

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH
EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020.”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA CON UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR 220

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. DANIELA GONZALEZ MENDIETA

DIRECTORA DE TESIS:

E. EN M.F. GREGORIA MENDOZA AGUILAR

REVISORES:

Gregoria Mendoza Aguilar

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2021

**“ASOCIACION ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020.”**

Resumen

Título: “ASÓCIACION ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020.”

Autores: M. Esp. En M.F. Gregoria Mendoza Aguilar directora de tesis e investigador responsable, Médico Familiar adscrito a la UMF 220 IMSS.

M.C. Daniela González Mendieta Residente de medicina familiar adscrita al HGR/UMF220 IMSS.

RESUMEN

Introducción: Social support and its relationship with health quality of live have been widely studied in recent decades, since it plays a “protective” point as a prognostic factor in the natural evolution of the disease. It is important to evaluate the impact of the degree of social support that each patient recives on health quality, since it provides a comprehensive overview of the adequate treatment of patients.

Introducción: El apoyo social y su relación con la calidad de vida relacionada a la salud han sido ampliamente estudiados en las últimas décadas, ya que este juega un papel “protector” como factor pronóstico en la evolución natural de la enfermedad. Resulta importante evaluar el impacto que tiene sobre la calidad en salud el grado de apoyo social que cada paciente recibe ya que aporta un panorama integral en el adecuado tratamiento de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la asociación entre apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH en el HGR/UMF N°. 220 Toluca 2020.

Material y método: Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal. Se evaluará mediante el instrumento DUKE UNC-11 para apoyo social y por medio de la escala MOS HIV para calidad de vida relacionada a la salud. El análisis estadístico se hará utilizando medidas descriptivas y para demostrar la relación de las variables se

utilizara prueba de Chí cuadrada. La información se evaluará mediante el paquete estadístico SPSS.

Recursos e infraestructura: Participarán: Tesista e Investigador responsable, en el Instituto Mexicano del Seguro Social HGR/UMF 220. Se tiene el servicio de Infectología en donde se da seguimiento y se tiene una población de pacientes en tratamiento con diagnóstico de VIH de 612 pacientes.

Experiencia del grupo: Directora de Tesis: Especialista en Medicina Familiar, adscrita a la UMF 220 con formación en área de investigación. Residente de especialidad de Medicina Familiar UMF 220.

ÍNDICE

Resumen	3
I. Marco Teórico	7
I.1 Apoyo Social	7
I.1.1 Antecedentes	7
I.1.2 Definición y Generalidades	8
I.1.3 Grupos de Apoyo Social	10
I.2 Calidad de Vida	11
I.2.1 Introducción y Definiciones	11
I.2.2 Calidad de vida en el paciente con VIH	13
I.3 VIH	14
I.3.1 Antecedentes y Generalidades	14
I.3.2 VIH en México	16
II. Justificación	19
III. Planteamiento del problema	20
IV. Objetivos del estudio	
IV.1 Objetivo General	21
IV.2 Objetivos Específicos	21
V. Hipótesis	22
VI. Sujeto, Material y Método	22
VI.1 Características del lugar dónde se realizará el estudio	22
VI.2 Diseño y tipo de estudio	22
VI.3 Grupo de Estudio	23
VI.3.2 Tipo de muestreo	23
VI.3.3 Tamaño de la muestra	23
VI.4 Criterios de selección	24
VI.4.1 Criterios de inclusión	24
VI.4.2 Criterios de exclusión	24
VI.4.3 Criterios de eliminación	24
VI.5 Variables	24
VI.5.1 Variables dependientes	24

VI.5.2 Variables independientes	25
VI.5.3 Operacionalización de variables	26
VI. 6 Descripción general del estudio	29
VI.6.1 Instrumentos de investigación	29
VI.6.2 Instrumento DUKE UNC-11 para valoración de apoyo social	29
VI.6.3 ESCALA DE MOS HIV para la evaluación de calidad de vida Relacionada a la salud en pacientes con diagnóstico de VIH.	30
VII. Aspectos Éticos	34
VIII. Recursos humanos, físicos, éticos y financiamiento	35
IX. Cronograma de actividades	36
X. Resultados	41
XI. Conclusiones	52
XII. Sugerencias	53
XIII. Referencias Bibliográficas	54
XII. Anexos	60

I. MARCO TEÓRICO

I.1 APOYO SOCIAL

I.1.1. ANTECEDENTES

El fenómeno del apoyo social es, desde los años setenta, uno de los temas que mayor atención acaparan en las distintas investigaciones de las ciencias de la salud. Dicho interés nace al observar durante la práctica clínica, la evolución de distintos pacientes con mismas patologías, en las que se observaba que la eficacia terapéutica era variable de paciente a paciente así como los datos que apuntaban a su utilidad para el mantenimiento de la salud y la mejora de la enfermedad, lo que fue abriendo un campo de estudio fundamental en el tratamiento integral de los pacientes. ¹

En nuestros días es ampliamente conocido que contar con este tipo de apoyo va a tener repercusiones fundamentales sobre la salud y la evolución de la historia natural de la enfermedad en los individuos. Existen actualmente evidencias considerables de que la disponibilidad de apoyo social a menudo funciona como un amortiguador del estrés, ayuda al afrontamiento y resulta un factor pronóstico beneficioso para la salud. ² Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo social especialmente por parte de los seres más cercanos al individuo, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona (enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, depresión, etc.) pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual. ³

La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas. También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales como la depresión, crisis de ansiedad, brotes psicóticos, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas. Gottlieb (1988) describe cómo las intervenciones basadas en el apoyo social han tenido tanto auge en la última década. Las razones que enumera se describen a continuación:

- Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.
- Movilizan recursos informales promoviendo la participación.
- Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.
- Indicadas en una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico.
- Aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la autoresponsabilización y competencias personales.
- Reciben este tipo de apoyo no sólo las personas directamente implicadas sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (cuidadores, familiares, etc.).

Los distintos grupos de apoyo social tienen su origen de organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil o comunitaria y tienden a agruparse en un centro sanitario o en una comunidad, abarca un amplio conjunto de servicios, que incluyen apoyo psicológico, atención médica oportuna, apoyo físico, socioeconómico, nutricional y legal.⁴

Según Ponce y Cols., 2007, entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está:

- la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico.
- la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar los problemas a los que da lugar la enfermedad, destacando el papel del cuidador primario que es quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.⁴

La epidemia del VIH continúa siendo uno de los retos mundiales más importantes en materia de salud pública. El estudiar el apoyo social relacionado al pronóstico y respuesta de diversos tratamientos surge como una meta del sistema de salud en personas que viven con esta enfermedad. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2014, alrededor de 36.9 millones de personas en el mundo se encontraban infectadas por el

virus de inmunodeficiencia humana (VIH); de las cuales, 15.5 millones viven en países en subdesarrollo y solo 5.2 millones recibían tratamiento antirretroviral, de las cuales, 15.5 millones viven en países en subdesarrollo y solo 5.2 millones tienen acceso a tratamiento antirretroviral. Se notificaron 2.3 millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33 % en comparación con 3.4 millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA también disminuyó de 2.3 millones en 2005 a 1.6 millones en 2012. ⁴⁻⁵

ONUSIDA 2016 menciona que existen diversos estudios que han demostrado favorables relacionados al apoyo social en diferentes esferas sociales, por ejemplo madres que viven con el VIH y sus hijos mientras reciben la prevención de los servicios de transmisión materno filial y durante la infancia. Esto ha permitido reducir incluso el número de muertes perinatales y maternas a nivel mundial. ⁴

I.1.2 DEFINICIÓN Y GENERALIDADES

Según Seranos (1983), el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal. ⁶

El apoyo social cuenta con distintos enfoques, uno de ellos importantes a observar es la dimensión funcional, en donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste, así como al grado de satisfacción percibida por el sujeto de apoyo. ⁶

El apoyo social juega un papel “protector” en donde los pacientes en el curso de la enfermedad afrontan consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos propios de la vida, tales como el aislamiento social, la depresión, la forma de interacción

social; es considerado como la información que permite a las personas creer que se preocupan por ellos, les quieren, son estimados, valorados y pertenecen a una red de comunicación en donde cada individuo es importante. ¹⁵

Por otra parte Gallar (2006) menciona que el apoyo social puede clasificarse en:

- Sistemas de apoyo social natural: referido a familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos y compañeros espirituales. Los sistemas de apoyo natural ofrecen un estilo de apoyo inmediato y continuo en el interactuar de las necesidades cotidianas del sujeto, sin embargo existe la desventaja de que este no siempre está presente en el individuo, ya que depende de la dinámica familiar que se tiene, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad.
- Sistemas de apoyo social organizado: los cuales incluyen seguridad social, lugar de trabajo, instituciones de acogida, organizaciones de voluntariado y planes y programas sociales gubernamentales. A diferencia del sistema de apoyo natural, el sistema social organizado ofrece solidez en planes de estructura y funcionamiento, no depende de relaciones afectivas y el objetivo es el acceso universal poblacional. Como desventaja en muchas ocasiones estos sistemas de apoyo social no son oportunos, ya que se precisan estudios previos o trámites burocráticos que entorpecen la prontitud de la atención. ⁷⁻⁸

Existe un modelo psicosocial llamado de “efecto directo”, postulado por Cohen & Sume, (1997) en donde menciona que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; y por otra parte está el modelo del “efecto amortiguador”, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente (modelo del efecto directo), o

como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador).⁹

Numerosos problemas en el área de la salud del paciente tienen su origen en la ausencia de relaciones sociales, como ocurre con los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. El estatus de una persona a la sociedad queda devaluada al perder su rol autónomo y productivo, en consecuencia se modifica la percepción de atributos personales. Este cambio trae consigo una configuración de la red social, que si no es adecuado trae consigo múltiples factores agravantes en el curso de la enfermedad.¹⁰

I.1.3 GRUPOS DE APOYO SOCIAL

Los grupos de apoyo social son las fuentes principales de apertura de acceso al mismo, permiten mejorar la adaptación del sujeto al afrontar crisis a corto plazo, mejorar la toma de decisiones, así como afrontar los desafíos a largo plazo mediante los siguientes mecanismos:

1. Fomentar el mensaje emocional: visualizando no solo en sí mismo el afrontamiento del problema, sino compartiendo su enfermedad con otros sujetos en la misma situación, esto permite enriquecer y motivar el apego a las recomendaciones de buena práctica médica.¹⁰
2. Ofrecer guía, consejo, información sobre aspectos importantes implicados en los problemas y métodos para tratar de solucionarlos. En relación a aspectos de salud específicamente en pacientes con VIH, el estigma y la discriminación o miedo a la misma, se encuentran entre los principales impedimentos para mantener una adecuada inclusión de apoyo social. Ambos factores socavan los esfuerzos de los tratamientos y la prevención del VIH haciendo que las personas muestren temor a acudir a servicios y desanimándolas a revelar su estado a sus familias y parejas

sexuales. Estos mecanismos son especialmente visibles en escenarios de extrema pobreza, donde los obstáculos a los tratamientos muestran una elevada prevalencia y los vínculos sociales pueden resultar fundamentales para la supervivencia. Por lo que ofrecer información oportuna es una vertiente fundamental como tratamiento y prevención de enfermedades. ⁴⁻¹⁰

3. Ofrecer retroalimentación sobre la conducta individual para la adecuada formulación de auto conceptos que mejoren la toma de decisiones mediante una continua autoevaluación. Las conductas positivas de los distintos miembros del grupo sirven de modelo a los demás. Al no existir distinciones entre los distintos sujetos es más fácil que se identifiquen unos con otros y que se sientan capaces de imitar conductas adecuadas. ¹⁰
4. Facilitan la adquisición de información y conocimientos. Estos grupos son una fuente importante de aprendizaje, que es el primer paso para que el individuo tome conciencia de su propia situación, quitando mitos, miedos y malos conceptos sobre su enfermedad. Una buena información conduce a reconocer síntomas, las propias necesidades y reacciones y a responder mejor ante ellos, reduce la ansiedad y el miedo asociado al desconocimiento y facilita su recuperación, impactando directamente en su pronóstico. ¹¹
5. Facilitan una oportunidad para la autor revelación. Los miembros del grupo al compartir sus diferentes pensamientos, reacciones y sentimientos se dan cuenta de que en muchas ocasiones son normales y similares al del otro, se dan cuenta de que sus preocupaciones son compartidas por las demás personas que sufren su misma situación. De esta forma, emergen nuevas creencias y actitudes sobre sí mismos que dejan de ser punitivas y se enfocan en un sentido más positivo. ¹¹

Los grupos de apoyo ofrecen una red de relaciones humanas que en ocasiones son difíciles de conseguir por miedo a la discriminación o estigmatización de las creencias de su enfermedad, sobre todo durante un periodo de crisis. Dentro del grupo de apoyo se puede expresar preocupaciones, se propicia un ambiente de solidaridad mediante las

experiencias expresadas, se enriquecen las relaciones interpersonales mediante visitas, llamadas telefónicas o dinámicas de integración permitiendo que el apoyo grupal no se limite al tiempo de encuentro de los mismos. ¹²

I.2 CALIDAD DE VIDA

I.2.1 INTRODUCCIÓN Y DEFINICIONES

La utilización del concepto de Calidad de Vida retoma sus orígenes en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de investigación para conocer la percepción de las personas sobre si se sentían seguras en las distintas esferas sociales, financiera, afectiva y social. (Campbell, 1981; Heber, 1993).

Rosca & Scheler (2003) y Hopper & Whittington (2003) definen la calidad de vida como un estado de bienestar general que comprende aspectos objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, mediadas por valores personales.

La mayoría de las definiciones abarcan la percepción de una persona con respecto a su posición ante la vida, la relación que tienen con objetivos, expectativas y preocupaciones propias. ¹³

Si bien es conocido que no existe una definición universal sobre lo que es calidad de vida, un rubro vital para enfocar objetivos, guías y metas de salud, es realizar la evaluación de la calidad de vida relacionado específicamente a la salud, todo este proceso como resultado de intervenciones específicamente en el ámbito del proceso salud enfermedad, lo que limita este concepto a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad y que se caracteriza por las vivencias del paciente, como las relacionadas con los cuidados médicos. ¹⁴

La definición más extendida es la de Shumaker (2014) la cual la define como: “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida” ¹⁵

Existen hasta el día de hoy diversas escalas que evalúan calidad de vida en relación a la satisfacción del sujeto, sin embargo es importante recalcar que dichas evaluaciones pueden llegar a ser subjetivas, multidimensionales y cambiar acorde al estado de anímico de cada persona, por lo que encausar y definir el objetivo a evaluar en cuanto a calidad de vida, en este caso, la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH es necesario.¹⁶

I.2.2 CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON VIH

La calidad de vida relacionada a la salud es un concepto multidimensional que incluye síntomas físicos relacionados con la enfermedad, el impacto de los mismos para la realización de actividades cotidianas y secuelas de tratamiento, es decir, efectos adversos de medicamentos, apego a el mismo y respuesta clínica; la función física (cuidado personal, desempeño de roles y realización de actividades físicas), función psicológica (estado emocional y funcionamiento cognitivo) y función social (interacción social) serán factores asociados que jugaran un papel positivo o negativo para el paciente y que deben ser tomados en cuenta para un seguimiento personalizado, detectar las necesidades y posibles factores de riesgo para el fracaso terapéutico.¹⁷

La evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud puede realizarse a través de instrumentos genéricos o específicos, validados en distintas poblaciones o enfermedades particulares, grupos de pacientes, e inclusive en algunas ocasiones evaluar dimensiones de funcionamiento, como por ejemplo: el dolor. Dentro de los instrumentos más utilizados en pacientes con VIH se encuentran el cuestionario de Calidad de Vida Relacionada a la Salud WHO Quality of Life-HIV (WHOQOL-HIV) de la Organización Mundial de la Salud y Medical Outcomes Study-HIV (MOS-HIV).¹⁸

Existe un estudio realizado en 2007 respaldado y publicado por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud, en donde se realiza la

validación traducida al castellano de la escala de calidad de vida relacionada a la salud MOS-HIV en población mexicana.

Los datos para esta validación al castellano y aplicabilidad a población mexicana se recogieron entre abril de 2002 y febrero de 2004 en donde un comité de expertos realizó distintas traducciones al castellano del cuestionario MOS-HIV, se decide aplicar dicha escala por ser cuestionario corto, con un tiempo aproximado de respuesta de 10 minutos, autoadministrable y fácilmente comprensible. Se compone de 35 ítems con respuestas en escalas ordinales de dos, tres, cinco ó seis posibilidades, divididos en 11 dimensiones (percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, preocupación de salud, función cognoscitiva, calidad general de vida y salud transitoria), que a su vez se pueden cuantificar en dos índices generales: salud física (ISF) y salud mental (ISM).¹⁸⁻¹⁹

Se aplicó a un grupo de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+) y un grupo de referencia en donde se mostró que la versión castellana del cuestionario MOS-HIV elaborada para la población mexicana es un instrumento de medición factible, confiable y válido para su uso en protocolos de investigación clínica de pacientes portadores del VIH.¹⁹

En la actualidad, la expectativa de vida en las personas con VIH/SIDA se ha incrementado y la infección ha pasado de ser una enfermedad de muy bajo pronóstico y calidad de vida, a ser una enfermedad crónica tratable, esto, debida en parte a los nuevos y mejores esquemas de tratamiento, búsqueda de acceso universal de detección y apoyo psicosocial, mismos que han llevado a un cambio dramático en la mortalidad cuando el tratamiento se inicia tempranamente, de forma apropiada y se brinda un acompañamiento integral.²⁰

I.3 VIH

I.3.1 ANTECEDENTES Y GENERALIDADES

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años.²¹ Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.²²

La infección por VIH es transmitida por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada sin protección, a través de la sangre; incluso también se habla de que existe un riesgo laboral entre los profesionales sanitarios, en los que estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus).²³

Este virus se disemina a otros órganos del sistema linfático a través de la migración de linfocitos infectados, y comienza en este punto una replicación tanto en el tejido linfático como en la sangre. Aproximadamente 2 semanas después de la infección inicial, comienzan a aparecer respuestas inmunes celulares y humorales dirigidas específicamente contra VIH. Linfocitos CD8 citotóxicos destruyen a los linfocitos CD4 infectados que expresan que expresan antígenos virales en su superficie, y anticuerpos dirigidos a diferentes antígenos virales se unen a las partículas virales que son luego

atrapadas y destruidas por las células del sistema dendrítico folicular en los ganglios linfáticos. De esta manera disminuye el número de células productoras de VIH y el número de partículas virales circulantes en sangre, y la infección es parcialmente controlada. Sin embargo, existe una gran diferencia entre la interacción del sistema inmune y el virus en sangre comparada con la misma interacción en los ganglios linfáticos durante este estadio de la enfermedad. La carga viral en los ganglios linfáticos es de 5 a 10 veces más alta que la carga en sangre, y la cantidad de virus que se produce en los ganglios es de 10 a 100 veces más alta que la producida en sangre. Estos eventos corresponden a la fase de latencia clínica de la enfermedad.²³⁻²⁴

En relación a la historia natural de la enfermedad se reconocen actualmente las siguientes etapas:

- a) **Primoinfección:** Tras la entrada en el organismo, el virus se disemina a través de los órganos linfoides y del sistema nervioso. En esta etapa de primoinfección no es posible detectar anticuerpos específicos frente al VIH, pero sí existe una actividad citotóxica, que sugiere que la respuesta celular es más precoz e importante en el control inicial de la replicación viral que la síntesis de anticuerpos.

El paciente infectado puede persistir asintomático o presentar un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósido (30-70% de pacientes, a menudo inadvertido).

Es una etapa donde inicialmente los niveles de viremia son altos (carga viral elevada), así como el número de CD4 infectados. Paulatinamente aparecerán diferentes tipos de anticuerpos e inmunidad celular, coincidiendo con la desaparición del antígeno p24 y el descenso de virus circulante y CD4 infectados.

Los linfocitos infectados y los viriones libres quedan atrapados en la red de células dendríticas de Langerhans de los ganglios linfáticos produciendo una hiperplasia folicular.

Como consecuencia de la virulencia de las cepas infectantes y de la intensidad de la respuesta antiviral generada por el huésped, se alcanza una carga viral basal tras la primoinfección, dato de gran valor pronóstico en la evolución de la infección. Aun así, esta respuesta antiviral no consigue erradicar el virus.

- b) **Fase crónica asintomática:** La viremia disminuye respecto a la primoinfección, pero el virus continúa replicándose, sobretodo en tejido linfoide, el gran reservorio de la infección. Sólo en una proporción muy baja de los linfocitos infectados el VIH se replica de forma activa, en el resto permanece de forma latente. La carga viral en los órganos linfoides es entre 10 y 10.000 veces superior a la circulante, con tendencia progresiva a igualarse. Los niveles de CD4+ se mantienen relativamente estables, pero van descendiendo paulatinamente. Esta fase es asintomática, con o sin adenopatías, plaquetopenia o mínimos trastornos neurológicos.
- c) **Fase avanzada:** El deterioro del sistema inmune, “agotamiento”, se refleja en la disminución de la respuesta humoral y celular: disminuyen los niveles de anticuerpos p24, anticuerpos neutralizantes, actividad citotóxica y el número de linfocitos CD8. Esta etapa se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y síntomas constitucionales, descenso de los niveles de CD4+ (menor de 200/ μ l) y aumento de la carga viral, igualándose la carga viral circulante y la de los ganglios linfáticos.

Los factores asociados a la no progresión pueden ser de carácter inmunológico (respuesta CTL anti-VIH más potente y niveles altos de anticuerpos neutralizantes), virológico (niveles bajos o indetectables de viremia, infección por cepas virales menos virulentas) o de carácter genético (predisposición genética para sintetizar con mayor eficacia factores solubles inhibidores de la replicación viral).

Por lo que se clasifica el estadio de acuerdo a los niveles de carga viral y el número de CD4 infectados

Categorías CD4 y Linfocitos T	CATEGORIAS CLINICAS		
	A	B	C
	Asintomático, Infección Aguda	Sintomática no A no C	Indicadores de SIDA
>500cel/mm ³	A1	B1	C1
200-499 cel/mm ³	A2	B2	C2
<200 cel/mm ³	A3	B3	C3

Esta enfermedad constituye una gran preocupación desde diferentes sectores; social, médico y económico, ya que implica la destinación de múltiples recursos tanto terapéuticos como preventivos, de tal manera que se requiere la acción conjunta de los autoridades gubernamentales y personal de salud, los cuales deben mantenerse en una constante actualización, para brindar una atención integral y oportuna, evitando el retardo diagnóstico y así lograr un adecuado control de la enfermedad. ²⁴

Al cabo de varios años, esta constante inflamación en los ganglios termina destruyendo su arquitectura normal, la cual es indispensable para filtrar al virus y mantenerlo atrapado adentro de los mismos. De una manera similar, se van perdiendo las respuestas inmunes celulares y humorales que mantienen la reproducción viral bajo control. El resultado final es un aumento explosivo en la reproducción viral, los linfocitos CD4 disminuyen de manera marcada y comienzan a aparecer las infecciones y neoplasias oportunistas que definen al SIDA. Estos fenómenos finales ocurren, en promedio, 7 a 10 años después de contraída la infección. ²⁵

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2014, alrededor de 36.9 millones de personas en el mundo se encontraban infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); de las cuales, 15.5 millones viven en países en subdesarrollo y solo 5.2

millones tenían acceso a tratamiento antirretroviral, de las cuales, 15.5 millones viven en países en subdesarrollo y solo 5.2 millones tienen acceso a tratamiento antirretroviral. Se notificaron 2.3 millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33 % en comparación con 3.4 millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA también disminuyó de 2.3 millones en 2005 a 1.6 millones en 2012. ²⁵

En el año 2016 fue aprobada “La Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin a la epidemia del sida” por la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Esta Declaración reflejó el consenso mundial sobre un marco de trabajo que tiene como principal objetivo brindar una atención oportuna de accesos de salud cercanos, con tratamientos farmacológicos oportunos y apoyo físico, nutricional, psicológico, gestión del dolor y cuidados paliativos. Visualizando la historia natural de la enfermedad desde un proceso diagnóstico oportuno, evitando las complicaciones principales relacionadas hasta cuidados paliativos de calidad. ⁴

ONUSIDA menciona que entre los principales factores que influyen como obstáculos de atención oportuna y seguimiento de la enfermedad se encuentran; en el rubro económico falta de transporte, larga distancia a la unidad de atención, falta de tiempo por razones laborales para asistir a estudios y consultas médicas; en el rubro psicosocial menciona estigma y miedo a revelar su condición, miedo a la toxicidad de los medicamentos, autopercepción de buena salud; entre los factores sanitarios destaca larga espera entre citas médicas, servicios deficientes por parte de los trabajadores sanitarios y horarios inadecuados de atención por lo que dar respuesta a las múltiples necesidades de las personas que viven con el VIH es esencial para vincular y mantener a las personas en la atención. Combinar estrategias innovadoras de pruebas de detección del VIH, incluidas las pruebas domésticas y a nivel comunitario, el autodiagnóstico y el diagnóstico en puntos de atención (incluido en niños), con la atención y el apoyo social puede aumentar las tasas de pruebas de detección y la vinculación a los tratamientos del VIH. ²⁶

Se puede mencionar a manera de hipótesis que el estigma social respecto al VIH aparece como un producto de la clasificación moral que en el siglo XX las instituciones políticas

y religiosas hacían a las personas que adquirieron esta enfermedad asociándola a únicamente a grupos sociales específicos, con estatus socioeconómicos bajos, preferencias y prácticas sexuales específicas, grados de educación y acceso a la salud que se visualizaban en un papel negativo: los homosexuales, quienes ejercen el trabajo sexual y los consumidores de sustancias psicoactivas inyectables principalmente. Situación que sigue apreciándose hasta nuestros días. ²⁷

I.3.2 VIH EN MEXICO

En 1983 se reportó el primer caso de Sida en México. Desde esa fecha, y hasta el 13 de noviembre de 2015, existe un registro acumulado de 235 mil 953 personas que se han infectado por el VIH o desarrollado el Sida. Sin embargo, sólo 124 mil 718 personas se encontraban vivas, 96mil 856 ya fallecieron y 14mil 379 se desconoce su status actual. El 80.2 por ciento de los casos corresponden a hombres y el 19.8 por ciento a mujeres, lo que significa una proporción de 4:1. Por edades, el 2.1 por ciento ocurrieron en menores de 15 años de edad; el 34.0 por ciento en jóvenes de 15-29 años; el 63.4 por ciento en adultos de 30 y más años; y en el 0.5 por ciento se desconoce la edad. El 95.2 de los casos de VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas; el 2.9 por ciento se produjeron por vía sanguínea y el 1.9 por ciento por transmisión perinatal. ²⁸

En el año 2003, se logró que las personas sin seguridad social tuvieran acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral contra el VIH y el Sida lo que significó un reto económico importante para el sector salud y una acción que impactaría en las cifras de incidencia en años posteriores. ²⁷

La tasa de incidencia acumulada de todo el país, en el período 1983-2015, fue de 195.0 casos por cada 100 mil habitantes. Las cinco entidades con las tasas más elevadas fueron: Distrito Federal, Yucatán, Campeche, Quintana Roo y Veracruz. Las cinco entidades con menores tasas fueron: Zacatecas, Guanajuato, Coahuila, Hidalgo y Durango. ²⁸

Hoy en día una persona de 20 años que vive con el VIH en un país de desarrollado o en vías de desarrollo que haya iniciado una terapia antirretroviral tiene una esperanza de vida de casi 70 años, cercana a la de la población general. ²⁸

En México como parte de la lucha por mejorar la calidad de vida y brindar apoyo social para el acceso universal al tratamiento antirretroviral se concreta en el año 2003, mismo en el que se logró que las personas sin alguna seguridad social tuvieran acceso a la terapia antirretroviral. Sin embargo aún con estas medidas en nuestro sistema de salud es una realidad que sigue existiendo falta de educación preventiva en el adecuado ejercicio de la sexualidad, reflejado en muchas ocasiones en pacientes que llegan a los servicios con complicaciones derivadas de la enfermedad, por lo que en primer nivel de atención debe de seguir siendo un tema prioritario que se debe abordar desde la óptica del respeto y la individualidad, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de nuestro paciente, dejando atrás los mitos y creencias que en la mayoría de las ocasiones impiden una adecuada comunicación medico paciente. ²⁹

Las personas que viven con el VIH experimentan altas tasas de problemas de salud mental, con altos factores de riesgo para alto consumo de alcohol, ansiedad, ataques de pánico, depresión, drogodependencia y consumo de sustancias en comparación con la población general. Sin embargo uno de los factores que no se deben olvidar especialmente en atención sanitaria son las enfermedades asociadas, las cuales se vinculan a abandono de cuidadores o de conyugues. La tuberculosis es la infección más frecuentemente relacionada con el VIH, continúa siendo la principal causa de hospitalización y muerte intrahospitalaria entre adultos. La tasa de mortalidad intrahospitalaria por tuberculosis es del 25% entre los adultos que viven con esta enfermedad. ³⁰

La OMS recomienda la aplicación acelerada de su estrategia de las "tres íes" (intensificación de la búsqueda de casos, terapia preventiva con isoniazida y control de infecciones) las personas que viven con el VIH en zonas de alta infección de tuberculosis

y todas las personas con una infección latente o expuestas a tuberculosis independientemente de su lugar de residencia, tomen la terapia preventiva con isoniazida y comiencen de manera inmediata el tratamiento antirretroviral tras obtener el diagnóstico positivo de las pruebas del VIH.³¹

Entre 2000 y 2019, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron en un 39% y las muertes relacionadas con el VIH en un 51%, y se salvaron 15,3 millones de vidas salvadas gracias al TAR. Este logro fue el resultado de los grandes esfuerzos realizados por los programas nacionales sobre el VIH con el apoyo de la sociedad civil y los asociados internacionales en favor del desarrollo.³²

El citomegalovirus, criptocosis, sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin, el virus del papiloma humano, cáncer invasivo de cuello de útero, las enfermedades cardiovasculares, especialmente los infartos, ataques cardíacos o insuficiencias cardíacas relacionadas con el son virus de inmunodeficiencia humana, también son causas importantes de muerte, por lo que es de suma importancia no dejar de modificar factores como la presión arterial, el consumo de tabaco, la obesidad, una dieta poco saludable y la falta de ejercicio físico.³²

Como se ha mencionado anteriormente, se debe precisar que el diagnóstico de VIH/sida tiene un impacto por sí mismo negativo en los individuos, que ocasiona un desequilibrio físico, psicológico y social; esto afecta no solo a la persona portadora del virus sino también todo su entorno, familia, compañeros y amigos; se genera miedo a la muerte, a la reacción de sus familiares, a ser rechazados por la sociedad, con la subsecuente aparición de ansiedad, depresión y aislamiento.³³

Es una realidad que no todas las personas que viven con el VIH se unen a participar en los grupos de apoyo, y las comunidades y los centros de salud no pueden adaptarse a la totalidad de las personas que viven con el VIH que desean beneficiarse de los grupos de apoyo, por lo que detectar y canalizar a estos pacientes de manera oportuna a los

centros de apoyo específicos con los que se cuenta hoy en día resulta una tarea vital en la atención diaria del paciente.³²⁻³³

II. JUSTIFICACIÓN

El acompañamiento integral en la atención del paciente con VIH resulta crucial para obtener el máximo beneficio de los recursos que hoy en día como médicos contamos, gracias a los múltiples avances en investigación sobre esta área podemos mencionar que el VIH es una enfermedad controlable, que permitiría con un adecuado acompañamiento y adecuadas redes de apoyo, obtener una buena calidad de vida en todas las áreas. Sin embargo existen aún muchas barreras, creencias estigmatizantes a nivel social que siguen impidiendo la detección oportuna, la promoción de la salud y la confianza del paciente para acercarse a recibir orientación sobre los puntos clave de esta enfermedad.³⁴

El diagnóstico de VIH resulta ser sin duda un evento importante en la vida de cada paciente, afectado su desarrollo como persona, su entorno social, tanto familiar, laboral y de pareja. Evaluar el apoyo social con el que cuenta cada paciente como un factor asociado a un grado de calidad de vida ayudara a profundizar en el tratamiento para el paciente y a concientizar sobre la importancia en la prevención de la enfermedad y sus complicaciones más frecuentes. Actualmente en el sector salud no se le da la importancia debida a la continua evaluación de la calidad de vida y apoyo social que se le brinda a los pacientes con dicha enfermedad, por lo que es de suma importancia que en la práctica médica, especialmente en primer nivel de atención, se lleve a cabo una constante promoción de la salud y concientización de esta enfermedad, así como una detección oportuna que una vez realizada incluirá la evaluación de condición física del paciente, apoyo social , calidad de vida y factores de riesgo sociales que pudieran entorpecer un adecuado seguimiento.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según estimaciones conjuntas realizadas por Onusida-Censida, a finales del 2013 en nuestro país existían 180 mil personas viviendo con VIH y sida. La prevalencia de VIH en la población de 15 y más años fue del 0.2%, lo que significa que dos de cada mil personas de esas edades estaba viviendo con el VIH. Se considera que dicha prevalencia ha tenido tendencia a la baja durante los últimos 10 años.

El número anual de nuevas infecciones por VIH alcanzó su valor máximo en el año 2005, con una estimación promedio de 15 mil nuevas infecciones, y ha venido disminuyendo para llegar a 9 mil 300 en el 2013. Del total de personas infectadas por el VIH, se ha estimado que el 50% no lo saben.

El 95.1 de los casos de VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas; el 2.9 por ciento se produjeron por vía sanguínea y el 2.0 por ciento por transmisión perinatal.

En el caso de mortalidad, a pesar de que actualmente vivir con VIH puede considerarse una condición crónica, gracias a los medicamentos innovadores para combatir la infección y al incremento del acceso universal, la reducción y evitar las complicaciones de la misma continúa siendo un reto permanente en el país y en el mundo.

El VIH y sida son un grave problema de salud pública en nuestro país. Esta infección tiene un significativo impacto en la calidad de vida y dinámica social del enfermo, tanto a familiar y comunitario. A nivel individual la infección por VIH provoca dudas, miedos, depresión, favoreciendo la progresión de la infección, la falta de apego a tratamiento y elevando la mortalidad de cada paciente por lo que resulta crucial evaluar continuamente la calidad de vida y el apoyo social que cada paciente recibe de sus distintas redes de apoyo.

El evaluar el impacto que tiene el apoyo social en la calidad de vida del paciente con VIH podrá ofrecernos un panorama sobre la importancia del acompañamiento integral del paciente, en las diferentes esferas biológica, psicológica y social.

Por lo previamente mencionado, es que surge la siguiente pregunta de investigación en este estudio.

¿Existe asociación entre apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH en HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020.”?

IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General:

- “Determinar la asociación entre apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH en HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020.”

Específicos:

1. Describir la calidad de vida de acuerdo a apoyo social afectivo.
2. Identificar el grado de calidad de vida en relación a la edad.
3. Identificar el apoyo social de los pacientes en relación a la carga viral.
4. Describir el grado de apoyo social en relación a su estado civil.
5. Identificar el grado de apoyo social confidencial de los pacientes en relación al género.
6. Identificar la calidad de vida con el que cuentan los pacientes en relación a su estado civil.
7. Conocer la calidad de vida en relación a la escolaridad.
8. Describir la calidad de vida relacionada a las personas con las que habitan.

V. HIPÓTESIS

H0: Sí existe asociación entre apoyo social y la calidad de vida en pacientes con VIH en el HGR/UMF N°. 220 Toluca, 2020.”

H1: No existe asociación entre apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH en el HGR/UMF N°. 220 Toluca, 2020.”

VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO.

Se realizará el presente estudio en pacientes con diagnóstico de VIH mayores de 18 años, que asisten con regularidad a consulta en el servicio de Infectología, turno matutino del HGR/UMF 220 “José Vicente Villada” en Toluca que acepte mediante consentimiento informado participar en el mismo. Se solicitará voluntariamente acudir al aula de medicina preventiva en la Unidad de Medicina Familiar 220 destinada para la contestar las escalas aplicadas con la finalidad de mantener la comodidad y privacidad de cada participante.

VI.2 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal.

Observacional, dado que se presentan los fenómenos sin modificar las variables.

Analítico porque su finalidad es evaluar una relación entre apoyo social y su efecto en la calidad de vida.

Transversal porque los datos de cada sujeto se presentan un momento en el tiempo.

VI.3 GRUPO DE ESTUDIO

Se realizará el estudio en pacientes con diagnóstico de VIH mayores de 18 años de edad, que acuden a consulta externa con regularidad al servicio de Infectología turno matutino con derechohabencia perteneciente al HGR/UMF 220 IMSS.

VI.3.1 TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

VI.3.2. TIPO DE MUESTREO

Se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple para la obtención de muestra en este estudio en relación a las citas programadas de consulta, se considera que dicho proceso brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados.

VI.3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra se eligió acorde al total de pacientes registrados en el censo de casos diagnosticados hasta el año 2020, con un total de 612 pacientes de los cuales mediante el tamaño de la muestra se realizó con las siguiente formula con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5% .

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

n: es el tamaño de la muestra

N: Universo de trabajo en este caso 612 pacientes registrados con diagnóstico de VIH

p: (la proporción de la población con la característica deseada, es decir el éxito) de 0.95

q: (la proporción de la población sin la característica deseada, es decir el fracaso) de 0.05

$Z_{\alpha/2}$ = Nivel de significancia o probabilidad de equivocarse, medible en desviaciones (Z) por tanto es igual a 1.96 esto para dar un IC del 95%

d= error estándar permitido siendo este de 5% es decir de 0.05

Aplicando todo lo previo y despejando la fórmula se obtuvo el siguiente resultado:

$$n = \frac{(612)(1.96)^2(0.05)(0.95)}{(0.05)^2(612-1) + (1.96)^2(0.05)(0.95)} \qquad n = \frac{111.75312}{1.709976} = 139$$

VI.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN)

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Derechohabientes que estén adscritos al Instituto Mexicano del Seguro social.
2. Edad en un rango de 18-60 años.
3. Firmar consentimiento informado que acepta contestar cuestionario.
4. Que cuenten con recuento celular y carga viral en el último año al estudio.

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

5. Acudir a otras unidades de atención médica para pacientes con VIH.
6. Pacientes que acuden a consulta por primera vez.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

7. No completar cuestionario.
8. Que el paciente decida no seguir participando.

VI.5 VARIABLES

VI.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Apoyo Social

VI.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Calidad de Vida

VI.5.3 COVARIABLES

Ocupación, Preferencias Sexuales, Edad, Género, Estadio CDC de la enfermedad,

VI.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1. Apoyo Social

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Definición conceptual: El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas.

Definición operacional: corresponde al puntaje total del instrumento DUKE UNC-11, el cual mide el apoyo social funcional o cualitativo percibido. Evalúa apoyo confidencial y el apoyo afectivo. Consta de 11 ítems en un rango de 0 a 5 puntos obteniendo su interpretación mediante los siguientes resultados:

9. Menor o igual a 11 puntos= mínimo
10. 12 a 33 puntos= medio
11. 34 a 55 puntos= máximo

Para fines de análisis estadístico, dado que es un instrumento que de acuerdo al puntaje se obtiene su clasificación utilizare el puntaje obtenido para aplicar prueba estadística de Chi Cuadrada.

2. Calidad de Vida

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Definición conceptual: la escala MOS-SF30 (1996) evaluará la calidad de vida relacionada a la salud para población mexicana con diagnóstico de VIH, la cual se compone de 30 ítems consiste , 22 ítems con escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho con 3 puntos (0 a 2). Los ítems se subdividen en 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud.

- Salud percibida: con un valor máximo de 4 puntos y un mínimo de 0 puntos.
- Dolor: Con un valor máximo de 4 puntos y un valor mínimo de 0 puntos.
- Funcionamiento Físico: un valor máximo de 12 puntos y un valor mínimo de 0 puntos.
- Actividad Diaria: Con un valor máximo de 4 puntos y un mínimo de 0 puntos
- Funcionamiento Social: Con un valor máximo de 4 puntos y un valor mínimo de 0 puntos.
- Salud Mental: Con un máximo de 20 puntos y un mínimo de 0 puntos.
- Energía/Fatiga: Con un máximo de 16 puntos y un mínimo de 0 puntos.
- Mal estar respecto a la salud: Con una puntuación máxima de 16 puntos y un mínimo de 0 puntos.
- Funcionamiento Cognitivo: Con un máximo de 16 puntos y un mínimo de 0 puntos.

- Calidad de vida Percibida: Con un máximo de 4 puntos y un mínimo de 0 puntos.
- Transición de la salud: Con un máximo de 4 puntos y un mínimo de 0 puntos.

Escala	Numero de ítems	Rango Posible
Salud en General	1	0-4
Dolor	2	0-4
Funcionamiento Físico	3+4+5+6+7+8	0-12
Actividad diaria	9+10	0-4
Funcionamiento Social	11	0-4
Salud Mental	12+13+14+15+16	0-20
Energía/Fatiga	17+18+19+20	0-16
Malestar respecto a la salud	21+22+23+24	0-16
Funcionamiento Cognitivo	25+26+27+28	0-16
Calidad de vida Percibida	29	0-4
Transición de la Salud	30	0-4

Mediante la recolección de resultados algebraicos el resultado de cada sub escala se convertirá a porcentaje para entrar en un rango de 0-100 de la siguiente manera:

$$\text{Valor en porcentaje: } \left[\frac{(\text{Puntuación real}) - (\text{Puntuación más baja posible})}{(\text{Máximo recorrido de puntuación cruda})} \right] \times 100$$

3. Estado Civil

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

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: Evaluación de la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Soltero (a)

Unión Libre
Casado (a)

4. Grupo etario

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

Definición conceptual: tiempo transcurrido entre el nacimiento y el tiempo presente, que en general se mide en años, a partir de los primeros 12 meses de vida.

Definición operacional: consiste en la evaluación de los años cumplidos al momento de la encuesta, siendo la edad mínima de 40 años, sin límite superior, obteniendo 9 rangos, siendo éstos los siguientes:

18-20 años

21-30 años

31-40 años

41-50 años

51 a 60 años

5. Género

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Definición conceptual: identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino.

Definición operativa: consiste en la evaluación del género de acuerdo a la respuesta del cuestionario realizado a cada paciente, la cual se dividirá en dos rangos siendo estos los siguientes:

Género femenino

Género masculino

6. Grado de estudios

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Definición conceptual: La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.

Definición operacional: consiste en la evaluación de dicho padecimiento en cada paciente, evaluado mediante información obtenida por el mismo (con diagnóstico corroborado previamente) obteniendo dos grupos:

12. Ningún estudio
13. Estudios básicos
14. Carrera técnica
15. Licenciatura
16. Posgrado

7. Personas con las que habitan

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Definición operacional: La idea de núcleo familiar responde a una concepción moderna de la familia limitada a los vínculos de parentesco más estrechos (relaciones paternas/maternas y filiales).

Las familias pueden ser de uno o varios núcleos, según el número de estos vínculos.

VI.6 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

VI.6.1 INSTRUMENTO DUKE UNC-11 para valoración de apoyo social

DESCRIPCIÓN

El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue diseñado por Broadhead en 1988. Su objetivo es medir “apoyo social funcional percibido”. La calidad del apoyo social ha demostrado ser mejor predictor de salud y bienestar, explora los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social.

EVALUACIÓN

Se trata de un cuestionario de 11 ítems. Cada pregunta admite 5 posibles respuestas. El análisis factorial original demuestra la existencia de dos dimensiones: apoyo confidencial (ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9, y 10) y apoyo afectivo (ítems 3, 4, 5 y 11). La puntuación obtenida, que oscila entre 11 y 55, es importante recalcar que el resultado es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta mayor puntuación, menor apoyo. Los niveles de calificación de acuerdo a los creadores del instrumento son los siguientes:

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
APOYO TOTAL	55	33	11
APOYO AFECTIVO	25	15	5
APOYO CONFIDENCIAL	30	18	6
ESCASO APOYO SOCIAL: MENOS DE 33			
ESCASOS RECURSOS AFECTIVOS: MENOS DE 15			
ESCASO APOYO CONFIDENCIAL: MENOS DE 18			

El punto de cohorte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.

VALIDACIÓN

El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue diseñado por Broadhead en 1988. Su objetivo es medir “apoyo social funcional percibido”. La calidad del apoyo social ha demostrado ser mejor predictor de salud y bienestar que el número de amigos o la frecuencia de visitas, las llamadas medidas estructurales. Explora los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social.³⁵

VI.6.2 ESCALA DE MOS HIV para la evaluación de calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diagnóstico de VIH.

DESCRIPCIÓN

La escala MOS-SF-30 (1996) evaluará la calidad de vida relacionada a la salud para población mexicana con diagnóstico de VIH, la cual se compone de 30 ítems, consiste en 22 ítems con escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho con 3 puntos (0 a 2). Los ítems

se subdividen en 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud.

APLICACIÓN

La escala MOS-SF30 se evalúa de acuerdo a los siguientes ítems:

I. Función física: por medio de los siguientes apartados:

- Esfuerzos Intensos (correr, levantar objetos pesados)
- Esfuerzos moderados (mover una mesa, caminar más de 1 hora)
- Coger o llevar una bolsa de compras
- Subir varios pisos por la escalera
- Agacharse o arrodillarse
- Caminar un kilómetro o mas
- Caminar varias manzanas
- Caminar una sola manzana
- Bañarse o vestirse por sí mismo

II. Rol Físico: por medio de los siguientes ítems

- ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?
- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
- .¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
- .¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

III. Dolor corporal: evaluado por los siguientes ítems:

- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 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)?

IV. Salud General: Evaluada por los siguientes ítems:

- En general usted diría que su salud es:

En donde las posibles respuestas son:

- ✓ Excelente
- ✓ Muy buena
- ✓ Buena
- ✓ Regular
- ✓ Mala

En donde entre las posibles respuestas se encuentran:

- Estoy tan sano como cualquiera
- Mi salud es excelente

V. Vitalidad: la cual se evalúa mediante los siguientes ítems:

- ¿Se sintió lleno de vitalidad?
- ¿Tuvo mucha energía?
- ¿Se sintió agotado?
- ¿Se sintió cansado?

VI. Función social: la cual se evalúa mediante los siguientes ítems

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?

- ✓ Nada

- ✓ Un poco
- ✓ Regular
- ✓ Bastante
- ✓ Mucho

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)?

- ✓ Siempre
- ✓ Casi siempre
- ✓ Muchas veces
- ✓ Algunas veces
- ✓ Alguna vez

VALIDACIÓN

Los datos para esta validación se recogieron entre abril de 2002 y febrero de 2004. Un comité de expertos realizó una síntesis de dos traducciones al castellano del cuestionario MOS-VIH, cuya factibilidad se valoró midiendo tiempos de respuesta y números de ítems no resueltos en un grupo de 32 personas. Se aplicó el cuestionario a un grupo de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH⁺) y un grupo de referencia.

Las puntuaciones medias obtenidas por los dos grupos fueron distintas en nueve dimensiones y los intervalos de confianza del 95%. La escala MOS-HIV está validada para su uso en investigación, en la población mexicana infectada por el VIH.

VII. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación cumple con los lineamientos internacionales, nacionales y locales.

Conserva los principios de respeto a la persona, beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia, conforme a los aspectos éticos de toda investigación.

Se rige bajo las normas éticas institucionales sobre investigación según la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, clasificando al presente estudio como categoría II con riesgo mínimo que en base en el título segundo artículo 17, es una investigación que emplea riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios

De igual manera regido bajo las leyes vigentes del Comité de Bioética del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y su séptima revisión aprobada en 2013 en Fortaleza (Brasil), que se ha promulgado como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Siendo un estudio sin riesgo dado que no se trata de una evaluación tipo experimental.

El presente trabajo de investigación se evaluará por el Comité de ética en Investigación, una vez aprobado el tesista realizará la selección de posibles participantes, se les invitará pasar a un aula específicamente destinada para la recopilación de información en donde se le explicará con lenguaje no técnico el objetivo y la metodología del estudio, se solicitará a su vez bajo consentimiento informado responder a preguntas relacionadas con las escalas a evaluar, se entregará copia del consentimiento informado a cada participante una vez aprobado y se explicará ampliamente que información obtenida se destinará únicamente con fines académicos.

Los participantes se seleccionaron de manera aleatoria en las instalaciones de la UMF/HGR 220 IMSS sin ningún tipo de discriminación física, política, religiosa, de género, ni por preferencias sexuales.

VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Tesista Daniela González Mendieta quien aplicara el cuestionario.

Personal derechohabiente adscrito al HGR 220 asistente a seguimiento en consulta de infectología turno matutino que responda al cuestionario.

RECURSOS FISICOS

Se requiere de un espacio libre en la UMF/HGR 220 donde se proporcionará el cuestionario a evaluar, en donde pueda tener cada paciente la privacidad y la comodidad para responder las preguntas.

RECURSOS ÉTICOS

Para la elaboración del estudio se realizara un proceso de mínima invasión, al aplicar instrumentos de evaluación relacionados a su enfermedad existe el riesgo de percibir daño a su privacidad, por lo que se realizará previo consentimiento informado, además de que la información recopilada contará con la confidencialidad de los datos proporcionados, los cuales únicamente serán utilizados con fines académicos.

RECURSOS FINANCIEROS

Recursos Materiales y Económicos a cargo del investigador/ Tesista.

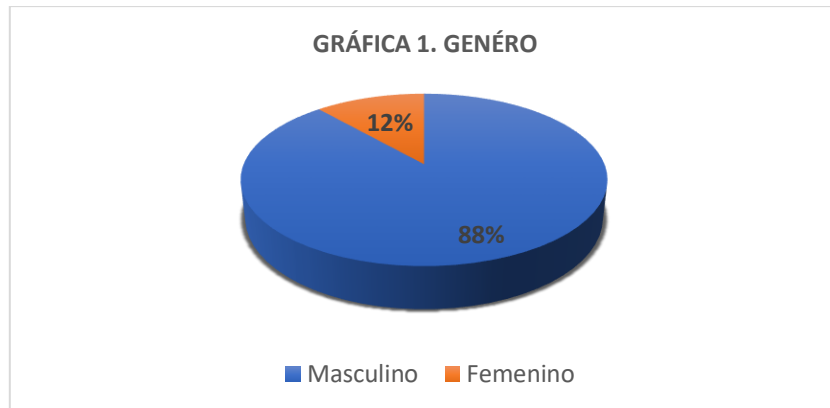
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	P* R **	AÑO 2018					AÑO 2019												AÑO 2020												AÑO 2021		
		08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03
Delimitación del tema.	P	X	X																														
	R	X	X																														
Recuperación, revisión, selección bibliográfica.	P			X	X	X	X	X																									
	R			X	X	X	X	X																									
Elaboración de Protocolo.	P								X	X	X	X																					
	R								X	X	X	X																					
Planeación operativa.	P										X	X																					
	R										X	X																					
Recolección de información.	P													X	X	X	X	X	X														
	R													X	X	X	X	X	X														
Análisis de resultados.	P																					X	X	X	X								
	R																					X	X	X	X								
Escritura de tesis.	P																								X	X	X	X					
	R																								X	X	X	X					
Obtención de grado.	P																															X	
	R																																

*P: programado *R: realizado

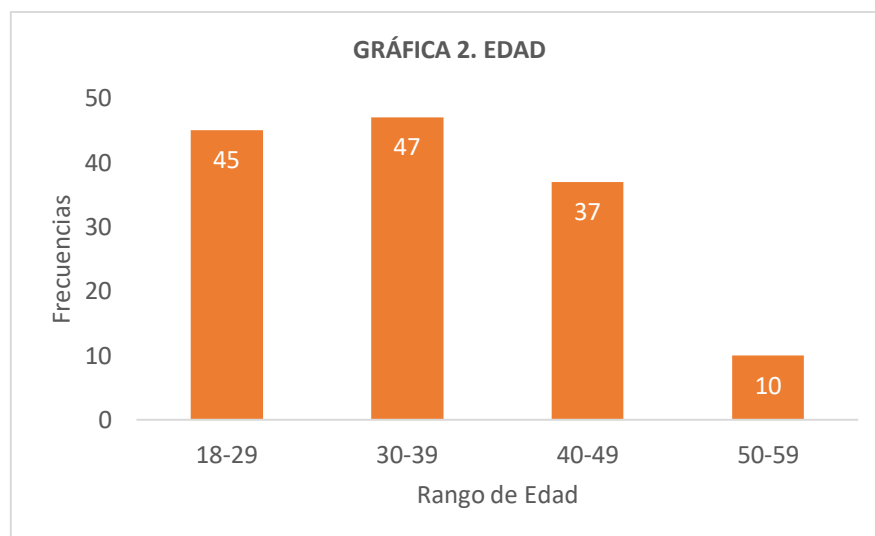
X. Resultados

La investigación se realizó en 139 pacientes que distribuidos por género 123 fueron masculinos (88%) y 16 masculinos (12%). (Gráfica 1).



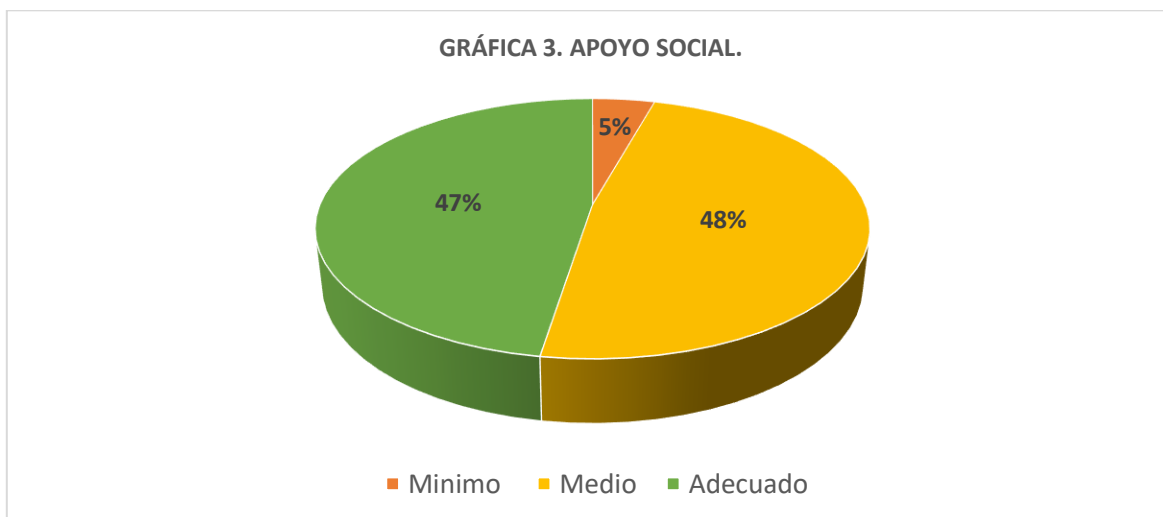
Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020."

Para la mejor apreciación e interpretación de los datos la población se organizó en rangos de edad, considerando por rango: de 18 a 29 años 45 pacientes (32%), de 30-39 años 47 pacientes (33%), de 40 a 49 años 37 pacientes (27%), de 50 a 59 años 10 pacientes (8%) (Gráfica 2).



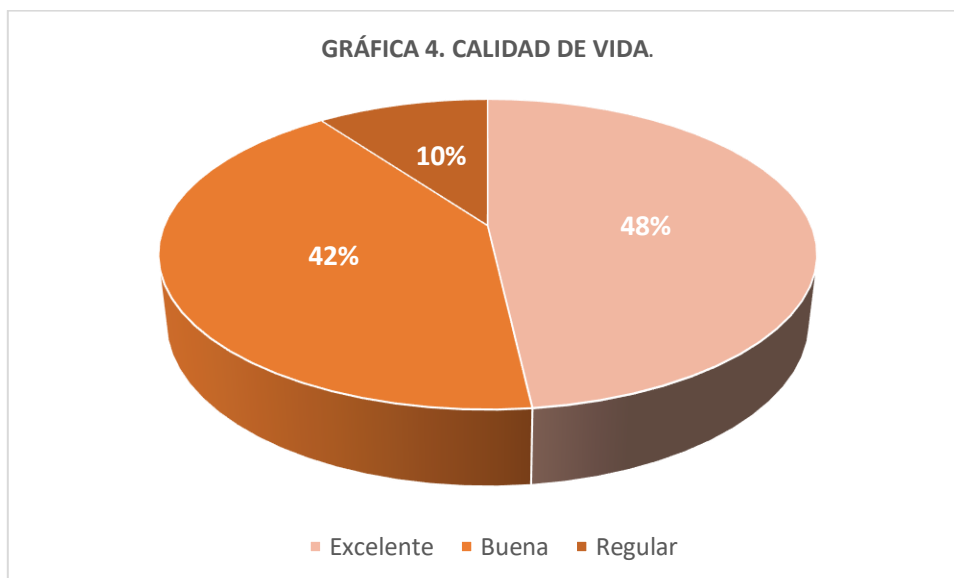
Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020"

Para el apoyo social se encontró que 66 pacientes (47%) cuentan con un apoyo social adecuado, con apoyo social medio 67 pacientes (48%) y con apoyo social mínimo 6 pacientes (5%). (Gráfico 3).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020

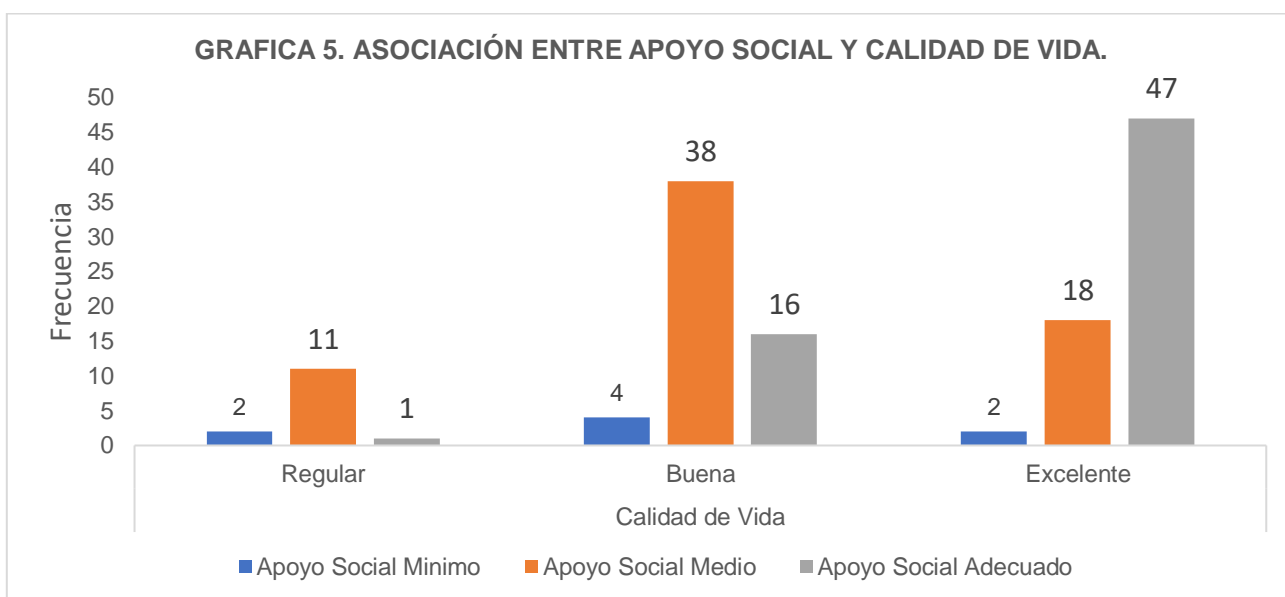
Con respecto a la calidad de vida, 67 pacientes (48%) refieren una excelente calidad de vida, con una calidad de vida buena se encontraron 58 pacientes (42%), mientras que 14 pacientes (10%) cuentan con una calidad de vida regular.



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

Se encontró que en relación al apoyo social y a la calidad de vida un total de 47 pacientes (34%) cuentan con un apoyo social adecuado y una calidad de vida excelente, mientras que 38 pacientes (27%) cuentan con una calidad de vida buena con un apoyo social medio.

Para analizar la asociación entre apoyo social y calidad de vida se realizó la prueba de χ^2 con valor de $p= 0.001$, corroborado por prueba exacta de Fisher con $p= 0.005$, por lo que estadísticamente se encontró asociación. (Gráfica 5) (Cuadro 1).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

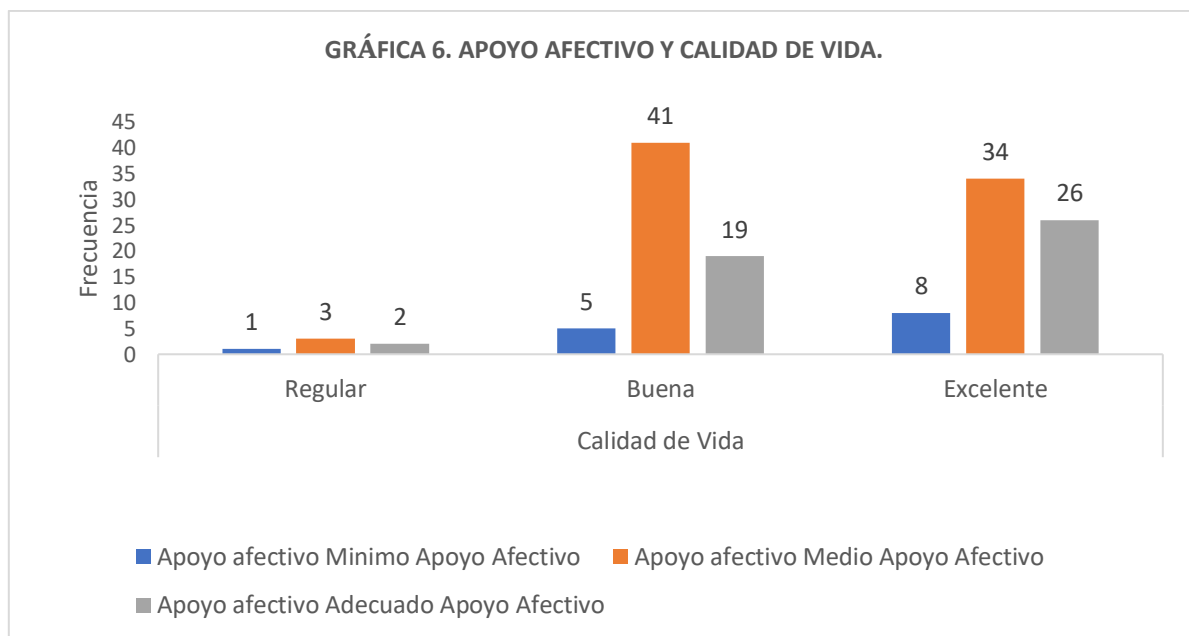
Cuadro 1. Asociación entre Apoyo social y Calidad de vida

A.S. \ C.V.	Excelente		Buena		Regular		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec	Por. (%)
Adecuado	47	33.81	16	11.5	1	0.71	64	46
Medio	18	12.94	38	27.33	11	7.8	67	48
Mínimo	2	1.43	4	2.89	2	1.43	8	6
Total	67	48.1	58	41.7	14	9.94	139	100

A.S. (Apoyo Social), C.V. (Calidad de Vida), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

En cuanto a la calidad de vida relacionada al apoyo social específicamente de tipo afectivo se encontró que la mayor frecuencia con 41 pacientes (29%) se encuentra en una calidad de vida buena con un apoyo afectivo medio, seguido de 34 pacientes (24%) con una excelente calidad de vida y un apoyo afectivo medio, el cual predominó en esta categoría. (Gráfica 6) (Cuadro 2).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

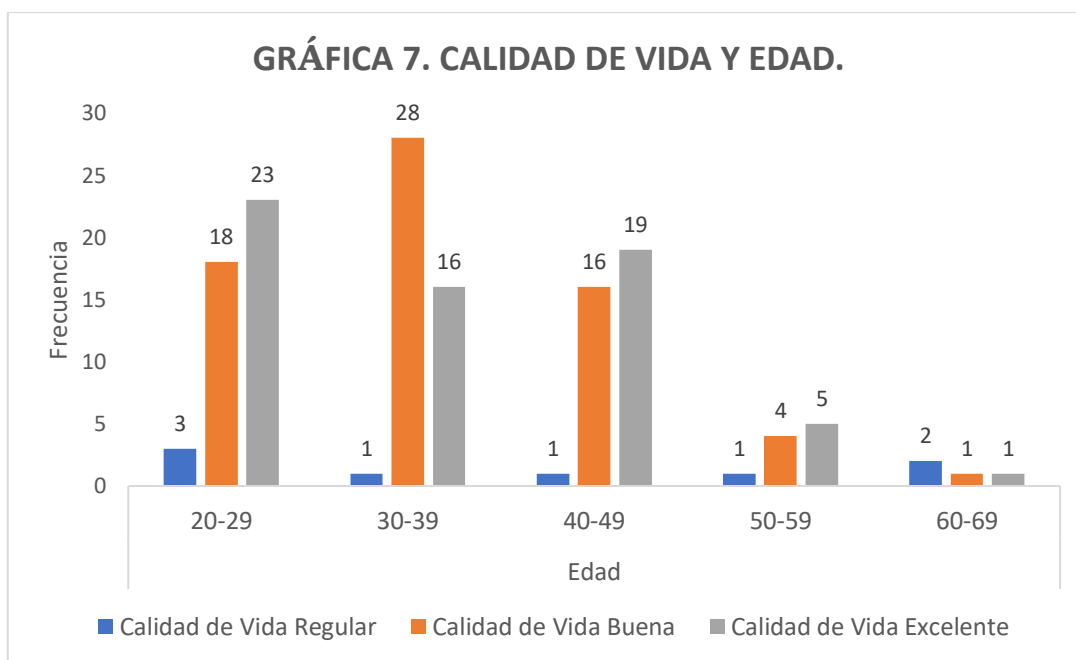
Cuadro 2. Asociación entre Apoyo social de tipo afectivo y Calidad de vida

C.V. \ A.S. Afectivo	Excelente		Buena		Regular		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)
Adecuado	26	18.7	19	13.6	2	1.4	47	34
Medio	34	24.4	41	29.4	3	2.1	78	56
Mínimo	8	5.75	5	3.5	1	0.71	14	10
Total	68	49	65	47	6	4	139	100

A.S. (Apoyo Social), C.V. (Calidad de Vida), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

Para la calidad de vida relacionada a la edad se observó que la máxima, 28 pacientes (20%) se encontró en edades entre 30 y 39 años con una calidad de vida buena, seguido de 23 pacientes (17%) con una calidad de vida excelente en edades comprendidas de 20 a 29 años. Cabe mencionar que de los 4 pacientes que participaron con edad de 60 a 69 años, 2 refieren calidad de vida regular. (Grafica 7) (Cuadro 3).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

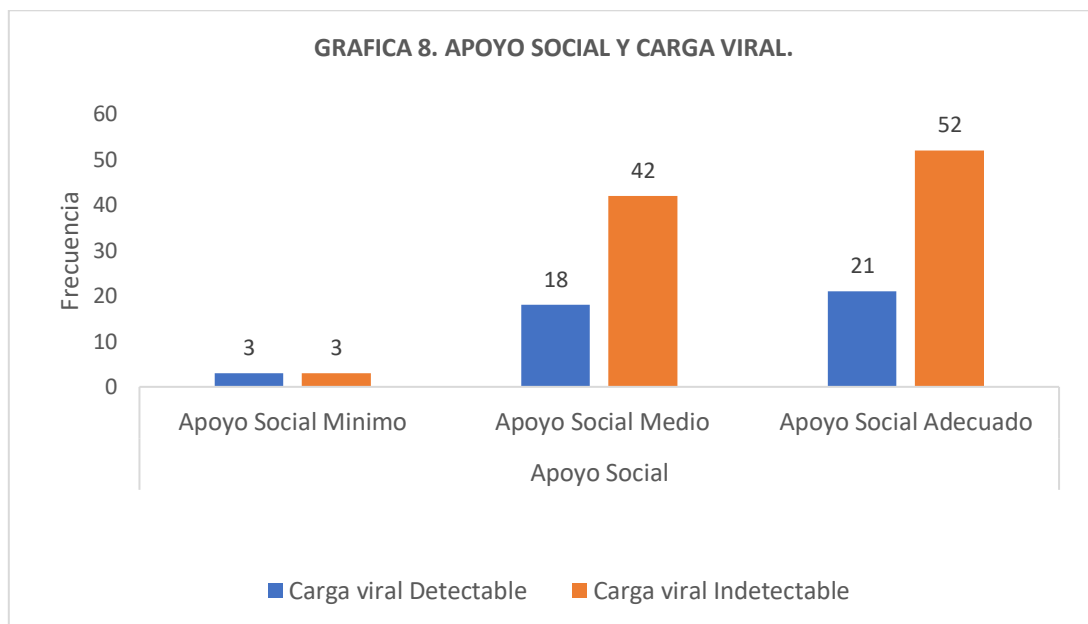
Cuadro 3. Relación de Calidad de vida y Edad.

C.V. \ Edad	Excelente		Buena		Regular		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)
20-29	23	16.5	18	12.9	3	2.1	44	31.7
30-39	16	11.5	28	20.1	1	0.7	45	32.3
40-49	19	13.6	16	11.5	1	0.7	36	26
50-59	5	3.5	4	2.8	1	0.7	10	7
60-69	1	0.7	1	0.7	2	1.4	4	3
Total	64	48	67	49	8	3	139	100

C.V. (Calidad de Vida), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

En cuanto a carga viral se observó que 97 pacientes (70%) se encuentran con carga viral indetectable mientras que 42 (30%) tienen carga viral detectable. Relacionado a apoyo social la máxima de 52 pacientes mostraron apoyo social adecuado y carga viral indetectable, continuando 44 pacientes con apoyo social medio y carga viral indetectable. La mayoría de los pacientes con carga viral detectable 21 pacientes refirieron apoyo social adecuado. (Grafica 8) (Cuadro 4).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

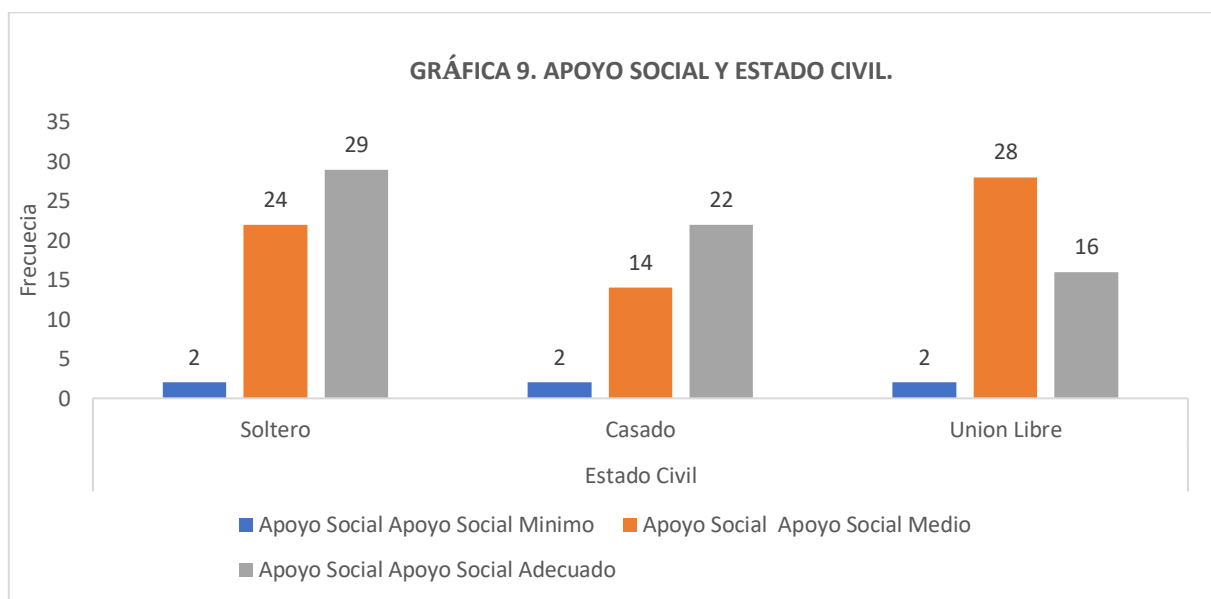
Cuadro 4. Relación entre Apoyo social y Carga viral

Carga Vir. A.S.	Detectable		Indetectable		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec	Por. (%)
Adecuado	21	15.1	52	37.4	73	53
Medio	18	12.9	42	30.2	60	43
Mínimo	3	2.1	3	2.1	6	4
Total	42	31	97	69	139	100

A.S. (Apoyo Social) Cara.Vir. (Carga Viral), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

En relación al estado civil 53 pacientes (38%) refirieron encontrarse solteros, seguido de unión libre con 48 pacientes (36%). Al relacionar apoyo social y estado civil se observó que la máxima frecuencia con 29 pacientes tienen apoyo adecuado y son solteros, 28 pacientes que se encuentran en unión libre refirieron un apoyo social medio, en el estado civil casado predomina con 23 pacientes el apoyo social adecuado. (Grafica 9) (Cuadro 5).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

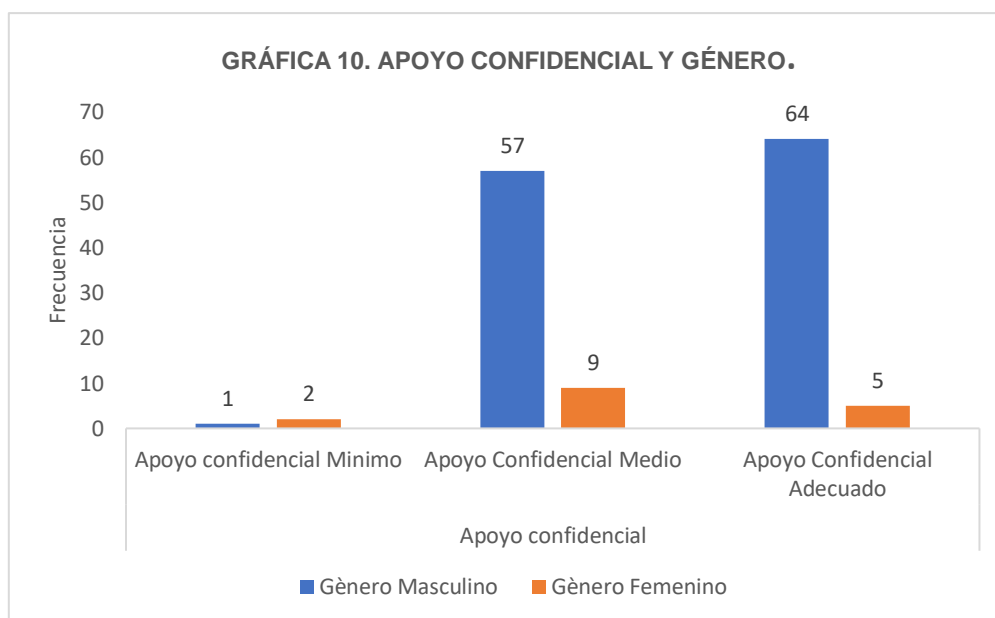
Cuadro 5. Apoyo social y Estado Civil

A.S. \ E.C.	Soltero		Casado		Unión Libre		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec	Por. (%)
Adecuado	29	20.8	22	15.8	16	11.5	67	48
Medio	24	17.2	14	10	28	20.1	66	47
Mínimo	2	1.4	2	1.4	2	1.4	6	5
Total	55	39	38	27	46	34	139	100

A.S. (Apoyo Social) E.C. (Estado Civil), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

En el apoyo social de tipo confidencial relacionado al género arrojó que de los 123 pacientes masculinos 66 (53%) tienen un apoyo confidencial adecuado seguido de 57 (46%) con apoyo confidencial medio, sin embargo en el género femenino de las 16 pacientes participantes, 9 (56%) refieren un apoyo confidencial medio seguido de 5 (31%) con apoyo confidencial adecuado y 2 (13%) de las pacientes refieren un apoyo social mínimo, por lo cual fue interesante observar que el género femenino es el más afectado en este rubro. (Grafica 10) (Cuadro 6).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

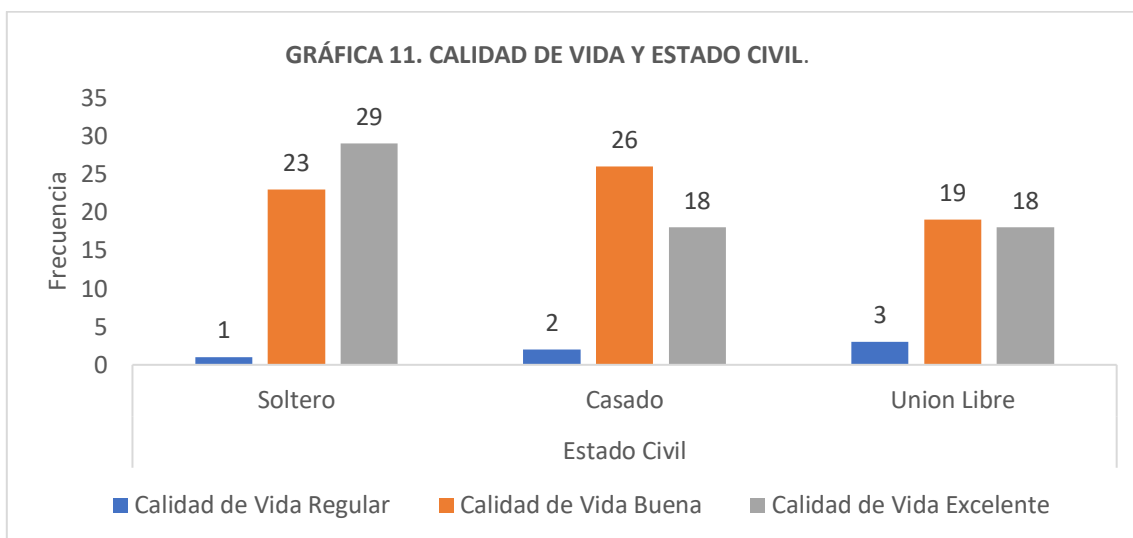
Cuadro 6. Apoyo Social de tipo confidencial y Género

A.S. Confidencial	Gen.	Masculino		Femenino		Total	
		Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec	Por. (%)
Adecuado		64	46	5	3.5	69	49
Medio		57	41	9	6	66	47
Mínimo		1	0.7	2	1.4	3	4
Total		122	87.7	16	12.3	139	100

A.S. (Apoyo Social) Gen.(Género), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

Para la calidad de vida y su relación con el estado civil la mayor frecuencia se encontró en los pacientes solteros que presentan una calidad de vida excelente con un total de 29 pacientes (20%), posteriormente predomina en participantes casados una calidad de vida buena con 26 pacientes (19%). (Gráfico 11) (Cuadro 7).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

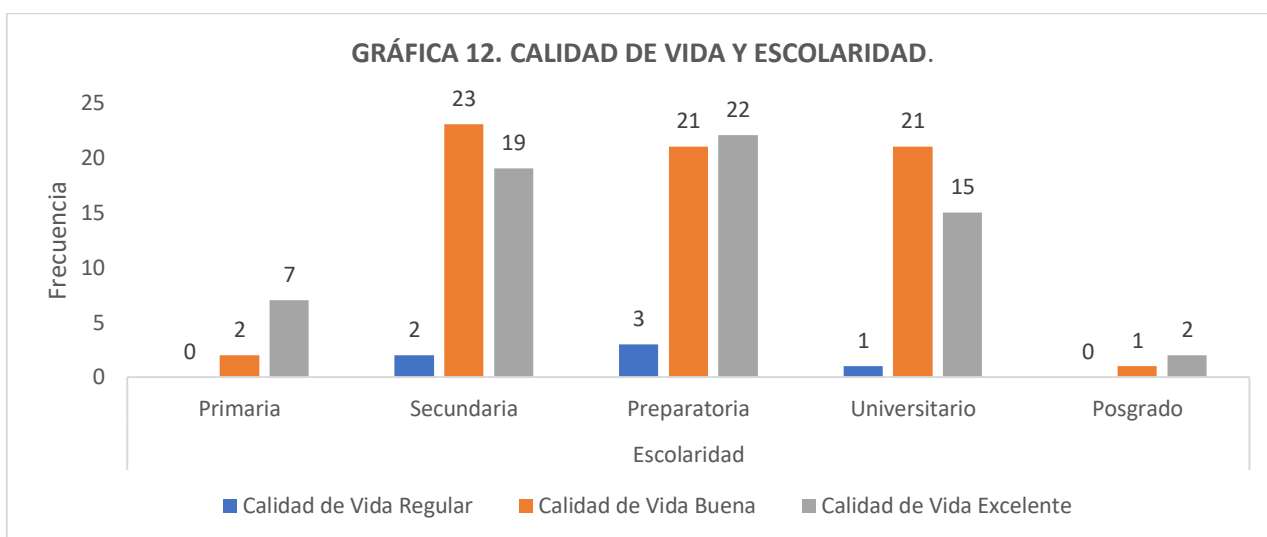
Cuadro 7. Calidad de vida y Estado Civil

E.C. \ C.V.	Excelente		Buena		Regular		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)
Soltero	29	20.8	23	16.5	1	0.7	53	38
Casado	18	12.9	26	18.7	2	1.4	46	33
Unión Libre	18	12.9	19	13.6	3	2.1	40	29
Total	65	47	68	49	6	4	139	100

E.C. (Estado Civil) C.V.(Calidad de Vida), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

El grado de escolaridad que predominó fue preparatoria con 46 participantes (33%), seguido de secundaria con 44 pacientes (32%) posteriormente estudios universitarios con 37 pacientes (26%), 9 (7%) refirieron nivel primaria y 3 participantes (2%) posgrado. La relación de calidad de vida y escolaridad arrojó que la mayor frecuencia con 23 pacientes de calidad de vida buena se encontró en pacientes con estudios de secundaria seguido de calidad de vida excelente con 22 pacientes con estudios de preparatoria. (Gráfica 12) (Cuadro 8).



Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

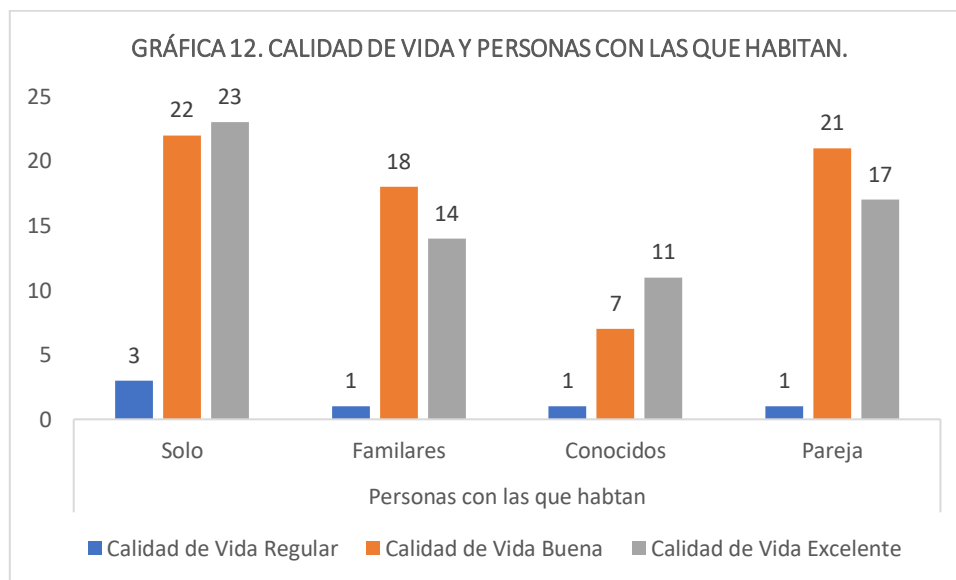
Cuadro 8. Calidad de vida y Escolaridad

C.V. \ Escolaridad	Excelente		Buena		Regular		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)
Primaria	7	5	2	1.4	0	0	9	6
Secundaria	19	13.6	23	16.5	2	1.4	44	32
Preparatoria	22	15.8	21	15.1	3	2.1	46	33
Universitario	15	10.7	21	15.1	1	0.7	37	27
Posgrado	2	1.4	1	0.7	0	0	3	2
Total	65	44	68	49	6	7	139	100

C.V.(Calidad de Vida), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

En cuanto a la calidad de vida y su relación con las personas con las que habitan, se observó una máxima frecuencia de calidad de vida excelente en personas que habitan solas con 23 pacientes, seguido de calidad de vida buena con 22 participantes en la misma categoría, por lo que no se encontró que vivir solo en estos pacientes fuera un factor de riesgo para afectar su calidad de vida. (Gráfica 12) (Cuadro 9).



Cuadro 9. Calidad de vida y Personas con las que habitan

C.V. \ P.H.	Excelente		Buena		Regular		Total	
	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec.	Por. (%)	Frec	Por. (%)
Solo	23	16.5	22	16.5	3	2.9	48	35
Familiares	14	10	18	12	1	0.7	33	23
Conocidos	11	7.9	7	5	1	0.7	19	14
Pareja	17	12	21	15	1	0.7	39	28
Total	65	46	68	49	6	5	139	100

P.H. (Personas con las que habitan) C.V.(Calidad de Vida), Frec.(Frecuencia), Por. (Porcentaje)

Fuente: Base de datos de la Investigación "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020".

XI. CONCLUSIONES

De acuerdo con la pregunta de investigación y los objetivos planteados, el apoyo social tiene gran relación con la calidad de vida que refieren pacientes que viven con VIH. Muchos de los pacientes especialmente con el repentino cambio por la contingencia sanitaria por covid 19 se apoyaron de familiares, pareja o amigos cercanos para abastecerse de medicamentos, acudir puntualmente a sus citas y para mantener una adecuada estabilidad emocional ante un hecho histórico en el que el ser portador de VIH fue un factor de riesgo.

Es importante observar que el género más afectado fue el género masculino con edades entre los 30 y 39 años, con preparatoria terminada o trunca, estado civil solteros y que realizan en su mayoría actividades laborales, por lo que resulta imprescindible durante la práctica clínica realizar promoción a la salud en la población sexualmente activa, vislumbrar factores de riesgo y evitar relacionar esta enfermedad con estereotipos o ideologías.

El género que se visualizó más afectado en relación al tipo de apoyo social de tipo confidencial fue el género femenino por lo que resulta importante interrogar las redes de apoyo con las que se cuentan, especialmente en el caso de las mujeres en nuestro medio y nuestra cultura en el que aun existe una diferencia en la libertad de expresión y libre ejercicio de la sexualidad entre hombres y mujeres, debe evaluarse si existe algún impedimento para dar continuidad a su tratamiento médico y psicológico.

Gracias a la presencia de medicamentos antirretrovirales se ha transformado el VIH/SIDA de una enfermedad infecciosa aguda a una enfermedad crónica que exige el mantenimiento de un régimen de tratamiento constante de parte del paciente, en el cual el apoyo social, puede influir de una forma directa en la cantidad y profundidad de los cambios en los hábitos de vida que debe llevar a cabo necesariamente, quien padece esta enfermedad para poder seguir viviendo.

Es importante seguir realizando estudios enfocados en medir el valor o el peso relativo de algunas variables sociodemográficas y clínicas como el género, la edad, el nivel educativo, la ocupación, estrato socioeconómico, el estado civil, tiempo de diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad de VIH/SIDA, ya que estas variables pueden influir en la calidad de vida general de las personas que la padecen.

XII. SUGERENCIAS

La capacitación del paciente sobre todo de aquel que debuta con una enfermedad crónica como es el VIH que abarque patogenia, diagnóstico, métodos de control de la enfermedad, oportunidades terapéuticas y organizaciones y programas locales es una estrategia para disipar dudas, conocer profundamente las causas y la evolución de la enfermedad, así como los avances sobre tratamientos.

Durante la vigilancia del paciente se puede conjuntar en ayuda con el área de trabajo social para realizar citas bimestrales en los que además de capacitar, se pueda interrogar y aplicar instrumentos de evaluación de apoyo social y calidad de vida con la finalidad de detectar factores de riesgo y ofrecer una atención integral al paciente.

El estudio de salud familiar es el instrumento por excelencia en el área de medicina familiar para detección de factores de riesgo, redes de apoyo y diagnóstico familiar que proporcionará al proveedor de salud un panorama mucho más amplio del entorno del paciente así como una mejora a la relación medico paciente, lo que permitirá actuar de forma oportuna.

Promocionar organizaciones locales como es CAPASITS que además de ofrecer atención médica, ofrece conferencias y apoyo psicológico permite dar continuidad a uno de los logros más importantes en nuestro país en el ámbito de VIH, el acceso universal de atención integral.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mirón Canelo Juan Antonio, Alonso Sardón Montserrat, Iglesias de Sena Helena. Metodología de investigación en Salud Laboral. Med. segur. trab. [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Nov 07] ; 56(221): 347-365. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2010000400009&lng=es
2. Ortego Maté M, López González S, Álvarez Trigueros M. Ciencias Psicosociales I [Internet]. Ocw.unican.es. 2018 [cited 7 November 2019]. Available from: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf.
3. Novel, G. (2011). Sistemas Sociales de Apoyo. In G Novel, & L. Lluchv(Eds.) Enfermería Psicosocial II (pp.81-90) Barcelona: Salvat.
4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). "HIV Atención y Apoyo." *Atención y Apoyo Al VIH Teniendo En Cuenta Las Directrices Unificadas De 2016 De La OMS, UNAIDS, 2016*, www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf.
5. Directrices unificadas sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por VIH en grupos de población clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49094/9789275320075_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Vega Angarita O.M., González Escobar D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm . glob.* [Internet]. 2009 Jun [citado 2019 Oct 29];(16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200021&lng=es
7. Gallar Pérez A. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 3rd ed. Madrid: Ediciones Paraninfo S.A. Calle Velázquez no. 31; 2006.

8. Vega Angarita O, González Escobar D. APOYO SOCIAL: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enf Global* [Internet]. 1 [citado 8 de noviembre de 2019];8(2). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/663511>
9. Castro R. *Teoría Social en Salud*. 1st ed. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2010. Available From: https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Teor%C3%ADa%20social%20y%20salud_1.pdf
10. DI-Colloredo, Carlos, Aparicio Cruz, Diana Paola, Moreno, Jaime, Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina* 2007;1(2):125-156. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224996002>><http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/297224996002>
11. Vega Angarita O.M., González Escobar D.S.. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Jun [citado 2019 Nov 08] ; (16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200021&lng=es
12. Fauster M, Molero F. *Prejuicio y estigma hacia las personas que viven con el VIH: un estudio psico-social desde la perspectiva del grupo estigmatizado*. 2nd ed. Madrid: Person; 2008.
13. Urzua M, Alfonso, Caqueo-Urizar, Alejandra, *Calidad de Vida: Una revision teorica del concepto*. *Terapia Psicológica* (Internet). 2013; 30ed 61-71. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082012000100006
14. Urzúa M Alfonso. *Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales*. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2010 Mar [citado 2019 Nov 07] ; 138(3):358-365. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887201000030017&lng=es.

15. Marcano, Noraida, Aular de Durán, Judith, Finol de Franco, Mineira, Cuestiones conceptuales básicas en torno a la evaluación de programas. </i> Omnia [Internet]. 2009;15(3):9-30. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/es>.
16. Cabrera Alonso Susana Gabriela, Arteta Dalchiele Zaida, Meré Rouco Juan José, Cavalleri Ferrari Fiorella. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 07] ; 34(1): 3-41. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168803902018000100003&lng
17. Badia Yach X, Lara Suriñach N. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH [Internet]. Health Outcomes Research Europe GroupBarcelona. 2018 [cited 4 September 2019]. Available from: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf
18. Peña De León, Edilberto, Aguilar Gaytán, Sandra Socorro, Suárez Mendoza, Aldo Antonio, Reyes Terán, Gustavo (2007) Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. Rev Panam Salud Publica;21(5)313-319, mayo 2007. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid.pdf
19. Velarde-Jurado Elizabeth, Avila-Figueroa Carlos. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2002 Jul [citado 2019 Nov 07] ; 44(4): 349-361. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es
20. Quintero-Quiñónez JF, Goodman-Meza D, Burgos-Regil JL, Muñoz-Carvajal FA, Zúñiga-de Nuncio ML, Ornelas-Aguirre JM. Calidad de vida en personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(2):126-31.
21. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. México: CENSIDA; 2016.
22. Smith JA, Daniel R. Following the path of the virus: the exploitation of host DNA repair mechanisms by retroviruses. ACS Chem Biol. 2006; 1 (4): pp. 217–26.

doi:10.1021/cb600131q. PMID 17163676.

23. Fundación Huésped (2006). Sexualidad, embarazo y VIH/sida: Guía para promotores comunitarios. Buenos Aires: Fundación Huésped - Embajada Real de los Países Bajos. Disponible en <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/06/sexualidad-embarazosida.pdf>
24. Petracci, M. & Romeo, M. Resumen Ejecutivo del Índice de Estigma en Personas que viven con VIH, Argentina. Buenos Aires: Fundación Huésped. (2011) Disponible en <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/07/IndiceEstigmaDiscriminacion.Pdf>
25. Lamotte Castillo José Antonio. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2019 Nov 07] ; 18(7): 993-1013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es
26. Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Resolución aprobada por la Asamblea General el 8 de junio de 2016, Asamblea General Naciones Unidas 2016 [Citado el 7 de Noviembre] 26-41
Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf
27. Guevara-Sotelo Y, Hoyos-Hern PA. Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH (Living with HIV: Stigmatizing experiences in people with HIV). Psicogente [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 4 de septiembre de 2019];21(39):127-39. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2827>
28. CENSIDA, «Programa Especial del VIH, Sida e ITS, 2013-2018,» Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud., México, 2015 Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/diamundial/Panorama_nacional_de_la_respuesta_a_la_epidemia_de_VIH2015_1.pdf
29. CENSIDA, «La atención médica a las personas que viven con VIH/SIDA: la cascada de México 2014,» Dirección de Atención Integral. Centro Nacional para la

Prevención y el Control del VIH/Sida., México, 12

30. Magis Rodríguez, C., Bravo García, E., Gayet Serrano, C., Rivera Reyes, P., & De Luca, M. (2008). El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf
31. Bravo-García, E., & Ortiz-Pérez, H. (2015). Análisis de la mortalidad por VIH/SIDA en México, 1990-2013: ¿se cumplirá la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015? (artículo aceptado para publicación en *Gaceta Médica de México* 2016). Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_819-830.pdf
32. CENSIDA. Dirección de Atención Integral. (2015). Boletín de Atención de Personas con VIH (julio-septiembre 2015). Tercera Época 1(3) Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/diamundial/Panorama_nacional_de_la_respuesta_a_la_epidemia_de_VIH2015_1.pdf
33. Tamayo Zuluaga, B., Macías-Gil, Y., Henao Peláez, J., Cardona Arias, J., & Cabrera-Orrego, R. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(01), 9-23. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56238624002/html/index.html>
34. Lamotte Castillo José Antonio. Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN* [Internet]. 2014 Jul [citado 2019 Nov 14] ; 18(7): 993-1013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es
35. ALFONSO PIÑA LOPEZ JULIO, RIVERA ICEDO BLANCA MARGARITA. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL EN PERSONAS SEROPOSITIVAS AL VIH DEL NOROESTE DE MEXICO. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2007 Dic [citado 2019 Nov 14] ; 13(2): 53-63. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000200007>
36. Cardona-Arias J, Higueta-Gutiérrez L. Impact of HIV/AIDS on quality of life: Meta-

analysis 2002-2012. Rev Esp Salud Pública. 2014;88:87-101.
<https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000100006>

XIV. ANEXOS



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

Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

“ASOCIACION ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH EN HGR/UMF N°. 220 TOLUCA, 2020.”

Investigador Principal	E. En M.F GREGORIA MENDOZA AGUILAR
Investigador Asociado o Tesista	M.C. Daniela González Mendieta
Número de registro:	
Financiamiento (si Aplica)	
Lugar y fecha:	Toluca México a de del 2019
Riesgo de la Investigación:	Riesgo mínimo
Justificación y Objetivos del estudio:	El propósito del presente estudio es conocer el apoyo social y su relación con la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de VIH adscritos al HGR 220. Lo cual será de utilidad para crear impacto en la importancia que tiene el apoyo social en la calidad de vida del paciente con diagnóstico de VIH Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	Si usted decide participar se le aplicará un cuestionario que incluye dos apartados, en el primero se realizará un instrumento llamado DUKE UNC-11 para evaluar el apoyo social y el segundo apartado cuenta con preguntas para evaluar mediante la escala de MOS-HIV su calidad de vida.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo de incomodidad o molestia por percepción de invasión a la privacidad del participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran existir en cuanto a la mejora en el conocimiento en el apoyo social con el que cuenta y aspectos en los que usted puede mejorar su calidad de vida. Los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de Investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	Los resultados se analizarán en bloque al final de la recolección de la muestra, no se contara con información de los mismos y no se podrán entregar.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de colección de material biológico:	

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: M. E. en M.F. MARIA EMILIANA AVILES SANCHEZ e-mail: dra.cya1214@outlook.com HGR/UMF 220 Avenida Paseo Tolloca No.620 Colonia Vértice CP 50150, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes en un horario de 08:00 a 16hrs, al teléfono 01 722 2 17 0733 ext. 244, o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio tal en el mismo horario y días.

Colaboradores: Tesista RMF Daniela González E-mail: daniela.gonzalez10@gmail.com Cel 7222643028. Con sede en HGR/UMF 220 Avenida Paseo Tolloca No.620 Colonia Vértice CP 50150.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15058, Unidad de Medicina Familiar Número 222 del IMSS: Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida José Ma. Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara. Toluca, Estado de México, CP. 50000. Teléfono (722) 2798000 extensión 1320, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00hrs., Correo electrónico: comite.etica15058@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

43

CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL DUKE UNC-11 E INSTRUMENTO MOS HIV PARA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON VIH ADSCRITOS AL HGR 220.

No. De cuestionario: _____

Favor de marcar con una x la respuesta correcta y edad con número entero.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Género: Masculino _____ Femenino _____

Edad _____ años

Grado de estudios: _____

Estado Civil: Soltero(a): _____ Casado(a): _____ Unión Libre: _____

Usted vive con: Padres _____ Amigos: _____ Conocidos: _____ Solo (a): _____

Otros _____

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y tache el número que se presenta enseguida de cada enunciado e identifique el grado que más se acerque a su situación.

Mucho menos de lo que deseo				Tanto cuanto deseo
-----------------------------	--	--	--	--------------------

1.- Recibo visitas de amigos y familiares

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- Recibo ayuda de asuntos relacionados con mi casa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- Recibo elogios y reconocimiento cuando

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

hago bien mi trabajo

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 mis problemas de casa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien mis problemas personales

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.- Teng la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas economicos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.-Recibo invitaciones para salir con otras personas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- Recibo consejos utiles cuando sucede algo importante en mi vida

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
APOYO TOTAL	55	33	11
APOYO AFECTIVO	25	15	5
APOYO CONFIDENCIAL	30	18	6
ESCASO APOYO SOCIAL: MENOS DE 33			
ESCASOS RECURSOS AFECTIVOS: MENOS DE 15			
ESCASO APOYO CONFIDENCIAL: MENOS DE 18			

Cuestionario para evaluar Calidad de Vida MOS-HIV

Instrucciones: Se presentan una serie de preguntas a continuación marque con un tache el recuadro para señalar su respuesta.

Excelente	4
Muy Buena	3

1.- En general su salud es

Buena	2
Regular	1
Mala	0

2.- Cuanto dolor corporal ha sentido en el último mes?

Ninguno	4
Muy poco	3
Moderado	2
Agudo	1
Muy Agudo	0

Durante el último mes cuanto ha limitado su salud las siguientes actividades?

		Si, me limita mucho	Si, me limita poco	No me limita nada
3	El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer como: levantar objetos pesados, correr o participar en deportes de alto rendimiento.	0	1	2
4	Actividades moderadas como: mover una mesa o mover un carrito de compras.	0	1	2
5	Subir una cuesta o subir escaleras	0	1	2
6	Girarse, levantarse o inclinarse	0	1	2
7	Caminar 100 metros	0	1	2
8	Comer, vestirse, ducharse	0	1	2

Durante el último mes, cuanto ha limitado su salud las siguientes actividades?

		Casi siempre	A Menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi siempre
9	Mi trabajo: ya sea el hogar o escolares.	0	1	2	3	4

10	Tipo o cantidad de trabajo: Actividades del hogar, trabajo escuela	0	1	2	3	4
11	Ha limitado su salud actividades sociales: visitar amigos, familiares.	0	1	2	3	4
12	Has estado muy nervioso?	0	1	2	3	4
13	Se ha sentido tranquilo, en calma y en paz?	0	1	2	3	4
14	Se ha sentido triste y decaído?	0	1	2	3	4
15	Ha sido feliz?	0	1	2	3	4
16	¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada lo ha podido animar?	0	1	2	3	4
17	¿Se ha sentido lleno de energía?	0	1	2	3	4
18	¿Se ha sentido agotado?	0	1	2	3	4
19	¿Se ha sentido cansado?	0	1	2	3	4
20	¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?	0	1	2	3	4
21	¿Se ha sentido abrumado por su problema de salud?	0	1	2	3	4
22	¿Se ha sentido desanimado por su problema de salud?	0	1	2	3	4
23	¿Se ha sentido desesperado por su problema de salud?	0	1	2	3	4
24	¿Ha sentido miedo por su problema de salud?	0	1	2	3	4
25	¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones?	0	1	2	3	4
26	¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente como recordar donde puso las cosas?	0	1	2	3	4
27	¿Ha tenido dificultad para mantener su atención en	0	1	2	3	4

	algo durante cierto tiempo?					
28	¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren de concentración?	0	1	2	3	4

29.- ¿Cómo ha sido su calidad de vida durante este último mes?

Bien, no pudo haberme ido mejor	4
Bastante bien	3
Ni bien ni mal, casi igual	2
Bastante mal	1
Muy mal, no podría irme peor	0

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

Mucho mejor	4
Algo mejor	3
Casi igual	2
Algo peor	1
Mucho peor	0

El siguiente paso trata de transformar cada puntuación cruda de las escalas en una escala de 0 a 100, utilizando la fórmula que se muestra:

$$\text{Valor en porcentaje} = \left[\frac{(\text{Puntuación real}) - (\text{Puntuación más baja posible})}{(\text{Máximo recorrido de puntuación cruda})} \right] \times 100$$

Esta transformación convierte las puntuaciones más bajas y las más altas posibles en 0 y 100 respectivamente. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación logrado.