



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF #1

"Percepción del Apoyo Social y Calidad de Vida de los pacientes con VIH/SIDA en la clínica de retrovirus del Hospital General Regional N°1 con Medicina Familiar Lic. Ignacio García Téllez, de Cuernavaca, Morelos"

Número de registro SIRELCIS R-2015-1702-2

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Virginia Alejandra Sánchez Aguirre

ASESORES DE TESIS:
Dr. Eduardo Pérez Martínez
MIC. Dr. Juan Ortiz Peralta





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

"Percepción del Apoyo Social y Calidad de Vida de los pacientes con VIH/SIDA en la clínica de retrovirus del Hospital General Regional N°1 con Medicina Familiar Lic. Ignacio García Téllez, de Cuernavaca, Morelos"

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

VIRGINIA ALEJANDRA SANCHEZ AGUIRRE

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
JEFE DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DRA. AMELIA MARISSA LEIVA DORANTES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS

DR. EDUARDO PÉREZ MARTÍNEZ
COORDINADOR DE CLÍNICA DE RETROVIRUS
ADSCRITO AL HGR#1, IMSS.

DR. JUAN ORTIZ PERALTA
MEDICO FAMILIAR
MAESTRO EN INVESTIGACION CLINICA
TRABAJADOR JUBILADO IMSS

CUERNAVACA, MORELOS

2015

"Percepción del Apoyo Social y Calidad de Vida de los pacientes con VIH/SIDA en la clínica de retrovirus del Hospital General Regional N°1 con Medicina Familiar Lic. Ignacio García Téllez, de Cuernavaca, Morelos"

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

VIRGINIA ALEJANDRA SANCHEZ AGUIRRE

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

"Percepción del Apoyo Social y Calidad de Vida de los pacientes con VIH/SIDA en la clínica de retrovirus del Hospital General Regional N°1 con Medicina Familiar Lic. Ignacio García Téllez, de Cuernavaca, Morelos"

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

VIRGINIA ALEJANDRA SÁNCHEZ AGUIRRE
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. JUDITH MIRANDA SANCHEZ.
JEFE DEL SERVICIO VESPERTINO DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR#1

SECRETARIO DEL JURADO
DRA TRINIDAD LEON ZEMPOALTECA
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1

VOCAL DEL JURADO
DR. EDUARDO PEREZ MARTINEZ
COORDINADOR DE LA CLINICA DE RETROVIRUS DEL HGR#1

VOCAL DEL JURADO

Contenido

MARCO TEORICO.....	9
I. Marco conceptual	9
1. APOYO SOCIAL	9
1.1. Dimensiones del apoyo social.....	10
1.2. Apoyo social y salud	10
1.3. Tipos de apoyo social.....	11
1.4. Fuentes de apoyo social	12
1.5. Papel de la familia en el apoyo social.....	12
1.6. Evaluación del apoyo social.....	12
2. CALIDAD DE VIDA	13
2.1. Indicadores objetivos	14
2.2. Indicadores subjetivos	14
2.3. Calidad de vida relacionada a la salud	14
2.4. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud	15
2.5. Instrumentos de medición.....	15
3. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	16
3.1. Epidemiología mundial	17
3.2. Epidemiología regional	17
3.3. Epidemiología Nacional.....	18
3.5. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	19
3.6. Diagnóstico.....	20
3.7. Tratamiento	21
II. Revisión de antecedentes	21
4. ANTECEDENTES	21
5. JUSTIFICACION	23
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
7. OBJETIVOS	24

7.1. Objetivo General:.....	24
7.2. Objetivos Específicos.....	24
8. HIPOTESIS	24
9. METODOLOGIA.....	25
9.1. Diseño del estudio:.....	25
9.2. Recolección de la información:	25
9.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION.	25
9.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.	25
9.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACION.	26
9.4. ANÁLISIS DE VIABILIDAD	26
10. TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO.....	26
11. PLAN DE ANÁLISIS	27
12. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	27
13. ASPECTOS ETICOS	30
14. RESULTADOS	32
15. DISCUSION	50
16. CONCLUSIONES.....	51
17.BIBLIOGRAFIA.....	53

RESUMEN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es causante de una de las enfermedades que mayor atención y controversia ha generado en los últimos años.

Un portador de virus de la inmunodeficiencia humana desde que se le informa el diagnóstico y durante todo el desarrollo de su enfermedad atraviesa una serie de situaciones emocionales que influyen y repercuten seriamente sobre su estado de salud. Se considera que un clima social de apoyo es esencial para cualquier planteamiento preventivo, curativo y de rehabilitación; es primordial para mejorar la calidad de vida de los pacientes enfermedades crónicas, en este caso con virus de inmunodeficiencia humana, el VIH.

Objetivo: Análisis de la percepción del apoyo social y la calidad de vida del paciente con VIH/SIDA en la clínica de retrovirus del Hospital General Regional con Medicina Familiar clínica #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social "Lic. Ignacio García Téllez" de Cuernavaca, Morelos

Tipo de estudio: Encuesta transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia, con una muestra de 110 pacientes, que se realizó en la clínica de retrovirus del Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General Regional Numero Uno con Medicina Familiar "Ignacio García Téllez" de Cuernavaca Morelos, México, Se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF para medir la percepción del apoyo social y el cuestionario Social Support Questionnaire, SSQ, elaborado por Sarason para medir la calidad de vida.

Resultados: El análisis se obtuvo de las medidas de tendencia central y dispersión, donde el 80% de los encuestados dijeron estar satisfechos con el apoyo social que reciben, los cuales refieren recibir mayor apoyo social de sus padres.

El 83.7% tienen percepción de tener una salud normal, bastante y muy satisfecha. En cuanto a la calidad de vida el 83 % perciben una calidad de vida normal, bastante buena y muy buena.

MARCO TEORICO

I. Marco conceptual

1. APOYO SOCIAL

Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel muy importante en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de los resultados de salud. El ajuste a cualquier tipo de enfermedad crónica, principalmente, aquella que puede ser mortal o incapacitante requiere de un considerable esfuerzo para enfrentar los múltiples problemas que conllevaⁱ.

Puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas del comportamiento asociadas al estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social; y por el lado contrario puede provocar un aumento del autocuidado y mejorar los índices de calidad de vida.ⁱⁱ

En los últimos años el concepto de apoyo social ha generado un interés creciente, refiriéndose el término a los recursos que se le proporcionan al individuo desde centros institucionales como a los que surgen de las relaciones sociales. En este concepto se han incluido a todos los recursos del entorno que favorecen el mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un concepto de comunidad.ⁱⁱⁱ

Se considera que un clima social de apoyo es esencial para cualquier planteamiento preventivo, curativo y de rehabilitación. De acuerdo a Thoits, el apoyo social es el grado en el cual se satisfacen las necesidades sociales básicas de las personas^{iv}.

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis. Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas

entre sí para favorecer su eficacia y rentabilidad.^v

1.1. Dimensiones del apoyo social

- Grado de integración social: el análisis de redes sociales
- Apoyo social percibido: la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está a su disposición en caso de ser necesario.
- Apoyo social provisto: acciones que otros realizan para dar asistencia a un individuo necesitado.^{vi}

De acuerdo a Tardy, existen cinco dimensiones posibles para evaluar el apoyo social dentro de las cuales se encuentran^{vii}:

- **Dirección:** se refiere a la bi-direccionalidad en el apoyo social, es decir; puede darse o recibirse.
- **Disposición:** se refiere por un lado a la evaluación del apoyo disponible ante situaciones hipotéticas específicas, y por otro lado a la evaluación del apoyo real, que se ha dado ante una situación específica.
- **Descripción/Evaluación:** el apoyo descrito especifica las acciones o categorías de apoyo, y el apoyo evaluado refleja la adecuación del mismo en términos de satisfacción, valorado desde el receptor o desde el proveedor.
- **Contenido:** se distinguen 4 categorías de apoyo social: el emocional, instrumental, informativo y el valorativo.
- **Redes:** se refiere a la característica interpersonal del apoyo que integra términos más específicos, que son mencionados como proveedores, fuentes y relaciones íntimas.

1.2. Apoyo social y salud

Se ha encontrado que el apoyo social tiene dos efectos principales sobre la

salud:

- **Efecto directo:** El apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado del estrés del individuo. Bajo este modelo, el apoyo social es positivo para un individuo aún a pesar de la presencia de estrés. Su efecto aumenta el bienestar emocional y físico de los individuos y disminuir la probabilidad de efectos negativos.^{viii} La asociación entre el apoyo social y la salud puede deberse a dos mecanismos: a que el apoyo social tenga efectos en los procesos físico-psicológicos o que el apoyo social favorezca el cambio e conductas que sean positivas a la salud.^{ix}
- **Efecto amortiguador:** El apoyo social puede funcionar como amortiguador, atenuando las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Este efecto puede realizarse de dos maneras: permitiendo redefinir la situación de estrés para poder hacerle frente. La segunda haciendo referencia al apoyo social, evitando definir una situación como estresante, debido a la seguridad que ofrece contar con recursos materiales y emocionales de los que se pueda contar para enfrentar la situación de estrés.^x

1.3. Tipos de apoyo social

Además se clasifica al apoyo social en dos tipos:

- **Apoyo estructural o cuantitativo:** es lo que comúnmente se conoce como red social. Se refiere a la cantidad de redes sociales o número de personas a las que se puede recurrir en caso de necesitar ayuda para resolver los problemas planteados.^{xi}
- **Apoyo funcional o cualitativo:** Éste es de carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Es la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más

importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva.^{xii}

1.4. Fuentes de apoyo social

Se han propuesto 9 fuentes de apoyo social, las cuales incluyen al cónyuge, otros familiares, amigos, vecinos, jefes, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en naturales; es decir, familia, amigos, compañeros de trabajo, y organizadas, las que son grupos de ayuda mutua, asociaciones, voluntariado, etc. También se han clasificado en redes informales, las más cercanas al individuo y redes formales, las formadas por redes de cuidadores de servicios sanitarios y sociales.^{xiii}

1.5. Papel de la familia en el apoyo social

La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que cuentan todos los individuos. Es frecuente que las personas que pertenecen a familias funcionales tengan mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella.^{xiv}

Hay evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un papel primordial en el manejo de la enfermedad crónica.^{xv}

El apoyo social no solamente es un evento episódico; varía de acuerdo al problema para el que se solicita y de acuerdo a la fuente que lo provee. Sus efectos también cambian a lo largo de las etapas de la vida, y principalmente el apoyo varía de acuerdo al contexto social en el cual emerge.¹⁰

1.6. Evaluación del apoyo social

Existe gran variedad de instrumentos de evaluación para el apoyo social, diferentes unos de otros, por lo que es recomendable tomar en cuenta las variables al evaluarlos:^{xvi}

- La mayor cantidad de estudios deberá medirse o evaluarse con dos o tres instrumentos.

- El número de personas o relaciones a evaluar debe limitarse. Las medidas de red deben ser selectivas pues sólo algunas pueden ser relevantes.
- Se debe evaluar la calidad y cantidad del apoyo, no sólo cuanta gente lo provee.

El Social Support Questionnaire, (SSQ) elaborado por Sarason en 1983, tiene como objetivo, cuantificar la disponibilidad el apoyo social y la satisfacción con éste; es decir, considera el número de personas concretas que pueden proporcionar apoyo y la percepción de la adecuación de este apoyo. Este cuestionario se evalúa cuanto tiempo está disponible el apoyo. El cuestionario original es auto-administrado y consta de 27 ítems, en 1987 se diseñó una forma y satisfacción con abreviada de 6 ítems que es la que se empleará en este estudio. Ésta tiene la característica de considerar el número de personas concretas que pueden proporcionar apoyo y la percepción de la adecuación de este apoyo.^{xvii} En cada situación planteada se explora el número de personas con las que se podría contar y el grado de satisfacción con este apoyo. El número de personas se limita a un máximo de 9 y la satisfacción se explora mediante una escala de 6 puntos (de muy satisfecho a muy insatisfecho), obteniendo 2 puntuaciones, la media de apoyo y la media de satisfacción. Esta versión se lleva a cabo en aproximadamente 5 minutos.^{xviii}

2. CALIDAD DE VIDA

El concepto de “calidad de vida” aparece como un concepto multidimensional, así como el apoyo social, que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.^{xix}

No existe un consenso sobre la definición de calidad de vida, e incluso en la literatura se utilizan los términos “estado de salud”, “estado funcional”, “calidad de vida” o “calidad de vida relacionada con la salud” como sinónimos, cuando realmente son términos relacionados, pero responden a conceptos distintos^{xx}.

La OMS en 1994, define a la calidad de vida como la percepción de un individuo

de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

xxi

La calidad de vida se ha descrito como un juicio subjetivo del grado en el que se ha alcanzado la felicidad unido a un sentimiento de bienestar/malestar personal, este juicio está íntimamente relacionado con determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, conductuales y sociales. Una de las metas del análisis de la calidad de vida es constatar los indicadores de bienestar objetivos presentes en una sociedad, y subjetivos presentes en la experiencia de la persona.³

2.1. Indicadores objetivos

Se refieren a las realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona, que se pueden centrar en la salud, comodidad, riqueza y amor. A estos elementos hay que añadirles un componente emocional que consiste en un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo.³

Entre las condiciones externas objetivas se toman en cuenta variables tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estatus de empleo, los ingresos, la vivienda, el estatus marital y familiar.⁶

2.2. Indicadores subjetivos

Estos se manifiestan mediante la información obtenida de las propias personas. Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida determina de igual forma su estado de salud. Algunos estudios han encontrado que la salud es considerada por las personas como el factor más importante de la felicidad y que la satisfacción con la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital. Por lo tanto, la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo.³

2.3. Calidad de vida relacionada a la salud

El término calidad de vida relacionada con la salud surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, tomando en cuenta aspectos objetivos y subjetivos como ya se mencionó anteriormente.^{xxii}

Autores como Patrick y Erickson definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumacher y Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.^{xxiii}

2.4. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud

Existen diversos métodos e instrumentos para la medición de la calidad de vida, sin embargo, en relación a la salud se han desarrollado sobre tres condiciones de investigación:^{xxiv}

- La investigación de la felicidad definida como un constructo psicológico que puede ser investigado.
- La investigación en indicadores sociales proveniente de las ciencias sociales, que se centra en los determinantes sociales y económicos del bienestar
- El desarrollo de la definición de la OMS para calidad de vida relacionada con la salud.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se lleva a cabo mediante instrumentos denominados cuestionarios, que han sido clasificados en:

a) genéricos, los cuales son aplicables a todo tipo de enfermedades y pacientes
b)específicos cuando se diseñan y adaptan para un determinado tipo de enfermedad.^{xxv}

2.5. Instrumentos de medición

Entre los cuestionarios que se han empleado para evaluar la calidad de vida de las personas con VIH, que hasta el momento son aproximadamente 25, existe el Medical Outcomes Study Survey-Short Form 30 Items (MOS-SF-30), el McMaster Health Index Questionnaire, y el WHOQOL, el cual está validado por la OMS y es de los primeros en haberse empleado; por lo tanto será el que utilizaremos en este protocolo de estudio.

El cuestionario WHOQOL consiste en ser un instrumento que mide la percepción de la situación de vida que tiene el paciente en ese momento en relación al contexto sociocultural, el sistema de valores en que vive, sus objetivos, expectativas e intereses. Una variación a este instrumento es el WHOQL-BREF que solo valora 4 dimensiones: la física, psicológica, las relaciones sociales y el entorno. Este un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, ha sido traducido a 19 idiomas diferentes, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones.^{xxvi}

3. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Hace aproximadamente 32 años, en 1983, se descubre un retrovirus que ocasiona una infección crónica la que después de un largo período de estar latente, termina por causar un grave deterioro inmunológico.^{xxvii}

A lo largo de la historia ha estado presente la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como una de las enfermedades que mayor atención y controversia ha generado. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana es una entidad crónica, transmisible, de carácter progresivo, en el que se condiciona la aparición de procesos oportunistas o neoplásicos en estadios avanzados.^{xxviii}

El VIH es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario y daña su funcionamiento produciendo un deterioro progresivo, causando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); éste es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados a esta enfermedad.^{xxix}

3.1. Epidemiología mundial

De acuerdo a la guía de estadística mundial del 2013 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que actualmente hay 35.3 millones de personas que viven con VIH, un 17% más que en 2001, con incrementos observados principalmente en varios países de Europa del este y Asia central; esto debido principalmente al aumento de la esperanza de vida por el acceso a terapia antirretroviral altamente efectiva y a la disminución de complicaciones por microorganismos oportunistas, más que al aumento de nuevas infecciones.³⁰

De los pacientes infectados, más de dos millones son adolescentes entre 10 y 19 años de edad, esto principalmente debido a la falta de programas de educación sobre el tema dirigidos a este grupo etario. Al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA disminuyó de 2.3 millones de enfermos en el 2005 a 1.6 millones en 2012; aún cifras alarmantes en la actualidad.^{xxx}

También las nuevas infecciones han disminuido, pero no lo suficiente. Se calcula que en 2011 hubo a nivel mundial aproximadamente 2.5 millones de nuevas infecciones por el VIH.^{xxxii}

3.2. Epidemiología regional

La epidemia del VIH en América Latina se ha caracterizado como una población estable y concentrada con una prevalencia del 0.5%, mientras que la prevalencia en el Caribe varía ampliamente de país en país con un estimado global del 1%. Dentro de los países de América Latina que se ven más afectados, Brasil es el principal, siendo la población infectada casi 1/3 del total de sus habitantes.^{xxxiii}

En su respuesta a la epidemia mundial, América Latina ha registrado avances importantes en las últimas dos décadas; por un lado, un aumento significativo de la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA, y por otro lado una estabilización en las tasas de nuevas infecciones en la región.^{xxxiii}

La disminución en la incidencia de infecciones por VIH se ha visto más en el Caribe, con una baja del 49% aproximadamente desde el 2001.³¹ Es aquí donde a pesar de todo, la prevalencia de VIH en adultos es mayor que en cualquier otra

región. Principalmente la transmisión de la enfermedad en esta área se debe al contacto sexual sin protección.³⁴

3.3. Epidemiología Nacional

En lo que concierne a nuestro país, el principal crecimiento se observó durante la década de los ochentas; en ese entonces, la atención se otorgaba en hospitales de tercer nivel, aunque los institutos de seguridad social, IMSS e ISSSTE, implementaron módulos de atención en todo el país.²⁸

En las estimaciones por CENSIDA Y ONUSIDA³¹ en 2012, la prevalencia en México de VIH se mantiene estable. Para el año 2011, la prevalencia de infección por VIH en la población adulta de 15 a 49 años, era de 0.24%, lo que implicaba que para finales del 2011 se estimaba que hubiera cerca de 147,137 personas viviendo con VIH en este rango de edad. Se sabe que en la actualidad, son 225 mil personas que viven con el virus. México ocupa el lugar 17 en América Latina con VIH/SIDA. 50,000 son mujeres de las cuales el 22.3% son heterosexuales, la mayoría tiene entre 25 y 34 años de edad y su infección fue por transmisión sexual. Sólo un pequeño porcentaje de las embarazadas se hacen la detección del VIH. Se estima que por cada caso registrado, existen 4 a 6 personas que viven con VIH sin saberlo. Los estados con más infectados son D.F., Edo. de México, Veracruz, Jalisco y Puebla. De acuerdo a la AIDS Healthcare Foundation (AHF) el estado de Morelos ocupa el cuarto lugar a nivel nacional en casos de SIDA y el lugar número 17 en casos de VIH; encabezando la lista los municipios de Cuernavaca, Jiutepec, Temixco y Cuautla. Cabe destacar que el 85 % de las nuevas infecciones que se han registrado son en jóvenes de entre 15 y 29 años, debido a la falta de capacitación de los servicios de salud a nivel nacional, no obstante en los últimos 5 años la incidencia del VIH en mujeres ha ido en aumento debido a que el gobierno limita el acceso a preservativos femeninos por tener un costo más alto que los masculinos.^{xxxiv}

3.4. Características de la enfermedad

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido pre-seminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido

cefalorraquídeo entre otros fluidos corporales. El VIH puede transmitirse por medio de las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada; a través de la sangre o hemoderivados, en pacientes que comparten agujas y jeringas contaminadas. Existe cierto riesgo laboral en personas que manejan muestras sanguíneas y fluidos corporales de personas con VIH pero se ha demostrado en varios estudios que el riesgo de transmisión es de aproximadamente el 0.3%. Existen varias etapas identificadas de la infección por VIH, estas se caracterizan por ciertos síntomas e indicadores clínicos. Es bien conocido que sin un tratamiento adecuado la fase de infección aguda inicia en el momento del contagio, replicando el virus de forma constante e infectando a los linfocitos T- CD4. Después de cierto periodo de tiempo, el cual puede durar varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo, destruyendo el sistema inmune del portador, quedando así la persona expuesta a diversas enfermedades oportunistas.^{xxxv}

Dentro de la fase aguda gran parte de la población infectada no presenta síntomas. El cuadro clínico de aquellos que sí los presentan se caracteriza por síntomas difusos como fiebre, malestares musculares, adenomegalias, diaforesis nocturnas, diarrea, náuseas y vómito. Durante esta fase las pruebas tradicionales generalmente son negativas, pero las pruebas de carga viral reportan un gran número de copias del VIH.

La fase crónica es también llamada fase de latencia clínica, el portador puede continuar asintomático, pero el virus se replica de forma incesante. Después de un tiempo, la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico, y en ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un lapso de 5 a 10 años.

3.5. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase el sistema inmunológico es incapaz de reponer los linfocitos T CD4, haciendo que el portador del virus sea presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte.³⁶

Clínicamente se reconoce por distintos síntomas:

- GENERALES: Malestar general, astenia, síndrome febril prolongado, pérdida de peso.
- HEMATOLOGICOS: anemia, trombocitopenia
- LINFADENOPATICOS: Características descritas anteriormente
- DIGESTIVOS: Diarrea
- RESPIRATORIOS: Tos seca persistente
- DERMATOLOGICOS: Candidiasis oral, dermatitis seborreica, herpes simple recurrente, herpes zóster, verrugas genitales.
- NEUROLOGICOS: Polineuropatía, síndrome ansioso depresivo, meningitis aséptica

La duración de esta fase depende de factores como:

- Tipo de cepa viral infectante
- Respuesta inmunológica del huésped
- Tratamiento impuesto, tanto antirretroviral como de cada una de las situaciones clínicas.
- Tratamiento inmunomodulador (factor de transferencia e interferón).²⁹

La mayoría de los pacientes no sobreviven más de 3 años sin recibir tratamiento antirretroviral. Los medicamentos antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida al paciente y aumentan sus posibilidades de supervivencia ³⁶

3.6. Diagnóstico

Las pruebas de laboratorio que se ocupan para diagnosticar la infección por retrovirus humanos se clasifican en directas e indirectas.²⁸

- Las pruebas directas facilitan el diagnóstico precoz de la infección, ya que permiten detectar la presencia del virus aún antes de que se desarrolle la respuesta de anticuerpos.
- Las pruebas indirectas revelan la respuesta inmune por parte del huésped, están basadas en pruebas serológicas para detectar anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos anti-VIH significa el estado de portador actual. Entre estas pruebas se encuentra la serología para VIH o ELISA, la prueba confirmatoria o western-Blot además de pruebas suplementarias e inmunológicas.

3.7. Tratamiento

El objetivo del tratamiento antirretroviral es la supresión máxima y prolongada de la carga viral del VIH en el plasma, y la meta es que esto se en niveles inferiores a 50 copias de RNA viral. Este tipo de control restaura hasta cierto grado y preserva la función inmune de los individuos, disminuyendo la morbimortalidad, mejorando así la calidad de vida y reduciendo el riesgo de transmisión. La terapia antirretroviral se compone de 3 o más elementos, dos de ellos de preferencia inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, y un tercero que puede ser seleccionado de entre los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa o inhibidores de la proteasa^{xxxvi}.

II. Revisión de antecedentes

4. ANTECEDENTES

La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento, calidad de vida y salud son al parecer de gran importancia para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El fenómeno de apoyo social es uno de los temas que mayor atención ha generado en los últimos años; esto surge por razones que derivan de los datos que nos llevan a su utilidad para mantener la salud y mejorar la enfermedad.^{xxxvii}

Se ha encontrado en varias investigaciones que el apoyo social se relaciona con la salud física y mental de los pacientes con VIH. En Madrid, España se llevó a cabo un estudio por parte del Hospital Universitario, titulado “Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH” con el Dr. Remor; que tenía como objetivo saber si el apoyo social bajo se relacionaba con una peor calidad de vida. En tal estudio se evaluó a 100 pacientes adscritos a la unidad de VIH de mediante cuestionarios auto-aplicados, el DUKE-UNC11 y el MOS-SF-30 para calidad de vida relacionada con la salud. Se encontró que había diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por VIH según el nivel de apoyo

social que presentaban; es decir, aquellos con un bajo apoyo social presentaron una peor salud percibida, más dolor, peor funcionamiento físico, mayor dificultad en las actividades diarias, y en general una peor salud física. Concluyendo que el apoyo social era una variable importante en la comprensión del bienestar y calidad de vida de las personas con VIH.

En Medellín, Colombia; Vinaccia y colaboradores, en el artículo “Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida”; evaluaron la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, empleando los cuestionarios MOS-SF-30 y el Duke-UNK. Los resultados demostraron una calidad de vida favorable en todas las sub-escalas del MOS-SF-30, así como niveles altos de apoyo social. Este estudio tuvo una alta consistencia interna con un Alfa de Cronbach superior a 0.7. ^{xxxviii}

También en Colombia, los investigadores Elizabeth Romero, Concepción Amador y Luis Alvis, quisieron determinar la asociación entre calidad de vida y apoyo social de los pacientes que recibían tratamiento antirretroviral, en el artículo titulado “Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes de Montería, Colombia”, aplicando un cuestionario de tipo analítico. Se llevó a cabo con una muestra de 77 pacientes mediante un muestreo aleatorio simple y se evaluó la calidad de vida mediante el instrumento QLI-SP y la escala de apoyo social percibido. Se encontró que el apoyo social, el apoyo comunitario, la plenitud espiritual y la percepción global de la calidad de vida estaban medianamente correlacionados con el apoyo de la familia, amigos y otros significativos. ^{xxxix}

En nuestro país son pocas las investigaciones que se han realizado, por ejemplo; en el Hospital Juárez de México se llevó a cabo un estudio para conocer cómo influye el apoyo familiar y social en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y tratamiento, estudiando a 39 pacientes y a sus familiares en un lapso de tiempo de enero de 1988 a diciembre de 1999. Aquí se observó que el apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad; el 64.7% de los pacientes refirieron presentar apoyo social familiar concluyendo que cuando existe apoyo familiar, social y de aceptación se

tiene mejor apego al tratamiento.^{xi}

Existe además una investigación realizada en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, con el título: “Apoyo social y calidad de vida en una población ambulatoria de pacientes VIH/SIDA, del hospital general regional con unidad de medicina familiar Dr. Ignacio García Téllez” cuyo investigador es la Dra. Alejandra Santillán, en 2011. El investigador empleó los instrumentos Duke-UNC-11 y MOS-HIV para evaluar a los pacientes, realizando la encuesta a todos los que acudieron a consulta en un lapso de 6 meses, encontrando en sus resultados que el total de la población fue de 169 personas estudiadas, de las cuales el 77 % refirieron tener un apoyo social normal, y en cuanto a calidad de vida encontró que entre el 70 al 80% percibían una mejor calidad de vida. Concluyendo que los pacientes con apoyo social normal presentan menos dolor y preocupación por la salud, mejor salud mental, mejor función cognitiva, mejor calidad de vida y mejor percepción general de la salud.^{xii}

5. JUSTIFICACION

Conocer la calidad de vida del paciente con virus de inmunodeficiencia humana constituye en estos días un aspecto fundamental en la atención integral de los mismos, debido a que se considera que el apoyo familiar es fundamental para mejorar y conservar un buen control de la enfermedad.

El uso de las nuevas terapias antirretrovirales ha generado una disminución en las tasas de hospitalización, morbilidad y mortalidad; convirtiendo a la infección por VIH en una enfermedad crónica.

La salud y el bienestar son afectados cuando aparece una enfermedad crónica, ya que el paciente puede experimentar desmejoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades; el aumento de la esperanza de vida por consiguiente hace que la calidad de vida sea primordial en la atención de estos pacientes.

El paciente con VIH tiene mejor apego a su tratamiento, cuando existe apoyo familiar, social y de aceptación, en el presente estudio se emplearon instrumentos distintos a los comúnmente utilizados en los encontrados en la bibliografía. Esto

se ve reflejado en la menor cantidad de hospitalizaciones por infecciones oportunistas en este tipo de pacientes; lo cual conlleva a un menor uso de recursos por parte de los servicios de salud.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA en la clínica de retrovirus del Hospital General Regional con Medicina Familiar N° 1?

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo General:

- Analizar la percepción del Apoyo Social y la calidad de vida de los pacientes infectados con VIH que acude a la clínica de retrovirus del Hospital General Regional con Medicina Familiar clínica #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.

7.2. Objetivos Específicos

- Describir la percepción del apoyo social en los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana que se encuentran en la clínica de retrovirus.
- Descripción de la calidad de vida de los pacientes de acuerdo con el apoyo social que recibe el paciente de su familia.
- Caracterizar a la población participante en el proyecto de investigación.

8. HIPOTESIS

Estimando que un 70% de los pacientes tendrán un adecuado apoyo social de acuerdo a las investigaciones previas y lo consultado en la literatura. La

percepción de un adecuado apoyo social, se verá reflejado en una mejor calidad de vida para los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, que acuden a la Clínica de Retrovirus del Hospital General Regional No 1 de la ciudad de Cuernavaca Morelos.

9. METODOLOGIA

9.1. Diseño del estudio:

Encuesta transversal, observacional y retrospectivo

9.2. Recolección de la información:

Se invitó a participar a todos aquellos pacientes ambulatorios que asisten regularmente a la consulta de la clínica de Retrovirus del Hospital General Regional con Medicina Familiar N°1, hasta alcanzar una muestra de 110 participantes; en un horario de 8:00 a 14:00hrs. La invitación se realizó antes de pasar a consulta en las mismas instalaciones del servicio. Se explicaron los objetivos del estudio, haciendo hincapié en el carácter confidencial de los datos brindados por el paciente y se solicitó su firma en la hoja de consentimiento informado con el propósito de ingresarlo al protocolo de investigación.

9.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION.

- Quienes desearon participar en el protocolo
- 18 años en adelante
- De ambos sexos
- Que contaban con expediente abierto en la clínica de retrovirus de este hospital
- Alfabetizados (que sepan leer y escribir)

9.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Pacientes infectados con VIH/SIDA en fase terminal.
- Pacientes que no sepan leer o escribir.

9.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Pacientes infectados con VIH/SIDA que resuelvan de manera incompleta los instrumentos de evaluación

9.4. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

Se trata de un estudio viable, en donde se ocuparon 2 instrumentos, de tipo auto-aplicable, los cuales valoran las percepciones de apoyo social y calidad de vida de los pacientes que acuden a la Clínica de Retrovirus del HGR con MF N°1.

Debido a que la investigación fue de tipo observacional y no hubo intervención terapéutica, no implicaba riesgo alguno para el paciente. Se solicitó el consentimiento informado por escrito para ingresar a cada paciente al estudio.

Los recursos empleados fueron de tipo material y humano. Dentro del recurso material se ocuparon artículos de oficina, pluma o lápiz, computadora, espacio físico para realizar los cuestionarios. El recurso humano fue el encuestador y los pacientes derechohabientes que acudían a la consulta de la clínica de retrovirus del HGR-UMF No 1 del IMSS en Cuernavaca, Morelos.

10. TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y se empleó la fórmula para cálculo de poblaciones finitas.

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

Fórmula:

N= 530

Z_{α^2} = (confianza) 95% = 1.96

p = proporción prevista de acuerdo a la literatura = 77% = 0.77

q = 1 - p = 0.23

d = margen de error (7%) = 0.07

n = 110 pacientes

11. PLAN DE ANÁLISIS

Análisis univariado:

Variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (rango y desviación estándar)

Variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes

Análisis bivariado: se empleó ANOVA y T3 de Dunnett y se ocupó el coeficiente de correlación de Pearson para calcular diferencias significativas en variables cualitativas

P significativa: menor a 0.05

12. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Apoyo social: Definición conceptual: Es el grado en el cual las necesidades básicas de las personas son satisfechas mediante interacciones sociales que proveen ayuda emocional o instrumental.

Definición operacional: A los participantes se les solicita las iniciales de aquellas personas en las cuales confía para pedir apoyo en cada una de las seis situaciones. El número de personas listadas se suma en los ítems y se divide entre 6 para sacar un promedio del Número de Personas (N). Posteriormente, se le pide a los participantes que indiquen qué tan satisfechos se sienten con el apoyo brindado por las personas listadas en una escala de seis puntos (1 = Muy Insatisfecho a 6 = Muy Satisfecho). De nueva cuenta se suman los puntajes a través de los ítems y se divide entre 6 para obtener un promedio de Satisfacción (S).

Función: Variable Independiente.

Tipo: cualitativa

Escala de medición: ordinal.

Indicador: A: Muy satisfecho B: Bastante satisfecho C: Poco satisfecho D: Un poco insatisfecho E: Bastante insatisfecho F: Muy insatisfecho

Calidad de vida: Definición conceptual: Concepto multidimensional que valora el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

Definición operacional: Cuanto mayor es la puntuación en cada dominio, (A: Muy satisfecho B: Bastante satisfecho C: Poco satisfecho D: Un poco insatisfecho E: Bastante insatisfecho F: Muy insatisfecho) mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

Función: Variable dependiente.

Tipo: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal

Indicador: Nada – un poco – lo normal – bastante – muy satisfecho.

Edad: Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Definición operacional: En base al cuestionario de registro del paciente, mediante pregunta directa.

Función: Co-variable.

Tipo: cuantitativa.

Escala de medición: De razón.

Indicador: números arábigos.

Sexo: Definición conceptual conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombre o mujer.

Definición operacional: En base al cuestionario de registro del paciente, mediante pregunta directa.

Función: Co-variable

Tipo: Cualitativa

Escala de medición:nominal.

Indicador: Masculino, femenino.

Estado civil: Definición conceptual:Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operacional: En base al cuestionario de registro del paciente, mediante pregunta directa. (¿Cuál es su estado civil en este momento?)

Función:Co-variable.

Tipo:cualitativa

Escala de medición: nominal.

Indicador: ¿Cuál es su estado civil en este momento?

1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado/Separado 5. Viudo

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

Definición operacional: En base al cuestionario de registro del paciente, mediante pregunta directa. (¿Cuál es su nivel de estudios escolares completos?)

Función:Co-variable.

Tipo:Cualitativa

Escala de medición:nominal.

Indicador: ¿Cuál es su nivel de estudios escolares completos?

1. sólo se leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. licenciatura 6. Posgrado

Empleo: Definición conceptual:Trabajo que se realiza a cambio de un salario.

Definición operacional: En base al cuestionario de registro del paciente, mediante pregunta directa. (Su ocupación actual es)

Función:Co-variable.

Tipo: cualitativa,

Escala de medición:nominal politómica.

Indicador: Su ocupación actual es:

1. campesino	5. Profesionista
2. Obrero	6. al hogar
3. Empleado	7. Pensionado/jubilado
4. Comerciante	8. Desempleado

Personas con quienes convive: Definición conceptual: Personas que viven bajo un mismo techo.

Definición operacional: En base al cuestionario de registro del paciente, mediante pregunta directa. (¿Quiénes son las personas con quienes convive?)

Función: Co-variable.

Tipo: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Indicador: Convive con:

1 Pareja 2 Padres 3 Hermanos 4 Abuelos 5 Amigos 6 Otros

Tiempo de evolución del padecimiento: Definición conceptual: Tiempo transcurrido en años desde el momento en que se realizó el diagnóstico de ser positivo a los anticuerpos contra el VIH.

Definición operacional: En base al cuestionario de registro del paciente, mediante pregunta directa. (Tiempo de evolución de la enfermedad).

Función: Co-variable.

Tipo: cualitativa

Escala de medición: De razón

1) Indicador: 1-5 años 2) 6-10 años 3) Más de 10 años

13. ASPECTOS ETICOS

Se realizaron encuestas auto-aplicables; que de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en su artículo 17, se considera investigación sin riesgo; sin embargo, la población a estudiar es vulnerable, por lo que se clasificó como una investigación con riesgo mínimo. Representó una investigación en la que se emplearon técnicas y métodos de investigación

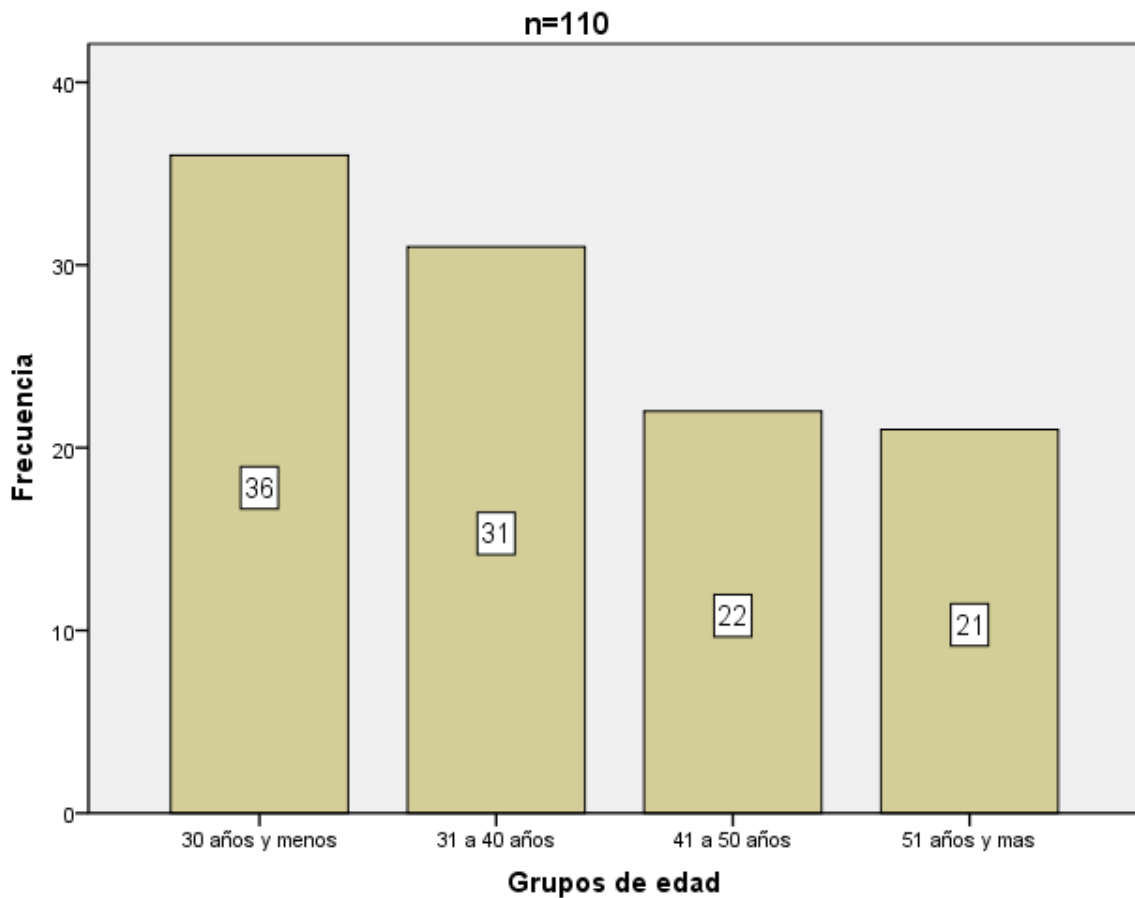
documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que se actuó confidencialmente. Evaluado y autorizado por el Comité de Investigación del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar N°1 “Lic. Ignacio García Téllez” para su aprobación y posterior realización.

A los pacientes que desearon participar, se les informó acerca de los objetivos del estudio y se les solicitó por escrito su consentimiento de participación.

Se informó a los pacientes acerca de los resultados de la investigación. En el caso de los pacientes que refirieron no contar con apoyo social y por ende mala calidad de vida, fueron canalizados al trabajo social del hospital local para su seguimiento.

14. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 110 pacientes con VIH de edad promedio de 38.6 años (± 11.9). La edad mínima fue de 18 años y la edad máxima de 67 años. La edad promedio de las mujeres fue de 46.6 (± 10.8) y de los hombres 36.9 (± 11.5), $p=0.001$ (t de Student). También se distribuyeron los pacientes por grupos de edad, **Gráfica1**.



Grafica 1. Distribución de los pacientes por grupos de edad

Se incluyeron 19 mujeres y 91 hombres. Los porcentajes se especifican en la Figura 1.

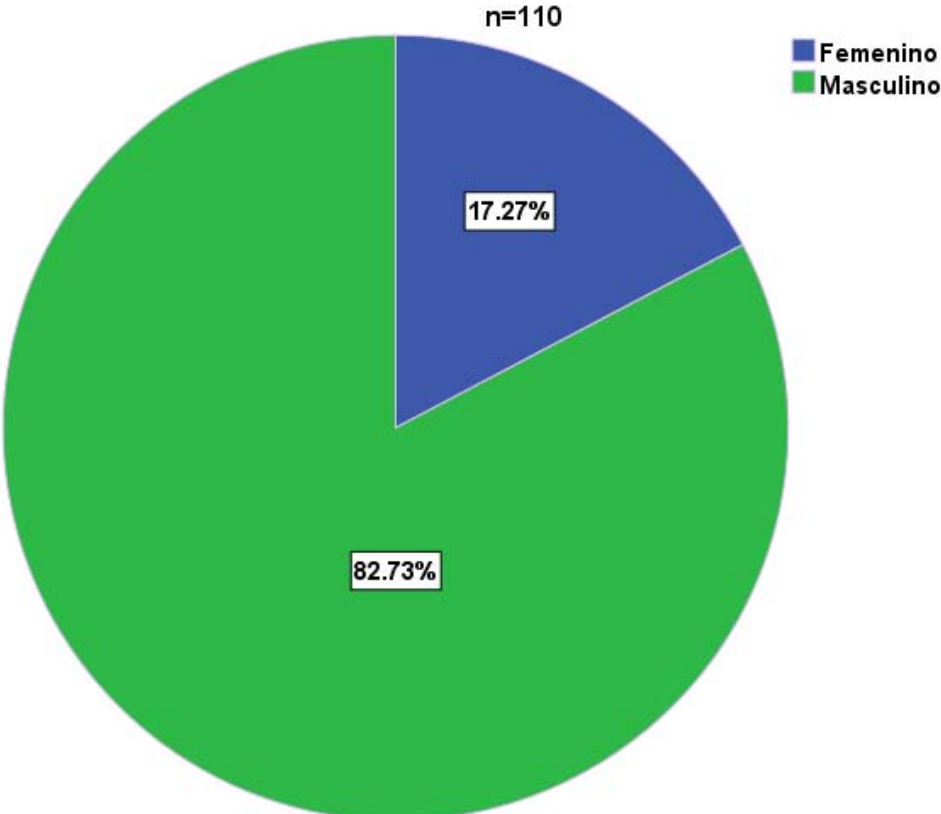


Figura 1. Distribución de los pacientes por género.

De los pacientes encuestados 60 (54.55%) se encuentran solteros, 20 (18.2%) casados, el resto eran separados o viudos (**Figura 2**).

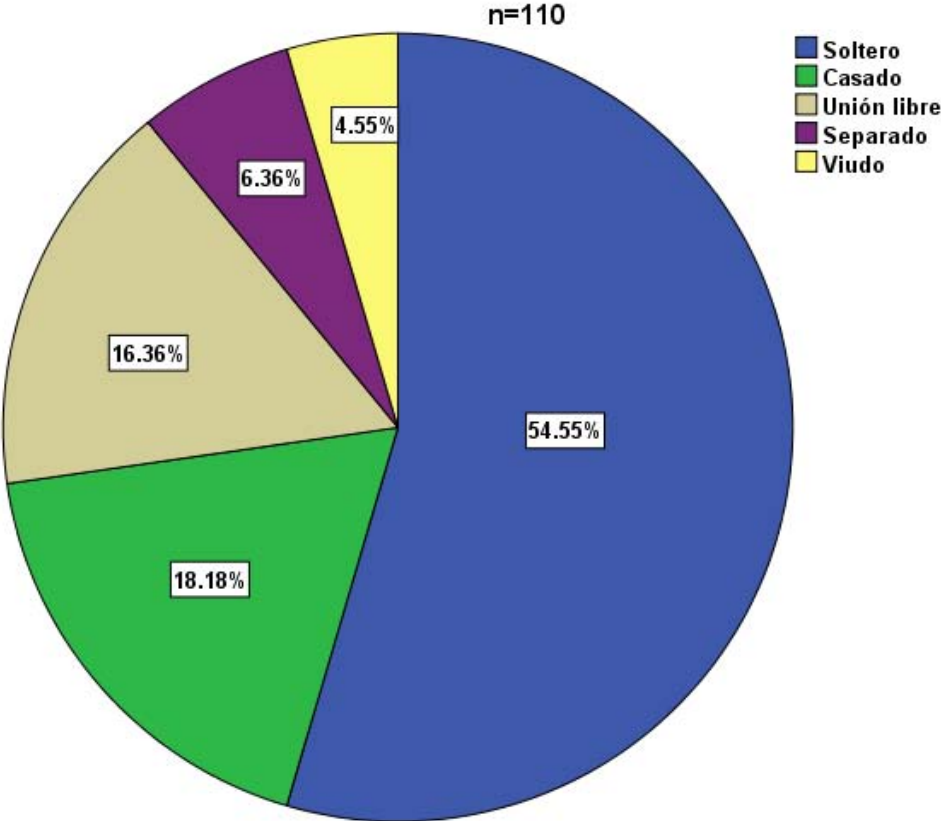


Figura 2. Estado civil de los participantes.

La escolaridad de los participantes se presenta en la **Figura 3**. Del total de participantes, 27 (32.73%) tenían licenciatura, y 28 (33.64%) preparatoria.

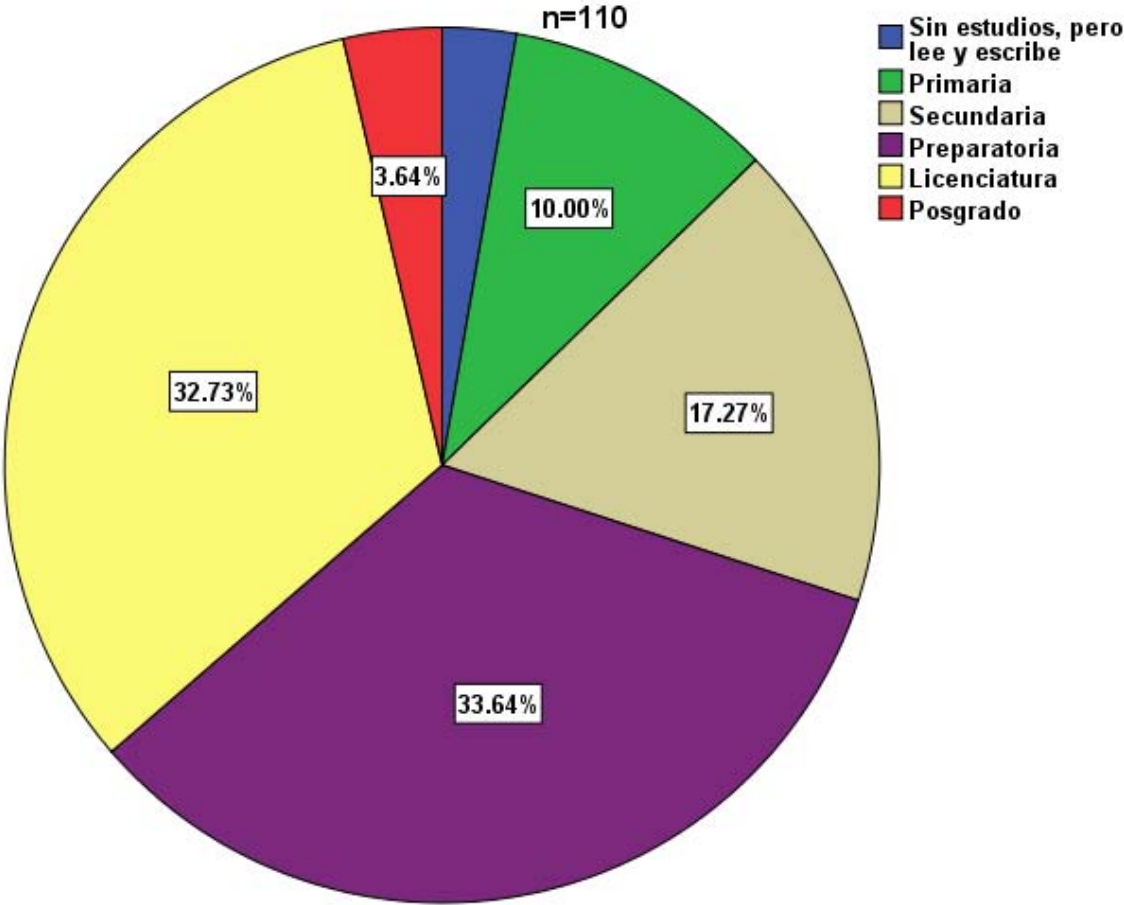


Figura 3. Escolaridad de los participantes.

La religión más profesada fue la católica, con 73 (66.36%) participantes, seguida de la religión cristiana con 17 (15.45%) participantes, hubo 15 (13.64%) participantes quienes refirieron no practicar ninguna religión. (Figura 4).

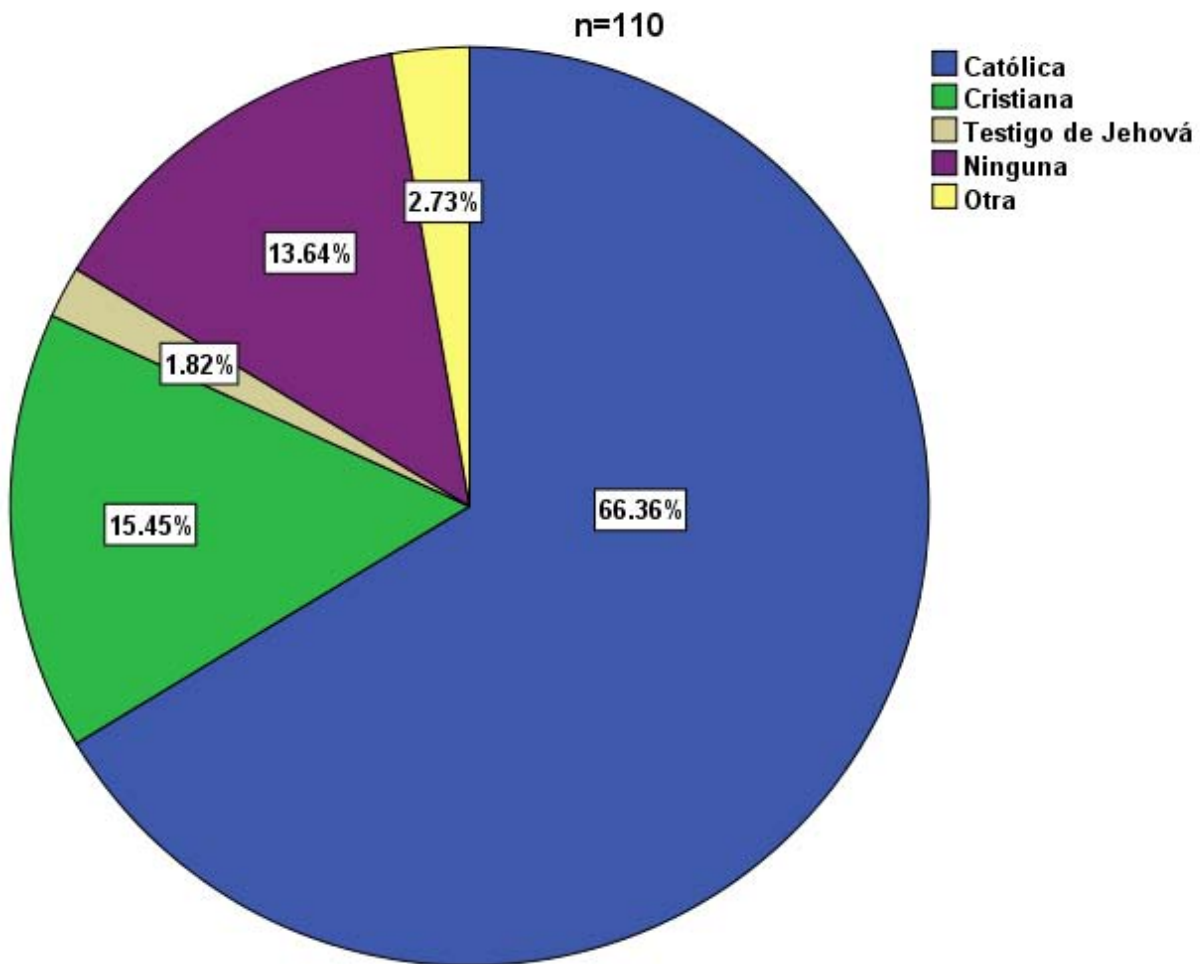


Figura 4. Religión de los participantes.

De acuerdo al desempeño remunerado se reportó a 65 (59.09%) participantes que eran empleados, los 45 (40.01%) restantes se dedicaban a actividades profesionales, del hogar o al comercio (Figura 5).

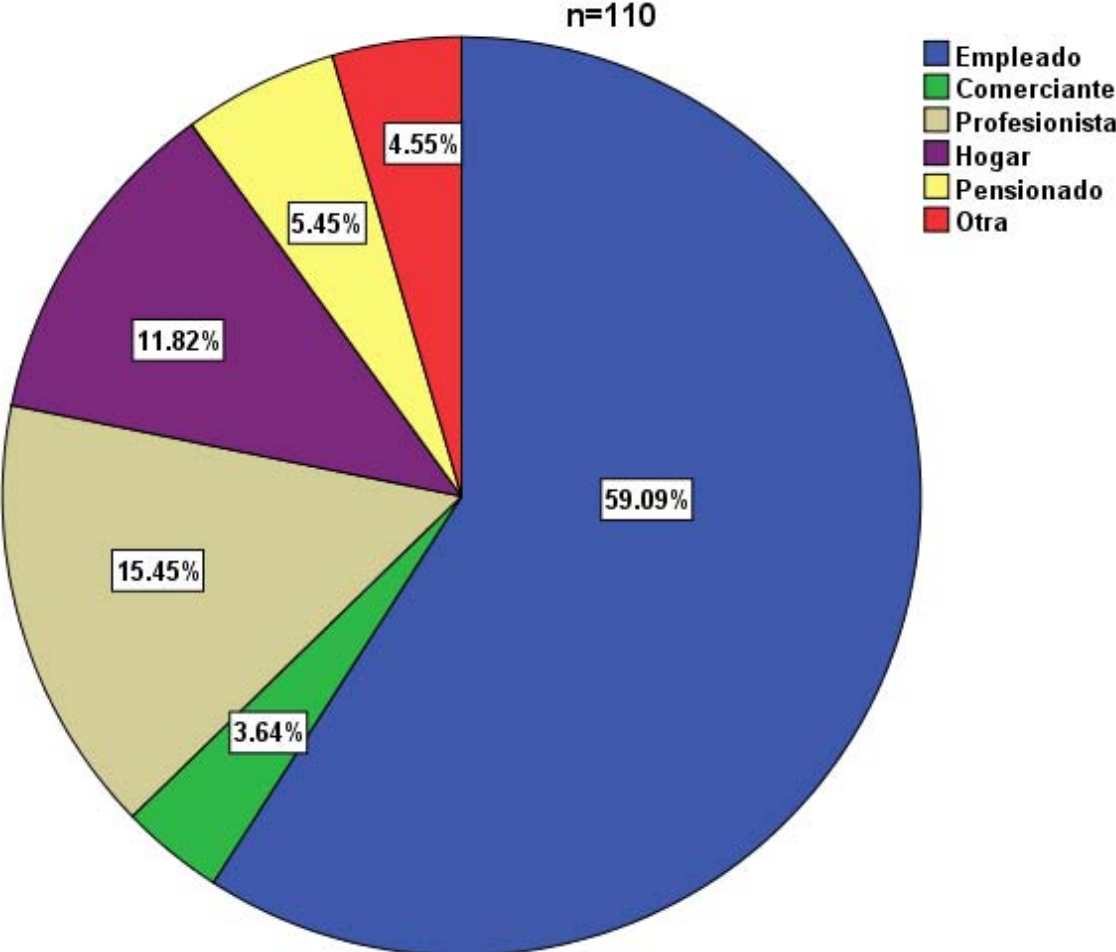
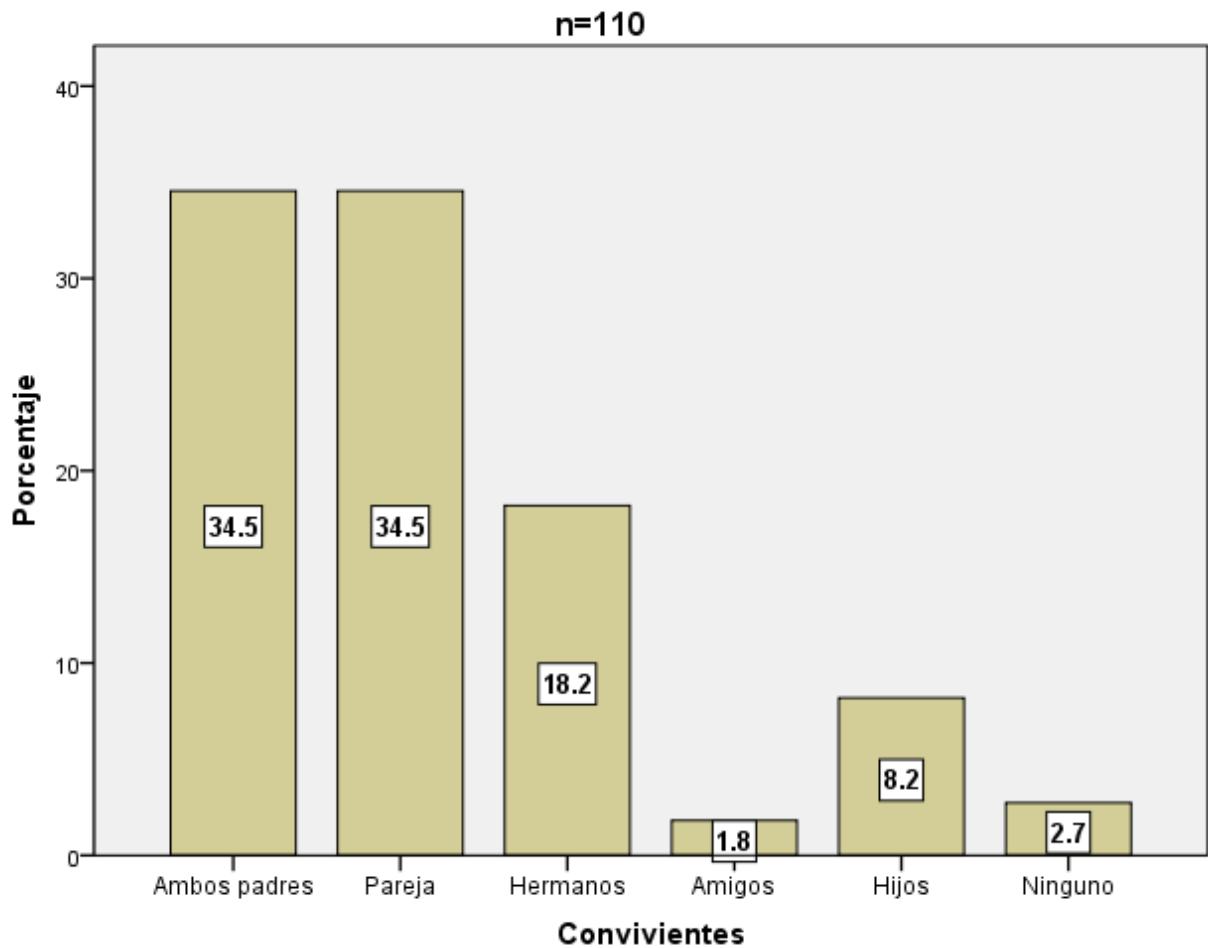


Figura 5. Ocupación de los participantes.

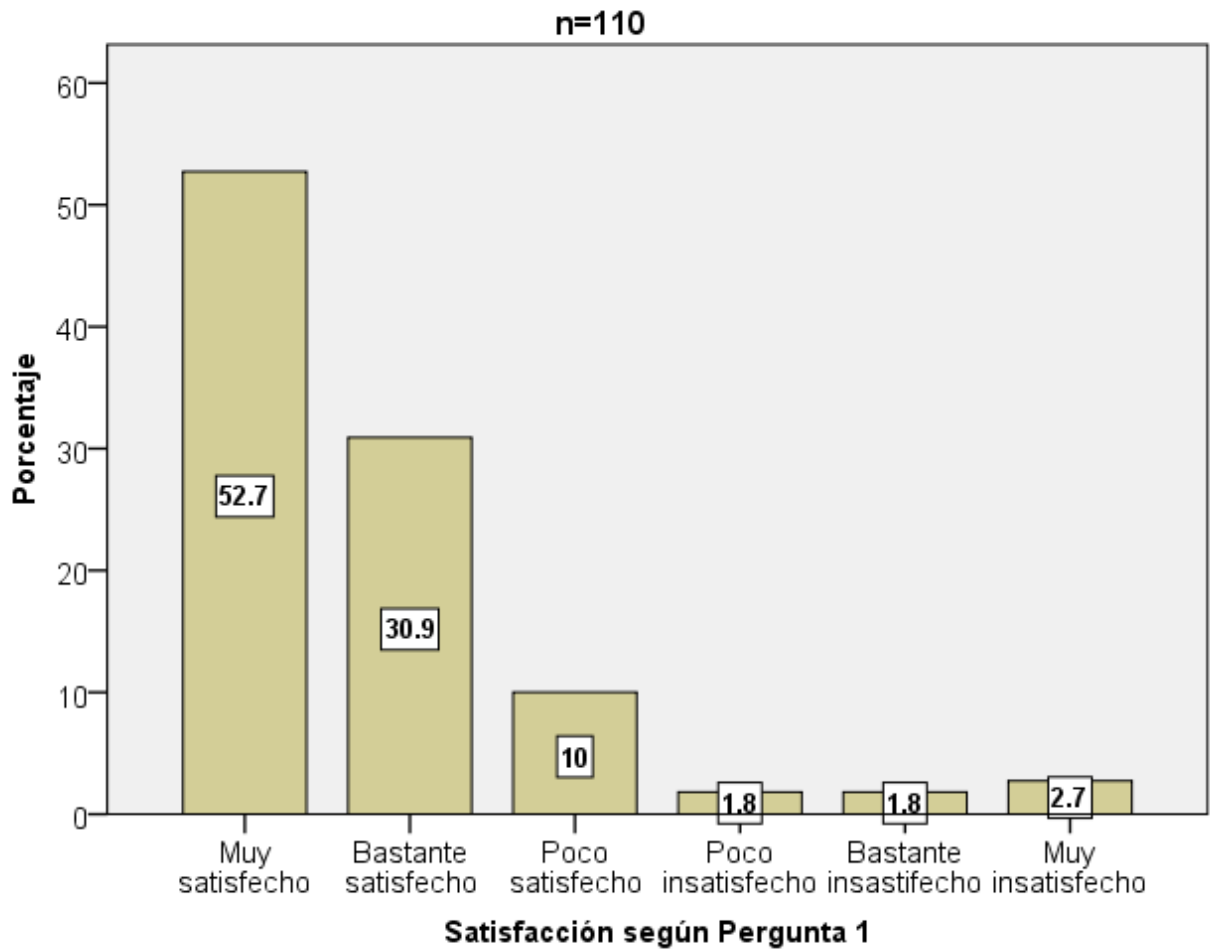
14.1 Apoyo social de los participantes

Los cuestionarios aplicados fueron la versión reducida del SSQ, que si bien los pacientes no escribieron las iniciales y el número de personas de quienes reciben apoyo, si se pudo determinar de quién reciben apoyo social principalmente. 38(34.5%) de los pacientes manifestaron recibir apoyo principalmente de sus padres y 38 (34.5%), participantes de parte de sus parejas seguido de sus hermanos y de sus hijos. De todos los participantes, 3 (El 2.7%) de los pacientes no recibían apoyo y 2 (1.8%) recibían apoyo de sus amigos (**Gráfica 2**).

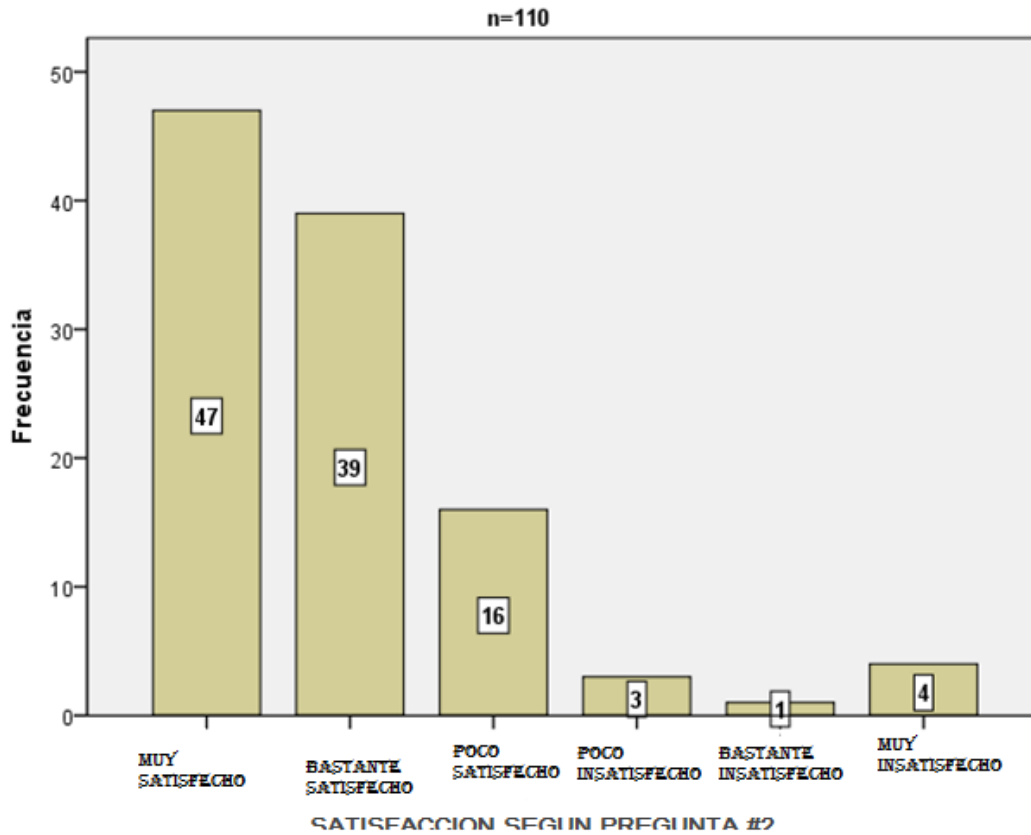


Gráfica 2. Relación de las personas que apoyan a los pacientes.

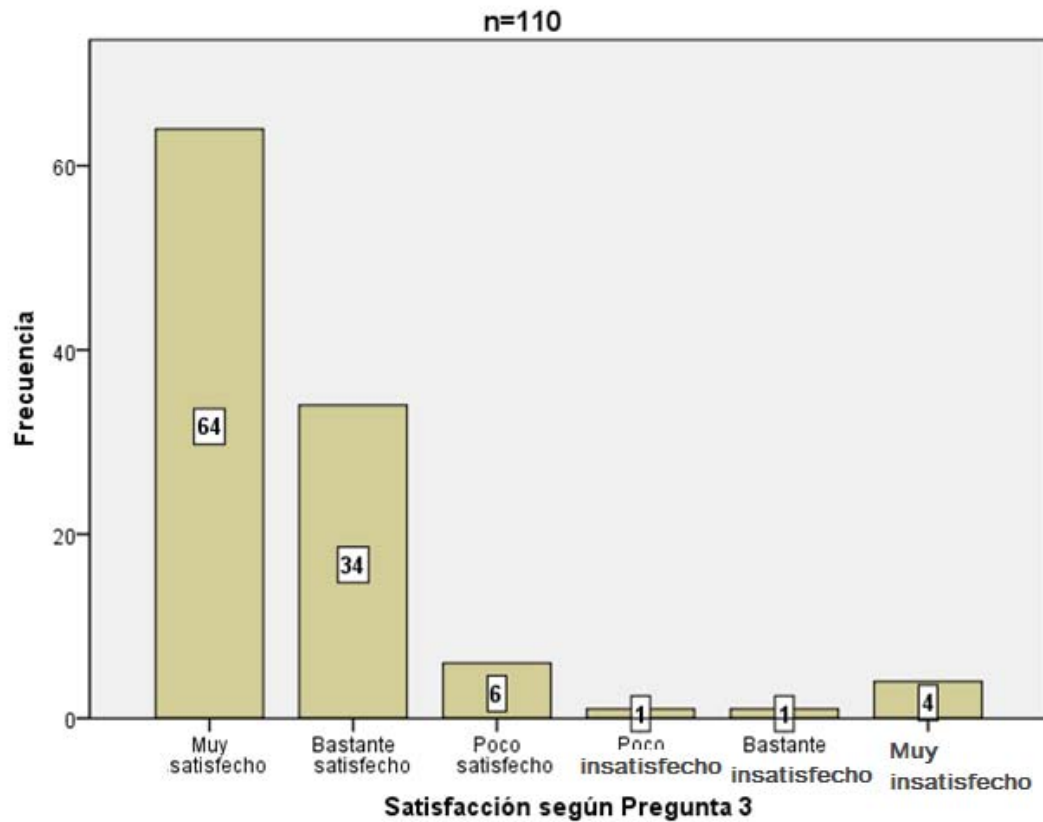
Según el análisis del grado de satisfacción, se reportó que más del 80% de los pacientes estuvo bastante o muy satisfecho con la ayuda (soporte social) que recibían de las personas con quienes convivían.



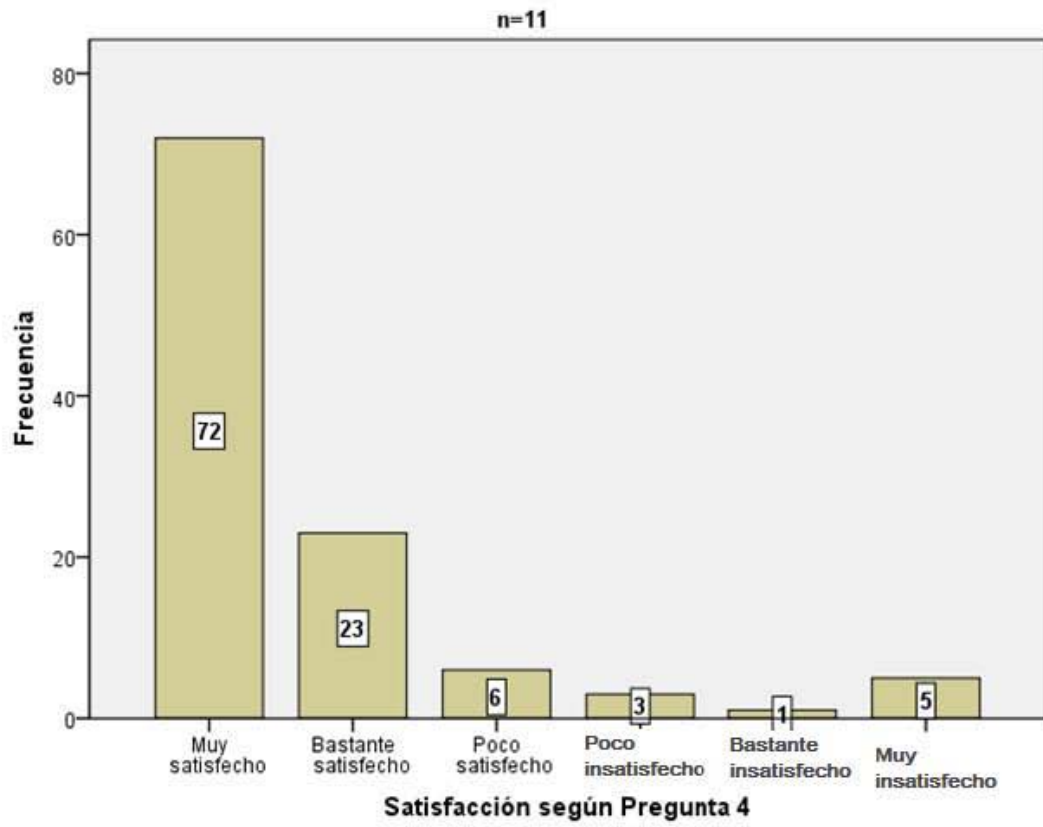
Gráfica 3. Calidad del apoyo social percibido, evaluada mediante la pregunta 1 del SSQ6. ¿Cuenta usted realmente con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado?

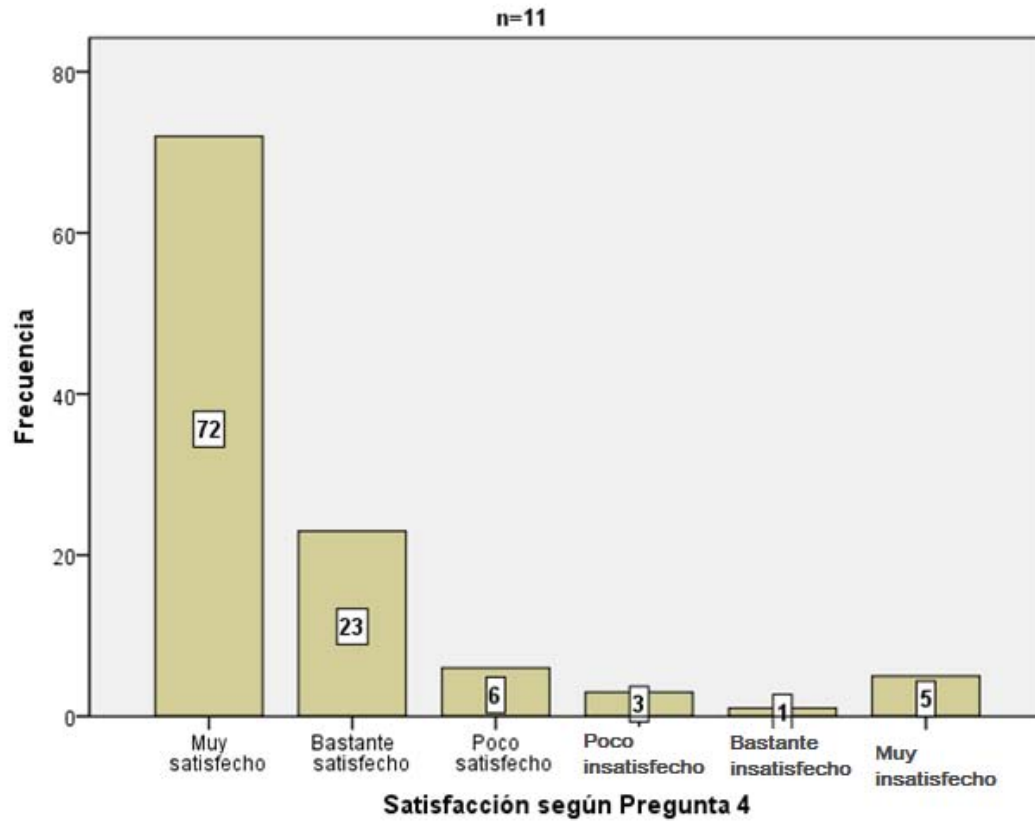


Gráfica 4. Calidad del apoyo social percibido, evaluada mediante la pregunta 2 del SSQ6. (Cuenta con alguien para ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión)

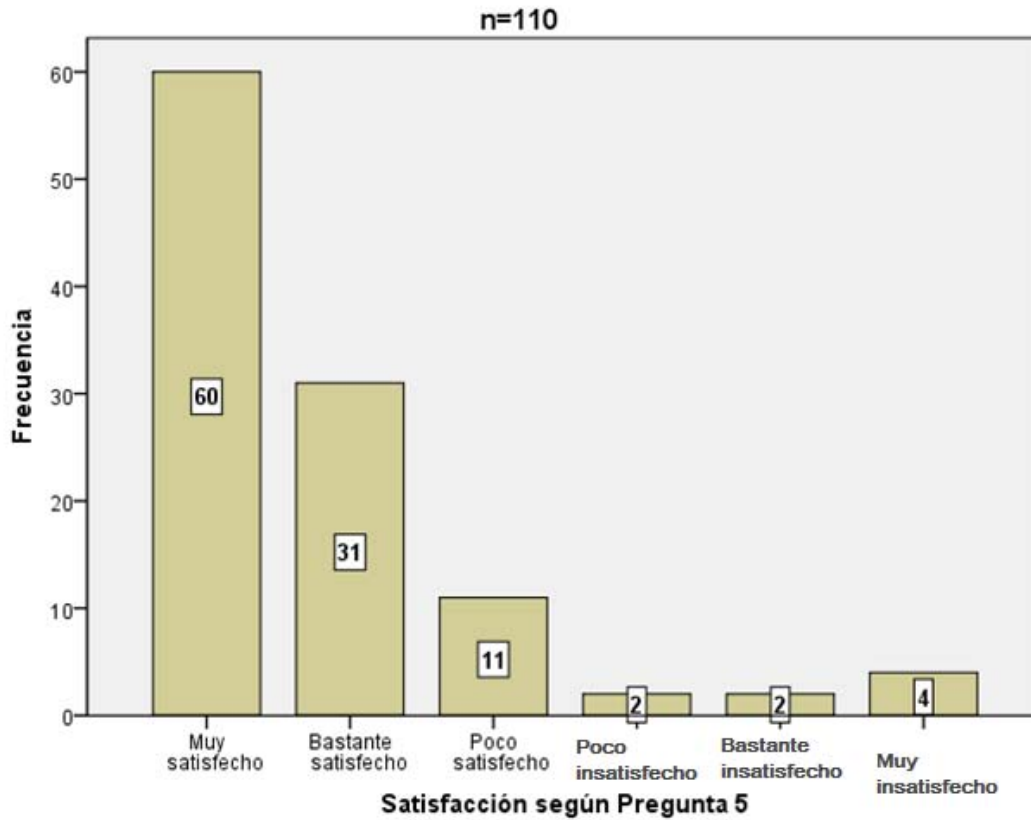


Gráfica 5. Calidad del apoyo social percibido, evaluada mediante la pregunta 3 del SSQ6. (Existe alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades)

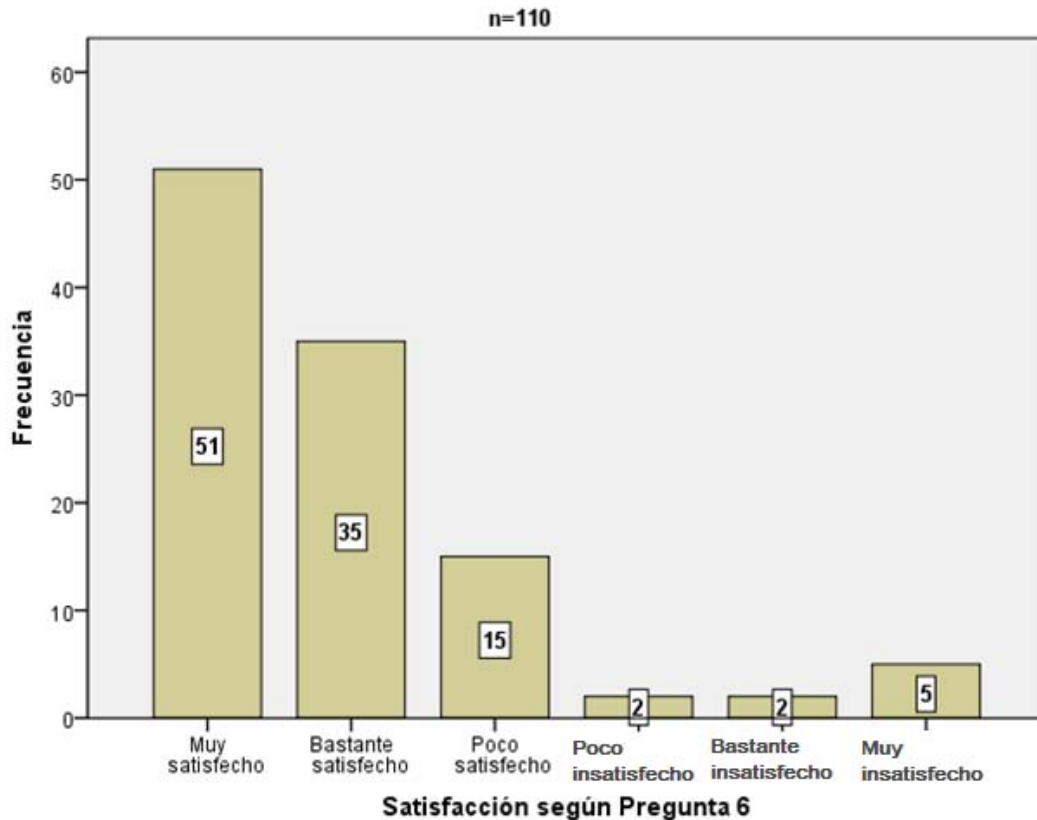




Gráfica 6. Calidad del apoyo social percibido, evaluada mediante la pregunta 4 del SSQ6. (Cuenta con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo)



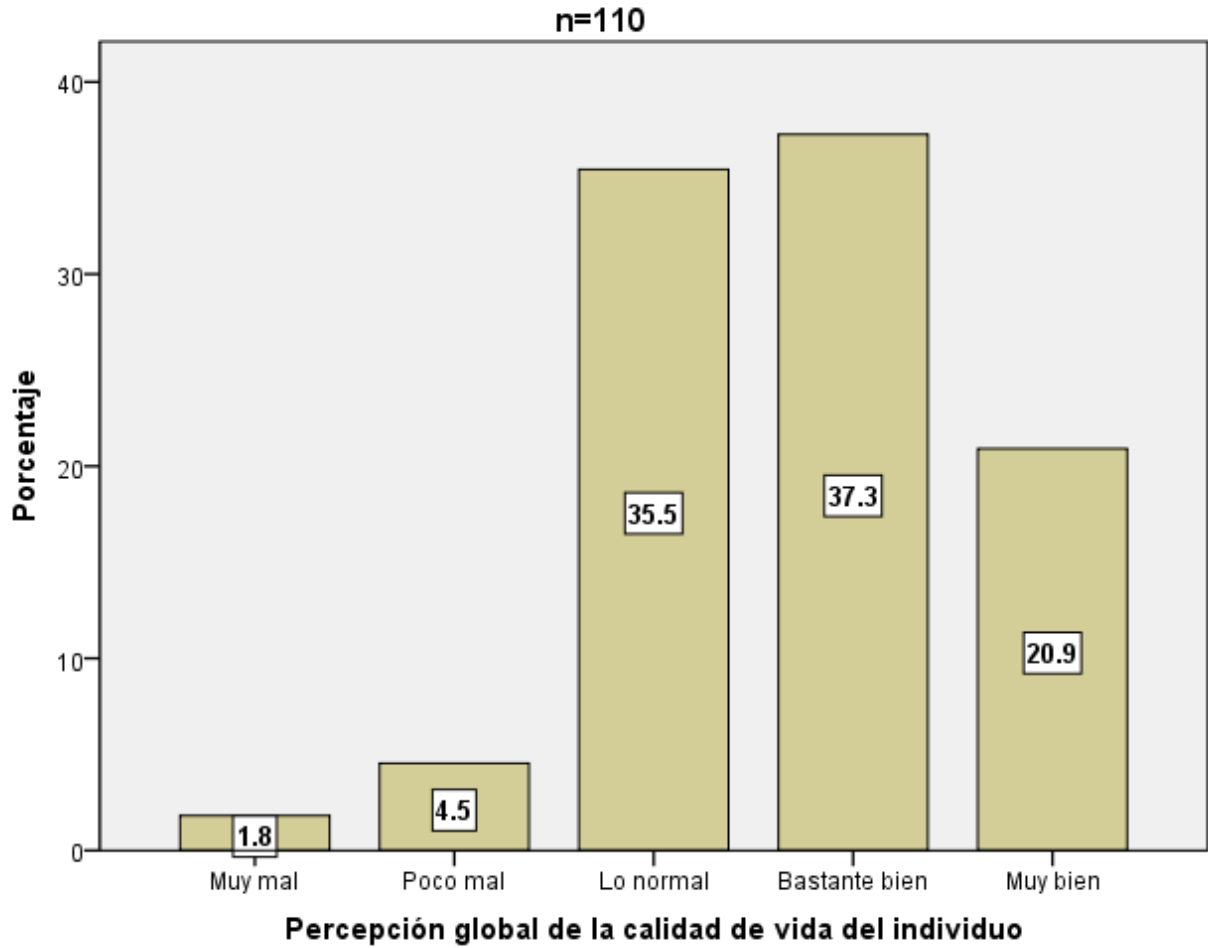
Gráfica 7. Calidad del apoyo social percibido, evaluada mediante la pregunta 5 del SSQ6. (Cuenta con alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido)



Gráfica 8. Calidad del apoyo social percibido, evaluada mediante la pregunta 6 del SSQ6.(Cuenta con alguien que le consuele cuando está muy disgustado)

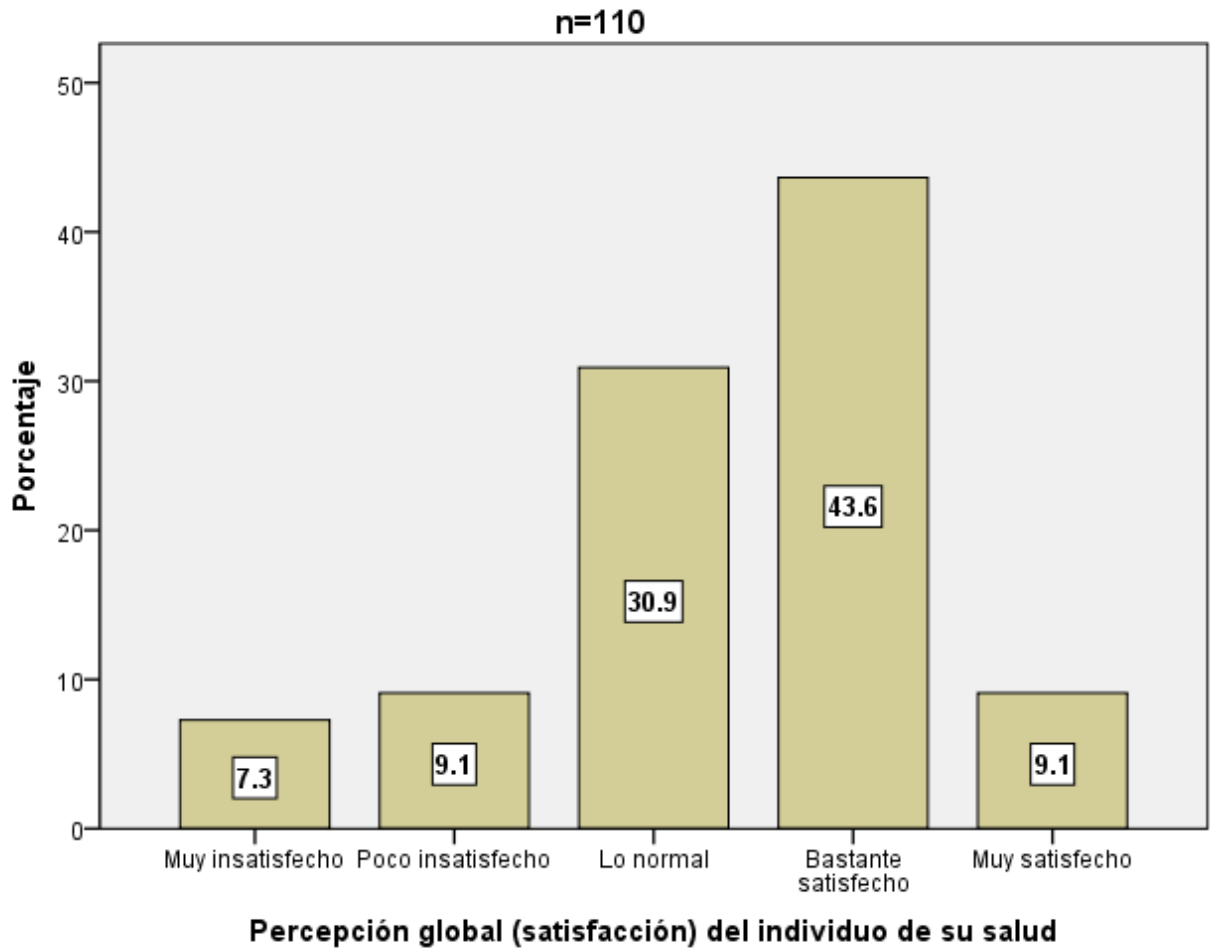
14.2 Calidad de vida de los participantes

Se aplicó el cuestionario WHOQoL -Bref para conocer la calidad de vida percibida de los pacientes. La percepción global de la calidad de vida (Pregunta 1 del cuestionario) se presenta en la Figura 13. La mayoría de los pacientes percibieron una calidad de vida normal, bastante buena y muy buena.



Gráfica 9. Percepción global de la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto a la percepción global de los pacientes sobre su salud, específicamente el grado de satisfacción con su salud (pregunta 2 del WHOQoL -Bref), se encontró que 92 participantes (83.7%) percibieron tener una salud normal, bastante satisfecha y muy satisfecha. Sólo 18 (16.4%) de ellos manifestaron estar poco satisfechos o muy insatisfechos con su salud.



Gráfica 10. Satisfacción global con el estado de salud.

Posteriormente se analizaron los puntajes de los 4 dominios WHOQoL-Bref, convertidos a la escala 1-100, Tabla 1. Los pacientes tuvieron puntajes en los 4 dominios entre 60 y 68.

Tabla 1. Puntaje de los dominios de la escala WHOQoLBref (escala 1-100)					
<i>Dominio</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
PuntajeDominio 1, Saludfísica	110	13.00	94.00	61.9	15.0
PuntajeDominio 2, Saludpsicológica	110	6.00	100.00	67.9	16,40
PuntajeDominio 3, RelacionesSociales)	110	6.00	100.00	60.1	19,50
PuntajeDominio 4, Ambiente	110	25.00	100.00	63.3	15,20

Se analizaron las correlaciones de Pearson entre el puntaje de satisfacción del apoyo social percibido (SSQ6) con los puntajes de los dominios del WHOQoL-Bref. Así como, del puntaje de la percepción global de la calidad y del puntaje de la percepción del estado de salud con los dominios del WHOQoL-Bref y con el puntaje de satisfacción del apoyo social (Tabla 2).

Se analizó la asociación entre la satisfacción del apoyo social y la calidad de vida (Tabla 2).

Tabla 2. Asociación (correlación) entre SSQ6, WHOQoL-Bref y el tiempo de evolución de la enfermedad

<i>Variable</i>	Puntaje promedio de satisfacción con el soporte social (X-SSQ6)	Percepción global de la calidad de vida del individuo (P1 de WHOQoL-Bref)	Percepción global del individuo de su salud (P2 de WHOQoL-Bref)
Puntaje promedio de satisfacción con el soporte social (X-SSQ6)	1	.227*	-.150
Percepción global de la calidad de vida del individuo	.227*	1	.563**
Percepción global del individuo de su salud	.150	.563**	1
PuntajeDominio 1, Saludfísica	.237*	.365**	.357**
PuntajeDominio 2, Saludpsicológica	.368**	.581**	.591**
PuntajeDominio 3, RelacionesSociales	.350**	.461**	.350**
PuntajeDominio 4, Ambiente	.318**	.628**	.540**
Tiempo de evolución de la enfermedad	-0.209*	.144	.083
<i>N</i>	110	110	110

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (coeficiente de correlación de Pearson, bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

De acuerdo con Cohen, las correlaciones pueden ser pequeñas ($r = .10- .29$), moderadas ($r = .30- .49$) y altas ($> .49$)⁴⁴

15. DISCUSION

El presente estudio se realizó con una muestra de 110 pacientes que acuden de manera regular a la clínica de Retrovirus del Hospital General Regional N°1 con Medicina Familiar “Lic. Ignacio García Téllez”, siendo una población mayor que la estudiada en la referencia del Dr. Remor.

En la distribución por sexo, la población estudiada tuvo un predominio importante hacia el sexo masculino con 91 (82.73%), participantes lo cual está acorde a lo reportado por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), donde el grupo de los hombres fue de 92 (84%) participantes al tercer trimestre del 2014.

En numerosos estudios ha sido significativo el papel del apoyo social como variable fuertemente relacionada con la percepción de la calidad de vida en enfermos crónicos y más específicamente en pacientes con VIH/SIDA.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis en cuanto a la relación apoyo social – calidad de vida, aunque se había planteado encontrar un 70% de satisfacción, se observó que es mayor el porcentaje, y por lo tanto, se establece que un adecuado apoyo social, se ve reflejado en una mejor calidad de vida para los pacientes.

Podemos concluir entonces que a mayor apoyo social, se percibe una mejor calidad de vida,

16. CONCLUSIONES

En numerosos estudios ha sido significativo el papel del apoyo social como variable fuertemente relacionada con la percepción de la calidad de vida en enfermos crónicos y más específicamente en pacientes con VIH/SIDA.

Una de las fortalezas que consideramos de este estudio es que aunque se han hecho ya varias investigaciones al respecto, no se habían empleado hasta el momento los instrumentos que empleamos nosotros, lo cual le da un toque de originalidad.

Una limitante que se encontró fue que no todos los participantes anotaron el número en las encuestas, por lo que solo se evaluó la percepción del apoyo social.

Es por esto que se debe considerar el balance entre los beneficios de alargar la progresión de la enfermedad y los posibles efectos secundarios de los antirretrovirales a medio y largo plazo.

Es importante que los cuidados por parte del servicio médico tengan una base en los modelos teóricos y los aspectos éticos. Todo esto permitirá ofrecer una atención integral, completa, equitativa, respetuosa.

Para alcanzar una mejor calidad de vida es importante llevar a cabo un diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz, apoyo físico, emocional, psicológico y social.

Aprovechando la continuidad en las visitas al médico de familia, se puede hacer un buen seguimiento del paciente y elaborar un plan de cuidados en colaboración con el propio paciente reforzando las medidas preventivas para alcanzar una buena calidad de vida

El médico de familia debe

- Investigar las prácticas de riesgo con respecto al VIH y asesorar e informar sobre la infección, para prevenir nuevos casos, fomentando hábitos de vida saludables.
- En la población infectada, la actuación desde atención primaria debe dirigirse no sólo a la detección precoz, sino también a la instauración y

vigilancia de medidas preventivas de reducción de riesgo de transmisión a terceros y adquisición de enfermedades concomitantes dentro del control, seguimiento y colaboración con la consulta especializada, asesorando a nuestros pacientes durante su evolución, sin juzgar, simplemente ayudando y confortando.

- El médico familiar tiene una gran responsabilidad al sensibilizar a la familia acerca de la importancia de mantener dentro del núcleo familiar al paciente afectado por el VIH, ya que como se ha demostrado en este y otros estudios de índole internacional, un ambiente favorable se ve reflejado directamente con una mejor percepción del paciente de su propia calidad de vida. Esto tratándolo como lo que es, un miembro igualitario del grupo social que conforma la familia; apoyándolo en sus decisiones, acompañándolo a las consultas y reforzar la adherencia terapéutica.

17.BIBLIOGRAFIA

ⁱYates, BC. The relationships among social support and short and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. *Res. Nurs. Health.* 1995 Jun 18 (3):193-203.

ⁱⁱJakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J ClinNurs.* 2002 Jul;11(4):430-43

ⁱⁱⁱRodríguez-Marín, J. Pastor, MA. Lopez-Rodríguez,S. Afrontamiento, apoyo social y calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 1993, vol.5 Supl, pp 349-372.

^{iv}Thoits P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav.* 1982;2:145-59.

^vUniversiad de Cantabria. [Internet] ¿Qué es el apoyo social? Citado el 18 julio 2014. Disponible desde: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>

^{vi}Barrera, M. Distinctions between social support: concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 1986 Vol. 14, N° 4

^{vii}Tardy, C. H. H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2).187-202.

^{viii}Castro, R. Campero, L. Hernández, B. La investigación sobre apoyo social y salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de SaludPública*, Vol. 31, N°4 Ago 1997; p.425-435

^{ix}Cohen, S. Syme, L. Issues in the study and application of social support. *Social Support and Health*, San Francisco: Academic Press 1985.

^xBerkman, Lisa F. Cohen, Sheldon; Syme, S. Leonard, The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. *Social support and health*. San Diego, CA, US: Academic Press 1985, (pp. 241-262).

^{xi}Sherbourne C, Stewart A. "The MOS Social Support Survey". *SocSci Med.* 1991;32:705-14

^{xii}Cohen S, Wills T. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin.* 1985;98:310-57

^{xiii}House JS. *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley; 1981

^{xiv}Thoits P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Social Behav.* 1982; 2:145-59.

^{xv}McWhinney I. *Medicina de Familia*. Barcelona: Doyma; 1994

^{xvi}Cuéllar, I. Dresch, V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP · N° 34 · VOL. 1 · 2012*

^{xvii}Sarason, I. Levine H, Basham R. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44: 127-139

^{xviii}SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HIV /AIDS, MONTERIA RESIDENTS.COLOMBIA [Internet] [Citado 18 marzo 2014].Available from: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/biomedicas/volbio12/apoyosocialycalidad/#sthash.CThUwGGm.dpuf>

^{xix}Ruiz Pérez I, De Labry Lima A, Delgado Domínguez CJ, Marcos Herrero M, Muñoz Roca N, Paquau Liaño J, et al. "Impacto del apoyo social y la morbilidad síquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales" Rev. Psicotherma; 2005; 17; 245-249

^{xx}THE WHOQOL GROUP Psychological Medicine / Volume 28 / Issue 03 / May 1998, pp. 551-558

^{xxi}Group WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). QualLife Res 1993; 2: 153-9.

^{xxii}Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencia y Enfermería IX 2003;(2):9-21

^{xxiii}Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Berzon RA, Eds. *The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis*. New York: Rapid Communication 1995; 3-10.

^{xxiv}Remor, E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. Aten Primaria 2003;32(1)00-00.

^{xxv}Calidad de vida relacionada con la salud. [Internet] [Citado el 18 de marzo de 2014] disponible desde: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/BASESPSICO&SALUD&ENF/2011-12/28BP-CALIDAD-VIDA-CVRS.pdf>

^{xxvi}Iglesias Chiesa, M. Reyes Terán, G. 30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México. Primera edición Noviembre 2011. 84

^{xxvii}Lamotte Castillo, JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. MEDISAN 2004;8(4):49-63

^{xxviii}OMS|VIH/SIDA.[Internet] [Citado el 13 de enero de 2014] Disponible desde:http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

^{xxix}Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010. [Internet] [Citado el 13 de enero de 2014] Disponible desde: Http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm.

^{xxx}Estadísticas sanitarias mundiales 2013. OMS.[Internet] [Citado el 13 de enero de 2014] Disponible desde:http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

^{xxxi}MILLER, William Meihack et al. Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. SaludpúblicaMéz.2013, vol.55, suppl.1, pp. S65-S78. ISSN 0036-3634.

^{xxxii}Banco Mundial Noticias. Washington, D. C. VIH y SIDA: Panorama general[Internet] [Citado enero 2014].[Disponible desdehttp://www.bancomundial.org/es/topic/hivandaids/overview](http://www.bancomundial.org/es/topic/hivandaids/overview),

^{xxxiii}Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, [Internet] [\[Citado el 9 febrero 2014\]](#)

[Disponible desde: http://www.censida.salud.gob.mx/](http://www.censida.salud.gob.mx/)

^{xxxiv} [AIDS carefoundation.\[Internet\]](http://www.carefoundation.org/) [Citado el 9 febrero 2014] Disponible desde: <http://www.aidshealth.org/americas/mexico>

^{xxxv} Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Septiembre 2012. Disponible en: www.salud.gob.mx [Internet] Disponible desde: www.dgepi.salud.gob.mx

^{xxxvi} Lineamientos para el tratamiento antirretroviral personas con VIH para instituciones del sistema nacional de salud. México 2012. [Internet] Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/linea_tratamiento_ARV.pdf

^{xxxvii} Cobb, S. «Social support as a moderator of life stress.» *PsychosomMed* , 1976: 300-314.

^{xxxviii} Vinaccia S. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica* 2008, vol.26, N°1,125-132

^{xxxix} Romero Massa, E. Amador Ahumada, C. Alvis Estrada, L. Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes de Montería Colombia, *Rev. Cienc. Biomed.* 2010; 1(2): 173-179

^{xl} Vera Pérez, V. Estrada Aguilera, A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo, *Rev. Hosp. Jua. Méx.* 2004; Vol.71(1):29-35

^{xli} Santillán, A. Apoyo social y calidad de vida en una población ambulatoria de pacientes VIH/SIDA, del hospital general regional con unidad de medicina familiar N°1 Dr. Ignacio García Téllez. Tesis de especialidad. Cuernavaca, Morelos, 2011

⁴⁴ Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

18. ANEXOS



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

FOLIO: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA en la clínica de retrovirus del Hospital General Regional N° 1 con Medicina Familiar Lic. Ignacio García Téllez, de Cuernavaca; Morelos"						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Cuernavaca, Morelos, Enero de 2015						
Número de registro:	R-2015-1702-2						
Justificación y objetivo del estudio:	Para alcanzar una mejor calidad de vida es importante llevar a cabo un diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz, apoyo físico, emocional, psicológico y social. El apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad. El paciente con VIH tiene mejor apego a su tratamiento, cuando existe apoyo familiar, social y de aceptación. Esto se ve reflejado en la menor cantidad de hospitalizaciones por infecciones oportunistas en este tipo de pacientes; lo cual conlleva a un menor uso de recursos por parte de los servicios de salud. Con objetivo de analizar la influencia del Apoyo Social sobre la calidad de vida del paciente infectado con VIH que acude a la clínica de retrovirus del Hospital General Regional con Medicina Familiar clínica #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social "Lic. Ignacio García Téllez" de Cuernavaca, Morelos.						
Procedimientos:	Aplicación de los instrumentos: WHOQOL-BREF y SSQ-6.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Brindar una atención integral al paciente y referir a los servicios necesarios en caso de encontrar áreas de oportunidad.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me informarán resultados de Percepción de Apoyo Social y de Calidad de Vida y en caso necesario se me derivara al servicio correspondiente.						
Participación o retiro:	Voluntaria sin afectación de sus derechos como derechohabiente del IMSS						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recabados se mantendrán bajo estricta confidencialidad y que no se utilizará mi nombre o cualquier otra información que pueda identificarme y que la información obtenida será únicamente para investigación.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Eduardo Pérez Martínez, Coordinador de Clínica de Retrovirus IMSS Cuernavaca, eduardoperezmartinez@yahoo.com.mx.						
Colaboradores:	MIC. DR. Juan Ortiz Peralta, Trabajador jubilado IMSS, ortizperal@yahoo.com.mx . Dra. Virginia Alejandra Sánchez Aguirre. Mat 99185892 dra.slevin@hotmail.com (777 1357897) Residente de Medicina Familiar						

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Instrucciones. Llene los siguientes espacios vacíos con sus datos personales

a) Nombre del paciente								
b) Edad (años cumplidos)								
c) Sexo	Masculino			Femenino				
d) ¿Cuál es su estado civil en este momento?	Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Viudo			
e) ¿Cuál es su nivel de estudios escolares completos?	Sólo se leer y escribir	primaria	secundaria	preparatoria	licenciatura	posgrado		
f) ¿Practica alguna religión?	católica	cristiana	testigo de Jehová	evangelista	ninguna	otra		
g) Su ocupación actual es:	campesino	obrero	Empleado	comerciante	profesionista	al hogar	pensionado/jubilado	desempleado
h) Tiempo de evolución de la enfermedad:	1-5 años	6-10 años	Más de 10 años					
i) ¿Quiénes son las personas con las que convive?	Ambos padres	Pareja	Hermanos	Amigos	Hijos	Nadie		

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, con cuantas personas puede contar para ayudarlo (no más de 9 en cada caso). En segundo lugar, marque el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión, según los siguientes criterios: **A:** Muy satisfecho **B:** Bastante satisfecho **C:** Poco satisfecho **D:** Un poco insatisfecho **E:** Bastante insatisfecho **F:** Muy insatisfecho, # de personas que le brindan apoyo

1.- Cuenta usted realmente con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Un poco insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	#
2.- Cuenta con alguien para ayudarlo a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Un poco insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	#
3.- Existe alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Un poco insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	#
4.- Cuenta con alguien para cuidarlo, a pesar de todo lo que le está sucediendo	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Un poco insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	#
5.- Cuenta con alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Un poco insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	#
6.- Cuenta con alguien que le consuele cuando está muy disgustado	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Poco satisfecho	Un poco insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	#

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

FECHA
 EDAD
 SEXO
 DIAGNOSTICO DE VIH DESDE:

	1	2	3	4	5
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Muy mal	Poco mal	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre