

3.- Sí, un poco

4.- Sí, moderado

5.- Sí, mucho

6.-Sí, muchísimo

22.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1.- Nada
- 2.- Un poco
- 3.- Regular
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

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

24.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

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

25.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1.- Siempre

2.- Casi siempre

3.- Muchas veces

4.-Algunas veces

5.- Sólo alguna vez

6.- Nunca

26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1.- Siempre

2.- Casi siempre

3.- Muchas veces

4.- Algunas veces

5.- Sólo alguna vez

6.-Nunca

27.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1.- Siempre

2.- Casi siempre

3.- Muchas veces

4.- Algunas veces

5.-Sólo alguna vez

6.- Nunca

28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1.- Siempre

2.- Casi siempre

3.- Muchas veces

4.- Algunas veces

5.- Sólo alguna vez

6.- Nunca

29.-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1.- Siempre

2.- Casi siempre

3.- Muchas veces

4.-Algunas veces

5.- Sólo alguna ve

6.- Nunca

30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1.- Siempre

2.- Casi siempre

3.- Muchas veces

4.-Algunas veces

5.- Sólo alguna ve

6.- Nunca

31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

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

32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

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

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

33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.-No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.-Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

1.-Totalmente cierta

2.- Bastante cierta

3.- No lo sé

4.- Bastante falsa

5.-Totalmente falsa

35. -Creo que mi salud va a empeorar

1.-Totalmente cierta

2.- Bastante cierta

3.- No lo sé

4.- Bastante falsa

5.- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1.-Totalmente cierta

2.- Bastante cierta

3.- No lo sé

4.- Bastante falsa

5. -Totalmente falsa