



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA “Dr. Aurelio Melean”
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA



PACIENTES CON VIH/SIDA Y SUS REDES DE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL SSU

TRABAJO DE INVESTIGACION DE MEDICO RESIDENTE R-1 EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

RESIDENCIA MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR

Autor: Dra. Daniela Cristina Arze Forest.

Médico Residente de 1er año.

Tutores: Dra. Claudia Escalera Solís.

Dr. Yvert Duran Orias.

**FEBRERO 2016
Cochabamba – Bolivia**

RESÚMEN:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad infecto-contagiosa, caracterizada por un defecto de la inmunidad celular, asociada a una serie de infecciones oportunistas. El agente causal es el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida. En Bolivia según el programa ITS/VIH/SIDA hasta el 2015 el total de personas infectadas es 14.312 y en el Seguro Social Universitario hay 20 pacientes diagnosticados.

El VIH/Sida es una enfermedad que se ha ido convirtiendo con el tiempo en un problema que nos concierne a todos, y constituye en la actualidad una de las principales amenazas para la vida y la salud a escala mundial que ha ido aumentando en los últimos años y también en el Seguro Social Universitario por tanto es de suma importancia la determinación del impacto del VIH sobre la auto percepción de la calidad de vida y el apoyo social en pacientes que viven con la enfermedad.

Es importante evaluar la funcionalidad y bienestar en las personas que viven con esta patología, ya que existen evidencias de que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad.

Se trabajó con una muestra de 20 pacientes, adultos jóvenes con predominio del sexo masculino y heterosexuales con escolaridad universitaria incompleta, con diagnóstico de VIH/SIDA realizado en el SSU. Se administraron los Cuestionarios MOS-SF-30 y DUKE-UNK. Se concluyó que la mayoría de los pacientes con VIH/Sida presentan una buena calidad de vida, presentando buena salud. Alguna vez se sintieron deprimidos o ansiosos por su enfermedad, pero muy pocas veces o casi nunca sintieron falta de energía. Percibieron muy poco dolor físico que no limitó su actividad física, ni interfirió en el rendimiento de sus actividades diarias o función social. Un pequeño porcentaje presentó reducción de tiempo dedicado a sus actividades diarias por problemas emocionales. Los pacientes con VIH/Sida tienen un apoyo social alto.

Será importante contribuir desde la atención de primer nivel con el apoyo social de las personas con VIH y lograr una mejora de su Calidad de vida, mediante la aplicación del counselling (asesoramiento no directivo).

ÍNDICE

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
IV. OBJETIVOS.....	3
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
V. MARCO TEÓRICO.....	5
5.1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	5
5.1.1. Replicación.....	6
5.1.2. Mecanismos de transmisión.....	7
5.2 Historia natural de la infección.....	7
5.3. Epidemiología.....	12
5.3.1. Epidemiología mundial.....	12
5.3.2. Evolución del VIH SIDA en Bolivia.....	14
5.4. Calidad de Vida Relacionado a la Salud (CVRS).....	14
5.5. CALIDAD DE VIDA Y VIH/SIDA.....	17
5.6 Apoyo social.....	19
5.6.1. Red social.....	21
5.6.2. Herramientas de apoyo social.....	21
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	22
6.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	22
6.3. UNIVERSO.....	23
6.3.1. Criterios de inclusión.....	23
6.3.2. Criterios de exclusión se aplican solo para los que fueron incluidos:.....	23
6.4. Variables.....	24
6.4.1. Independientes:.....	24
6.4.2. Dependiente.....	24

6.4.3. Interviniente:.....	24
6.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	25
6.6. MÉTODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
6.7. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS:.....	31
6.7.1. Técnica de discusión y síntesis de los resultados.....	31
6.7.2. Consideraciones Éticas.....	32
6.7.3. Recursos.....	32
VII. RESULTADOS.....	33
VIII. DISCUSIÓN.....	51
IX. CONCLUSIÓN.....	53
X. RECOMENDACIONES.....	54
XI. BIBLIOGRAFÍA SEGÚN NORMAS DE VANCOUVER.....	55
ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Genoma del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.....	6
Figura 2: Virus de la inmunodeficiencia humana.....	6
Figura 3: Historia natural de la infección por VIH y su progresión a SIDA.....	9
Figura 4: Cuestionario MOS HIV, SF- 30.....	59
Figura 5: Cuestionario DUKE - UNC.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los retrovirus.....	5
Tabla 2: Enfermedades indicadoras de caso de SIDA. CDC, 1997.....	11
Tabla 3.La estatificación de la enfermedad según las categorías clínicas y el recuento de células CD4+.....	12
Tabla 4. Escala de valores DUKE.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico n 1: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida según la edad en el Seguro Social Universitario, año 2015.....	33
Grafico 2: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida en cuanto al nivel de instrucción en el Seguro Social Universitario, Año 2015	34
Grafico 3: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida en cuanto a la vía de transmisión en el Seguro Social Universitario, año 2015..	35
Grafico 4: Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida según la preferencia sexual en el Seguro Social Universitario, año 2015.....	36
Grafico 5: Calidad de Vida en la dimensión de Salud general en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	37
Grafico 6: Calidad de Vida en la dimensión de Salud Mental en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	38
Grafico 7: Calidad de Vida en la dimensión de Vitalidad en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	39
Grafico 8: Calidad de Vida en la dimensión de Dolor Corporal en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	40
Grafico 9: Calidad de Vida en la dimensión de Función Física en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	41
Grafico 10: Calidad de Vida en la dimensión de Rol Físico en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	42
Grafico 11: Calidad de Vida en la dimensión de Función Social en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	43
Grafico 12: Calidad de Vida en la dimensión de Rol Emocional en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	44
Grafico 13: Resultado global de Calidad de Vida en relación con la Salud en pacientes con VIH/Sida en el Seguro Social Universitario.....	45
Grafico 14: Distribución de pacientes con VIH/Sida según el motivo de consulta inicial en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	46
Grafico 15: Enfermedades más frecuentes asociadas al diagnóstico de VIH/Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	47

Grafico 16: Distribución de la presentación de enfermedades oportunistas en pacientes VIH/Sida, en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	48
Grafico 17: Distribución de pacientes con VIH/Sida según años de diagnóstico de la infección por VIH en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	49
Grafico 18: Redes de Apoyo social en pacientes con VIH/Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.....	50

I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecto-contagiosa, caracterizada por un defecto de la inmunidad celular, asociada a una serie de infecciones y determinadas neoplasias. El agente causal es el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) La ONUSIDA señala que el VIH ha infectado a más de 60 millones de personas desde que se inició la epidemia. Diariamente se infectan a nivel mundial quince mil personas, la mitad de ellas jóvenes entre 15 y 34 años (1).

Los primeros casos reportados de SIDA en Bolivia fue descrito en 1984 en la ciudad de Santa Cruz desde esa fecha el número de casos registrados oficialmente por el programa ITS/VIH/SIDA del ministerio de salud hasta el 2015 es de 14.312 personas, que al momento de diagnóstico se reportan casi un cuarto en etapa sida de la infección.(2)

La evaluación de la calidad de vida y apoyo social de los afectados tiene una presencia cada vez mayor en la investigación clínica, ya que puede aportar información valiosa y complementaria de la enfermedad desde la perspectiva del propio individuo de sus sensaciones y constituye un aspecto fundamental en la atención integral del médico familiar, ya que además el mismo juega un papel importante en la detección precoz y en el seguimiento y cuidado de las personas con VIH/Sida y sus familiares, así como también en las actividades de promoción y prevención (3).

Para proporcionar cuidados individualizados es importante saber la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca a su propia salud física, psicológica y social, de manera que el médico de familia tengan una base en los modelos teóricos y los aspectos éticos; todo ello permitirá ofrecer una atención integral,

completa, equitativa, respetuosa; sin que sean víctimas de la discriminación y estigmatización por parte del personal de salud (4).

Por todo esto y tomando en cuenta que el VIH/Sida es una enfermedad que se ha ido convirtiendo en el tiempo en un problema que nos concierne a todos, no en vano constituye en la actualidad una de las principales amenazas para la vida y la salud a escala mundial que ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y también en el Seguro Social Universitario por tanto es de suma importancia la determinación del impacto del VIH sobre la auto percepción de la calidad de vida y el apoyo social en pacientes que viven con la enfermedad.

El estudio pretende conocer la calidad de vida y redes de apoyo social de los pacientes con VIH/ SIDA en el Seguro Social Universitario.

II. JUSTIFICACIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales de los pacientes que determina un descenso en la sensación de bienestar.

Es importante evaluar los aspectos relacionados con funcionalidad y bienestar en las personas con diagnóstico de VIH/Sida ya que existen evidencias de que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad.

Mediante el presente trabajo de investigación se pretende conocer la calidad de vida de los paciente que viven con VHI/Sida y cómo repercute el apoyo social en la misma, ya que en el Seguro Social Universitario no se encuentra bibliografía acerca de esta problemática, dicho estudio se realizó en la gestión 2015

El médico familiar juega un papel importante en la atención del paciente con VIH el mismo que va encaminando a investigar prácticas de riesgo y asesorar sobre la infección fomentando conductas a promover su salud. Para alcanzar estas metas

es preciso que exista una fluida coordinación entre atención primaria (medicina familiar) y la consulta especializada fomentando así una adecuada calidad de vida del paciente

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio de la calidad de vida y apoyo social constituye un aspecto especialmente importante a evaluar en el grupo de pacientes infectados por el VIH dado que esta enfermedad deteriora lenta y progresivamente al organismo y que los efectos de los tratamientos no están perfectamente determinados.

La infección por VIH/SIDA es considerada una enfermedad crónica, lo que convierte a la calidad de vida en estos pacientes un aspecto fundamental en su valoración integral. La calidad de vida y las redes de apoyo social son más deficitaria en los pacientes con VIH/SIDA que en otras enfermedades crónicas (5) ya que estos estos pacientes sufren además de estigmatización social, por eso es importante ver el grado de apoyo que reciben de su entorno social. Además no existe un estudio realizado el en SSU, actualmente solo existen datos de incidencia y prevalencia, sin un análisis de calidad de vida y redes de apoyo

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida y redes de apoyo social de los pacientes con VIH/SIDA en el Seguro Social Universitario durante la gestión 2015.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características socio demográficos de los pacientes con VIH/SIDA
2. Establecer la salud general de los pacientes con VIH/Sida
3. Evaluar la salud mental de los pacientes con VIH/Sida
4. Establecer la vitalidad en pacientes que viven con VIH/Sida.
5. Establecer el dolor corporal en pacientes que viven con VIH/Sida.
6. Determinar la función física en pacientes que viven con VIH/Sida.
7. Determinar el rol físico en pacientes que viven con VIH/Sida.
8. Determinar la función social en pacientes que viven con VIH/Sida.
9. Evaluar el rol emocional en pacientes que viven con VIH/Sida
10. Establecer el motivo de consulta inicial del paciente con VIH/Sida.
11. Establecer las enfermedades oportunistas que presentan con más frecuencia y el tiempo de diagnóstico de los pacientes con VIH/Sida.
12. Determinar las redes de apoyo social de los pacientes con VIH – SIDA

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) enfermedad letal del sistema inmunitario que constituye uno de las principales amenazas actuales para la vida y la salud a escala mundial fue aislado en 1984, si bien su existencia en África ha sido confirmada a posterior, como mínimo a partir de la década de los años 50 (Ebbesen, 1986)

El VIH es un virus envuelto de 80-100 nm de diámetro y simetría icosaédrica. La partícula viral madura está recubierta por una bicapa lipídica externa tomada de la célula huésped y una nucleocápside con un núcleo denso en forma de cono. Tiene como genoma dos copias de RNA de cadena positiva, posee varias enzimas, entre ellas la transcriptasa reversa y una proteasa.

Familia	Género	Virus
Retroviridae	Lentivirus	VIH-1, VIH-2
	Retrovirus BLV- HTLV	HTLV-1, HTLV-2
	Spumavirus	Spumavirus humano

Tabla 1. Clasificación de los retrovirus

Se han identificado dos tipos diferentes del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el VIH-1 y el VIH-2, los cuales comparten propiedades epidemiológicas, pero desde el punto de vista serológico y geográfico son relativamente diferentes. Al parecer la patogenicidad del VIH-2 es menor a la del VIH-1. Una característica que distingue a los lentivirus de los otros retrovirus es la complejidad de su genoma. A continuación se muestra el genoma del virus:

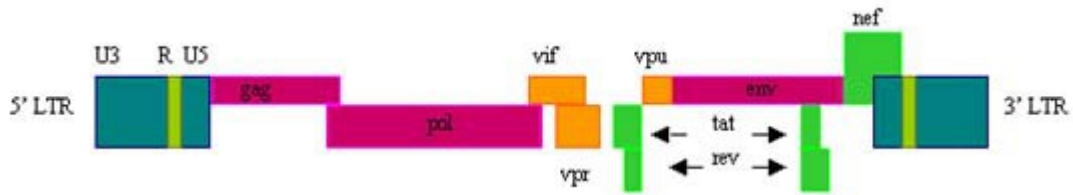


Figura 1 Genoma del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

Los lentivirus poseen tres genes estructurales: env, gag y pol. El genoma tiene 9 kb, también posee cuando menos 6 genes adicionales (vif, vpu, vpr, tat, rev y nef), a los cuales probablemente se debe la patogenicidad del HIV-1.

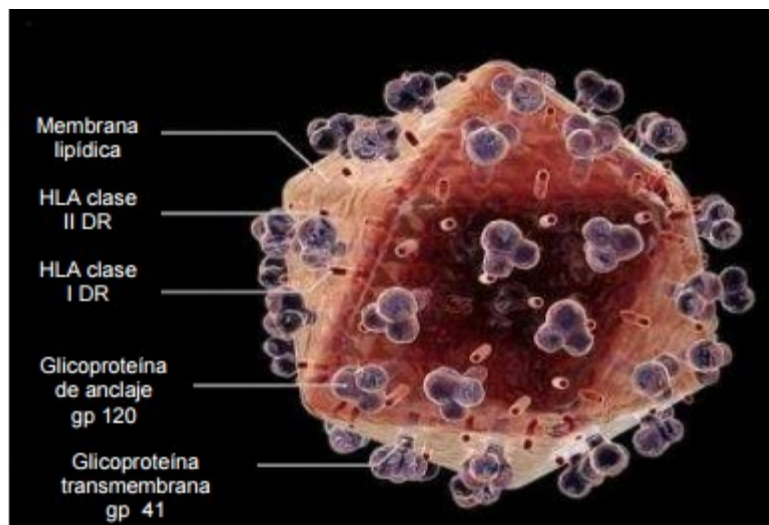


Figura 2: Virus de la inmunodeficiencia humana

5.1.1. Replicación.

Una vez que el VIH ha logrado entrar al organismo, la gp 120 de la envoltura viral se une a la molécula CD4 en la membrana de los linfocitos T CD4+, macrófagos, células dendríticas, monocitos y en general a cualquier célula que exprese en su superficie al receptor CD4 (serie linfocitaria). Posteriormente la envoltura viral se fusiona con la membrana celular permitiendo de esta manera la entrada de la cápside viral. Dentro de la célula las proteínas de la cápside permanecen

asociadas al RNA viral (RNAv) mientras se copia a una cadena de DNA por medio de la DNA polimerasa dependiente de RNA/DNA y de la transcriptasa reversa. Después el RNA es degradado por la ribonucleasa H y se sintetiza la cadena complementaria de DNA para generar DNA de doble cadena (provirus), el cual se integra al genoma celular mediante una serie compleja de reacciones que son catalizadas por la enzima integrasa. El provirus integrado puede permanecer latente por tiempo indefinido o puede forzar a la maquinaria celular para producir RNAv, el cual puede ser usado para la producción de proteínas virales, las que con el genoma del virus ensamblan nuevos viriones. Eventualmente, las células infectadas se lisan y finalmente los nuevos viriones se liberan. Debido a la capacidad de mutación del virus, es posible obtener diversas variantes antigénicas.

5.1.2. Mecanismos de transmisión.

El VIH se puede transmitir por tres mecanismos bien establecidos:

- a. Transmisión sexual. Exposición directa a secreciones de personas infectadas como semen y secreciones vaginales.
- b. Transmisión sanguínea. Exposición a sangre o sus derivados, ya sea por transfusiones y trasplantes o por vía parenteral debido al uso de agujas contaminadas.
- c. Transmisión perinatal. Transmisión de una madre infectada a su producto, esto se ha llamado transmisión vertical. La infección del producto se puede dar durante el embarazo, durante el parto o durante la lactancia.

5.2 Historia natural de la infección

Como se ha mencionado, la consecuencia de la infección por el VIH es una enfermedad crónica e irreversible, cuyo curso se caracteriza por un deterioro progresivo de la inmunidad mediada por células. El SIDA constituye el estadio más avanzado de esta enfermedad, en el que el huésped infectado no puede controlar ni los organismos oportunistas ni los procesos cancerígenos que en las personas inmunocompetentes no suelen causar enfermedad alguna. La historia natural de la

infección por el VIH, en ausencia del tratamiento antirretroviral y desde el momento de la primoinfección hasta la muerte, cursa en un período promedio de 10 años (Figura 3). (6) Se ha explicado que el evento clínico inicial de la infección es el Síndrome Retroviral Agudo (SRA), que se produce en las primeras semanas de la infección viral, dando un cuadro clínico similar a la mononucleosis, caracterizado por fiebre, malestar general, mialgias, adenopatías, faringitis no exudativa, trombocitopenia con leucopenia, diarrea, cefalea y un exantema máculo-papular roseoliforme o urticariforme que predomina en el tronco. En estos pacientes se puede observar una amplia variedad de enfermedades oportunistas, debido a la estrepitosa caída en el recuento de LT CD4+ que acompaña al Síndrome Retroviral Agudo, junto con una elevada concentración plasmática del ARN VIH. La recuperación clínica se produce en 10 a 15 días y se acompaña de la reducción abrupta de la viremia plasmática y el desarrollo de anticuerpos (Ac) que dan lugar a la seroconversión –que se produce entre los 22 a 27 días de la infección– y el desarrollo de la respuesta inmune contra el VIH. El recuento de LT CD4+ declina gradualmente a través de los años, con un descenso acelerado alrededor de 1,5 a 2 años antes de que se realice el diagnóstico de SIDA. La pendiente de este descenso está directamente relacionada con el aumento de la carga viral plasmática. Con la persistencia de la infección, los niveles de ARN viral comienzan gradualmente a aumentar, acompañándose de una reducción rápida de las cifras de LT CD4+; a medida que el recuento de LT CD4+ disminuye, el riesgo de infecciones oportunistas, neoplasias, emaciación, complicaciones neurológicas y muerte aumenta en forma sustancial (Figura 3). (7) La progresión de la enfermedad por VIH presenta una gran variabilidad, desde los pacientes que progresan de infección a SIDA en menos de 5 años hasta los que permanecen asintomáticos, sin tratamiento o sin evidencia del declinar inmunológico durante muchos años y que se denominan “no progresores a largo plazo”. Sin tratamiento, la media de supervivencia tras el diagnóstico de SIDA definido clínicamente es de 18 meses; los enfermos diagnosticados con una infección oportunista son los que presentan una mayor mortalidad. (8) Las enfermedades crónicas son la causa más frecuente del fallecimiento en las personas con SIDA. (9) La linfadenopatía

generalizada persistente suele comenzar con el Síndrome Retroviral Agudo y su patogénesis se relaciona con la rápida infección de LT CD4+ en los ganglios linfáticos por el VIH tras la infección inicial. (10)

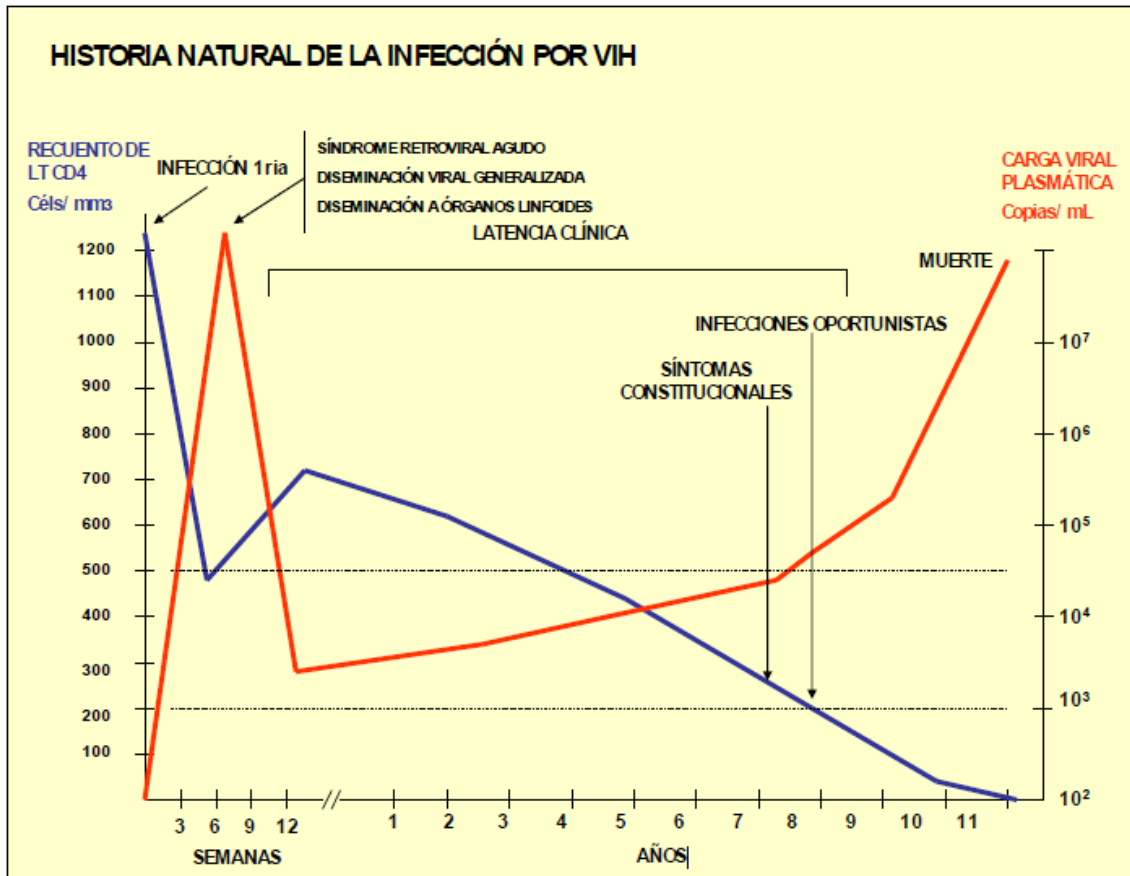


Figura 3: Historia natural de la infección por VIH y su progresión a SIDA

A la fase aguda asociada con la seroconversión le sigue una larga fase asintomática que se prolonga durante años, denominada “latencia clínica” en la que, como se explicó precedentemente, grandes cantidades de virus son producidos en el interior de los ganglios linfáticos donde permanecen atrapados en las células dendríticas foliculares. Es en este período, de duración variable, donde ocurre el deterioro progresivo de la función inmunológica, debido a que en la medida que la carga viral aumenta progresivamente en el plasma, significativas cantidades del VIH se acumulan en los centros germinales del ganglio linfático, en los LT CD4+ y en las células dendríticas foliculares lo que llevará a la destrucción

de la arquitectura ganglionar normal y al desarrollo de la atrofia ganglionar y la consecuente progresión en la inmunodeficiencia. Este período tiene gran importancia desde el punto de vista clínico y epidemiológico, porque al estar la persona infectada libre de síntomas no se suele realizar el diagnóstico y por lo tanto se incrementa el riesgo de contagio de las parejas sexuales y de los hijos de las mujeres infectadas.

Si bien la infección por VIH suele ser completamente asintomática, algunos enfermos presentan síntomas sistémicos inespecíficos en los meses o años siguientes a la primoinfección, siendo los más frecuentemente relatados la fatiga, la fiebre de bajo grado, sudores nocturnos, diarrea intermitente y la pérdida de peso.

De las personas infectadas, un 10 % permanecerá asintomático, con recuentos de LT CD4+ estables, función inmune intacta y muy baja tasa de replicación viral por un período mayor de 12 a 15 años, a los que se los denomina “progresores lentos”. El 90 % restante evolucionará según los patrones esperables de la enfermedad. (11)

En los pacientes con enfermedad avanzada por VIH o SIDA, con cargas virales elevadas y depleción grave de la LT CD4+, la enfermedad sistémica (fatiga, pérdida ponderal mayor al 10 % del peso corporal, malestar general, leucoplasia vellosa, candidiasis oral y fiebre) suele anunciar el inicio de las infecciones oportunistas y neoplasias. (11)

La enfermedad avanzada y el SIDA se caracterizan por la presencia de un recuento de LT CD4 + que generalmente coincide con una intensa actividad replicativa viral, con la presencia de infecciones oportunistas y neoplasias, trastornos neurológicos y, en numerosos casos, por un importante deterioro del estado general de la persona. Múltiples infecciones por virus, bacterias, hongos, protozoos, helmintos y artrópodos, así como distintas clases de neoplasias han sido reportadas. (12,13) Tabla 2.

Entre las infecciones y neoplasias que definen al SIDA podemos mencionar a la candidiasis esofágica, neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, neumonía bacteriana recurrente, cáncer cervical invasivo, micosis profundas, síndrome de desgaste asociado al VIH, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, demencia asociada al SIDA, toxoplasmosis cerebral, criptococosis meníngea, criptosporidiosis intestinal y otras. Las enfermedades indicadoras de SIDA según la clasificación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) revisada en 1997 se enumeran en la tabla 2. (12)

Tabla 2: Enfermedades indicadoras de caso de SIDA. CDC, 1997

<p>Cáncer cervical invasivo Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar Coccidioidomicosis extrapulmonar Criptococosis extrapulmonar Criptosporidiosis diarrea de más de 1 mes de evolución Demencia asociada al VIH Estrongiloidiosis extraintestinal Herpes simplex con úlceras mucocutáneas de más de 1 mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis Histoplasmosis extrapulmonar Infección por Citomegalovirus de cualquier órgano excepto hígado, bazo, ganglio linfático u ojo Infección por <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> o <i>M. kansasii</i> diseminada o extrapulmonar Isosporosis con diarrea de más de 1 mes de evolución Linfoma de Burkitt, inmunoblástico, primario de SNC Leucoencefalopatía multifocal progresiva Nocardiosis Neumonía bacteriana recurrente (≥ 2 episodios en 12 meses) Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> Sarcoma de Kaposi en paciente < 60 años (o > 60 años con serología positiva para VIH) Sepsis recurrente por especies de <i>Salmonella</i> no tífica Síndrome consuntivo asociado al VIH Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar Toxoplasmosis cerebral o de órganos internos</p>

Tabla 3. La estratificación de la enfermedad según las categorías clínicas y el recuento de células CD4+ .

Categorías según recuento de LT CD4	Categorías clínicas		
	A Asintomático o LGP o infección aguda por VIH	B Sintomático (no A o C)	C Condición indicadora de SIDA
1. > 500/mm ³	A 1	B 1	C 1
2. 200 - 499/mm ³	A 2	B 2	C 2
3. < 200/mm ³	A 3	B 3	C 3

Todos los pacientes en las categorías A3, B3 y C1-3 presentan SIDA.

5.3. Epidemiología

5.3.1. Epidemiología mundial

- 15,8 millones de personas tenían acceso al tratamiento antirretrovírico (junio de 2015)
- 36,9 millones [34,3–41,4 millones] de personas vivían con el VIH en el mundo (al final de 2014)
- 2 millones [1,9–2,2 millones] de personas se infectaron con el VIH (al final de 2014)
- 1,2 millones [980 000–1,6 millones] de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (al final de 2014) (14)

Personas que viven con el VIH y tienen acceso al tratamiento antirretrovírico

- En junio de 2015, 15,8 millones de personas que vivían con el VIH tenían acceso al tratamiento antirretrovírico, frente a los 13,6 millones de junio de 2014.
- El 41 % [38 %-46 %] de los adultos con el VIH tenían acceso al tratamiento antirretrovírico en 2014, frente al 23 % [21 %-24 %] en 2010.
- El 32 % [30 %-34 %] de los niños con VIH tenían acceso al tratamiento antirretrovírico en 2014, frente al 14 % [13 %-15 %] en 2010.
- El 73 % [68 %-79 %] de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH tenían acceso a medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos en 2014; las nuevas infecciones por el VIH entre los niños se redujeron en un 58 % entre el 2000 y el 2014.

Personas que viven con el VIH

- En 2014, 36,9 millones [34,3-41,4 millones] de personas vivían con el VIH.

- Desde el año 2000, unos 38,1 millones de personas se han infectado con el VIH y 25,3 millones han muerto como consecuencia de enfermedades relacionadas con el sida.

Nuevas infecciones por el VIH

- Las nuevas infecciones por el VIH han descendido en un 35 % desde el año 2000.
- A escala mundial, 2 millones [1,9-2,2 millones] de personas se infectaron con el VIH en 2014, un descenso respecto a los 3,1 millones [3,0-3,3 millones] de 2010.
- Las nuevas infecciones por el VIH entre los niños han disminuido en un 58 % desde el año 2000.
- A escala mundial, 220 000 [190 000-260 000] niños se infectaron con el VIH en 2014, un descenso respecto a los 520 000 [470 000-580 000] del año 2000.

Muertes relacionadas con el Sida

- Las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 42 % desde el nivel máximo alcanzado en 2004.
- En 2014, 1,2 millones [980 000-1,6 millones] de personas murieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el Sida, frente a los 2 millones [1,7-2,7 millones] de 2005.

VIH/tuberculosis

- Las muertes relacionadas con la tuberculosis entre quienes viven con el VIH han descendido en un 32 % desde el año 2004.
- La tuberculosis sigue siendo la principal causa de muertes entre quienes viven con el VIH; supone una de cada tres muertes relacionadas con el sida.
- En 2014, el porcentaje de pacientes con tuberculosis identificados como seropositivos que iniciaron o continuaron el tratamiento antirretrovírico llegó al 77 %.

5.3.2. Evolución del VIH SIDA en Bolivia

La evolución del VIH/SIDA en Bolivia ha tenido una tendencia creciente desde sus inicios por lo que es importante revertir esa situación o al menos disminuir la tasa de crecimiento VIH/SIDA en Bolivia, a diciembre del 2014 el total de casos hasta Diciembre del 2015: Total Bolivia **14.312 personas**. La distribución de casos por departamentos revela que: Santa Cruz con el 52%, Cochabamba por su parte con 20% en tercer lugar La Paz con 17% y por ultimo 11% en el resto de los departamentos.

5.4. Calidad de Vida Relacionado a la Salud (CVRS)

Calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.

Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (O.M.S. 2005)

El concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el VIH/SIDA. El término calidad de vida data desde comienzos de la historia de la humanidad, pero su estudio científico se hace relevante a partir de los años cincuenta del siglo pasado, y por otro lado, sólo hasta los años ochenta tiene un gran auge como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida. A través del tiempo el término tuvo diversas connotaciones: inicialmente hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003). Este término proviene principalmente de la medicina y se extendió a otras disciplinas como la sociología y la psicología,

sustituyendo a otros conceptos difíciles de operativizar, como "felicidad" y "bienestar" (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996).

La salud y el bienestar, conceptos relacionados con la calidad de vida, son afectados cuando aparece una enfermedad crónica, ya que el paciente puede experimentar desmejoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al autoconcepto, el sentido de vida y provocando estados depresivos (Gil-Robles, 2004). Schwartzmann (2003) sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Podemos considerar la medición de la CVRS como una manera de tomar en cuenta el punto de vista del paciente acerca de sus percepciones del accionar médico con respecto a su salud permitiéndoles participar en su proceso terapéutico lo que permite también reforzar la relación médico paciente. “la calidad de vida relaciona con la salud ha sido bien aceptado como un indicador de salud en la intervenciones médica o las encuestas de salud” (15). Por todo esto números instrumentos para su evaluación y medición

El origen de este concepto inicia desde el año 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (16). Años más tarde la OMS (grupo WHOQOL, 1994) definió a la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de dependencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos de su entorno” (5)

El constructo CVRS está sujeto a la perspectiva de los distintos investigadores no existiendo una definición universal consensuada. La definición más utilizada es la

Shumaker y Naughton quienes la conceptualizan como “ la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar actividades que le son importantes y que afectan a sus estado general de bienestar” (17)

Es un concepto multidimensional que debe incluir como mínimo “ a) los aspectos relacionados con el aspecto con el funcionamiento físico, incluyendo el cuidado personal, la realización de actividades físicas (p. ej., subir escaleras) y el desempeño de roles (p.ej.,trabajo y estudios); b) loa síntomas físicos relacionados con el enfermedad o el tratamiento (p.ej., diarrea y dolor) ; c) los aspectos psicológicos que abarquen desde el malestar emocional hasta el funcionamiento cognitivo y d) los aspectos sociales que a la evaluación de las actividades e interacciones del paciente con amigos familiares u otros” (18)

Según la OMS las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetiva: Recoger la percepción de la persona involucrada
2. Multidimensional: Revelar diversos aspectos de la vida del individuo
3. Incluir pensamientos positivos y negativos
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa, el momento la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

En este contexto se puede considerar la calidad de vida como un proceso cambiante en el tiempo que involucra continuas interacciones entre el paciente y su medio ambiente, que podría operacionalizarse a partir de la suma de cada una de las dimensiones o indicadores revelantes que conforman la vida del individuo.

5.5. CALIDAD DE VIDA Y VIH/SIDA

Existen múltiples herramientas para medir calidad de vida en el paciente con VIH/sida, tanto genéricas como específicas. De igual forma existen herramientas que permiten medir calidad de vida en niños y en adultos. Para medir calidad de vida en personas con el VIH/sida, se han utilizado tanto instrumentos genéricos como específicos.

El instrumento MOS-VIH fue desarrollado en el marco del Medical Outcomes Study, y se ha convertido en uno de los más usados para evaluar la calidad de vida relacionada con salud en pacientes infectados por el virus (19;20), incluso ha sido utilizado como patrón de oro en el desarrollo de nuevos instrumentos, dentro de los que se incluyen, HOPE, Fanning Quality of Life Scale, entre otros. El test MOS – VIH es el test específico más utilizado y que cubre todas las dimensiones necesarias para medir la CVRS que incluye aspectos físicos, sociales, psicológico y cognitivo. Además que los índices tanto de validez como de fiabilidad han sido satisfactorios, utilizando como indicador el alfa Cronbach > 70% en los estudios revisados (21).

El cuestionario MOS HIV está constituido por 30 preguntas, que incluye 8 dimensiones de salud: percepción general de salud, dolor, actividad diaria, salud mental, energía y fatiga, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo. Este cuestionario es el más usado en la evaluación de impacto de tratamiento y de intervenciones en los pacientes infectados por el virus (21; 22). El tiempo promedio de aplicación es de 10 minutos y puede ser administrado por el investigador, o autoadministrado. El desarrollo de la MOS HIV se dio gracias a la necesidad de contar con un instrumento que evaluara los aspectos relacionados con funcionalidad y bienestar en las personas con diagnóstico de VIH/Sida. El desarrollo inicial se basó en las dimensiones que tenía el SF 20. Posteriormente se adicionaron ítems relacionados con la energía, función cognitiva, trastornos de la salud y calidad de vida, obteniéndose una versión de 30 ítems, primera versión de la escala MOS, utilizada como una medida de la percepción de salud general. Sin embargo, la relevancia de este concepto llevó a que se adicionaran otros ítems para mejorar su fiabilidad, esto dio como resultado el MOS-34.

Posteriormente se consideró que el dolor era un síntoma importante y frecuente en estos pacientes con diagnóstico de VIH/sida, por lo tanto, también fue adicionado a la escala. Finalmente, en 1996 se obtuvo un cuestionario de 30 preguntas, que evalúa 8 dimensiones de salud (23). Las sub-escalas de la MOS-HIV se califican y se suman con un puntaje que va de 0 a 100, entendiéndose un mayor puntaje como un mejor estado de salud.

Las 8 dimensiones del cuestionario determinan los siguientes aspectos relacionados con la salud:

- Función física: es el grado en que la salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o cargar peso y realizar esfuerzos moderados o intensos (6 ítems).
- Rol físico: es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de las mismas (2 ítems).
- Dolor corporal: es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar (1 ítems).
- Salud general: es la valoración personal del estado de salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (3 ítems).
- Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (5 ítems).
- Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (5 ítems).
- Rol emocional: grado en que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo (4 ítems).
- Salud mental: valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (4 ítems).

La interpretación de la puntuación de cada subescala se obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación para una calidad de vida más

elevada en cada subescala. Puede obtenerse también una puntuación de CVRS total sumando todas las subescalas, existiendo un rango de puntuación de 0 a 100, en el que el 0 indica el nivel más bajo de calidad de vida, y 100, el más alto. Evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 100 (desde excelente hasta mala, o si me limita mucho hasta no, no me limita nada también en la escala casi siempre hasta casi nunca) Figura 4: Cuestionario MOS HIV, SF- 30.

5.6 Apoyo social

Existe multiplicidad de definiciones de apoyo social. Apoyo social son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo.⁴ Este apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros. (24, 25)

El apoyo social es también un proceso interactivo, gracias al cual, la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto.⁶ Es una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: a) preocupación emocional (amor, empatía), b) ayuda instrumental (bienes y servicios), c) información (acerca del contexto), o, d) valoración (información relevante para la auto-evaluación).⁴ Además, el apoyo social contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general, a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto atenuante de los estresores sociales. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales y estresantes que los que carecen de él. (26, 27)

Cabe destacar que no se trata solo de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos. (28) El apoyo en lo que respecta a su contenido operaría en tres niveles que son los siguientes:

Cognitivo: que pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intencionalidad de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas acerca, por ejemplo de una enfermedad.

Afectivo: para hacer frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales.

Conductual: destinado a ofrecer estrategias concretas para hacer frente a dichos problemas.

El apoyo social al ser una transacción interpersonal incluiría una de estas cuatro categorías según House. (28)

- Apoyo emocional (muestras de empatía, amor y confianza).
- Apoyo instrumental (conductas dirigidas a solucionar directamente problemas de la persona receptora).
- Apoyo informativo (recibir información útil para enfrentar el problema).
- Apoyo valorativo (información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo el aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información).⁸

5.6.1. Red social

La red social se puede definir como los vínculos sociales directos o indirectos que tienen las personas, donde se dan o solicitan cosas recíprocamente. (28) La OMS define "red" como la agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza. (29)

Por su parte De la Revilla y cols. definen red social como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo; se comprende la estrecha relación que existe entre red y apoyo social, de tal forma que cuando se produce un descenso o disminución en la red se aprecia una reducción en la percepción del apoyo social, de tal manera que cuanto más amplia sea la red social de las personas, mayor es la percepción de apoyo social. (30)

Algunas de las dimensiones evaluadas en las redes sociales son: a) el tamaño (número de personas que componen la red y/o la persona mantiene contactos sociales), b) la densidad (grado en que los miembros se conocen o cantidad de interrelación entre los miembros de la red, independientemente del individuo), c) la dispersión geográfica (proximidad o lejanía de los miembros de la red social respecto al individuo estudiado o facilidad en que los miembros de la red pueden ponerse en contacto), d) la fuerza de los vínculos (que incluye el grado de intimidad, hasta el tiempo e intensidad de las relaciones), y e) la homogeneidad de los miembros (o similitud demográfica y social de los miembros de la red). (28, 31)

5.6.2. Herramientas de apoyo social

Escala de Duke-UNC: es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92; consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. (30) (figura 5, Tabla 5)

Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.(32)Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo existen 6 ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo. El punto de cohorte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante. (30; 31; 32)

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: De carácter cuali-cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transverso.

6.2. ÁREA DE ESTUDIO

Lugar: Cochabamba

Ubicación geográfica: Cercado

Institución: La evaluación de calidad de vida y redes de apoyo en pacientes con VIH/Sida se realizó en Seguro Social Universitario de la Ciudad de Cochabamba.

6.3. UNIVERSO

Población: Todos los pacientes con el diagnóstico VIH/SIDA (20) realizado en el Seguro Social Universitario.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia 20 pacientes con el diagnóstico de VIH/Sida realizado en el Seguro Social Universitario.

6.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA realizado en el Seguro Social Universitario
- Pacientes que acceden participar para el estudio
- Población protegida del Seguro Social Universitario

6.3.2. Criterios de exclusión se aplican solo para los que fueron incluidos:

- Población no protegida del SSU
- Pacientes con dx de VIH realizado en otra institución
- Que no desean participar en el estudio

6.4. Variables

6.4.1. Independientes:

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general
- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental

6.4.2. Dependiente

Calidad de vida

6.4.3. Interviniente:

Redes de Apoyo Social.

6.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Determinar la calidad de vida	Calidad de vida	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de	cualitativo ordinal	tipo de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente (100) • Muy buena (75) • Buena(50) • Regular (25) • Mala (0) 	Se utilizara el cuestionario MOS-VIH que fue desarrollado en el marco del Medical OutcomesStudy, usado para	MOS SF - 30
Objetivos	Variable de estudio	Definición del sistema de	Tipo de variable	Dimensión	Indicador o Escala	Definición operacional de la variable relacionada con salud en	Instrumento
		valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes				pacientes infectados por el virus	
Determinar las redes de apoyo social de los pacientes con VIH – SIDA	Redes de Apoyo Social.	son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario	Cualitativo ordinal	Existencia de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> • Máximo • Medio • Mínimo 	Se utilizara la Escala de Duke-UNC: es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92	DUKE - UNC
Determinar la función física (Objetivo 2)	Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir	Cualitativo	Limitación de	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, me limita(0) • Sí, me limita mucho • Sí, me limita 	Se utilizara el cuestionario MOS-VIH que fue desarrollado en el marco del Medical OutcomesStudy, usado para	MOS SF - 30

6.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Se tomaron en cuenta a pacientes con diagnóstico de VIH/Sida que acudieron a consulta de Medicina Familiar del S.S.U durante la gestión 2015. Se verificó si los mismos cumplieron con todos los criterios de inclusión citados anteriormente, caso contrario fueron excluidos de la investigación. Se solicitó la autorización de éstos, a través de una hoja de consentimiento informado y de confidencialidad, donde se explicó las características de la investigación y sus beneficios. A los pacientes que cumplieron con todos los criterios se les realizó un cuestionario para la recolección de datos. Todos los datos obtenidos se registraron en una ficha técnica prediseñada, para su análisis y tabulación.

6.7. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS:

Se realizó el registro de la información obtenida mediante una hoja prediseñada de recolección de datos, posteriormente se tabuló los mismos con el programa EXCEL de Windows.

Se confeccionó tablas y gráficos con el fin de hacer más comprensibles los resultados.

6.7.1. Técnica de discusión y síntesis de los resultados

Para la discusión de los resultados se hizo una revisión de la literatura, la que se obtendrá de libros de texto, en Internet, bibliotecas virtuales y páginas Web relacionadas con el tema, de los cuales se extraerán los trabajos y resultados más sobresalientes con los que se ejecutó comparaciones, que nos permitió arribar a nuestras propias conclusiones y se planteó las recomendaciones pertinentes. Se acoto la bibliografía según las normas de Vancouver.

6.7.2. Consideraciones Éticas.

Se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la “Declaración de Helsinki de la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial, de junio de 1964, por consentimiento verbal, como modo de participación en el estudio. (33) Se resguardó la confidencialidad de cada persona que participó en el estudio, según lo establece la ley 3729 de lucha contra el SIDA, que establece en su artículo 5to la confidencialidad en la relación médico-paciente, es decir, la obligación de guardar el secreto y mantener en reserva todo lo concerniente a la enfermedad, especificando que en ningún caso se podrá exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico e individualizar a las personas.

6.7.3. Recursos

Humanos

- Un residente de Medicina Familiar en calidad de Autor
- Un especialistas de Medicina Familiar en calidad de Tutor

Materiales

- Computadora
- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Impresora

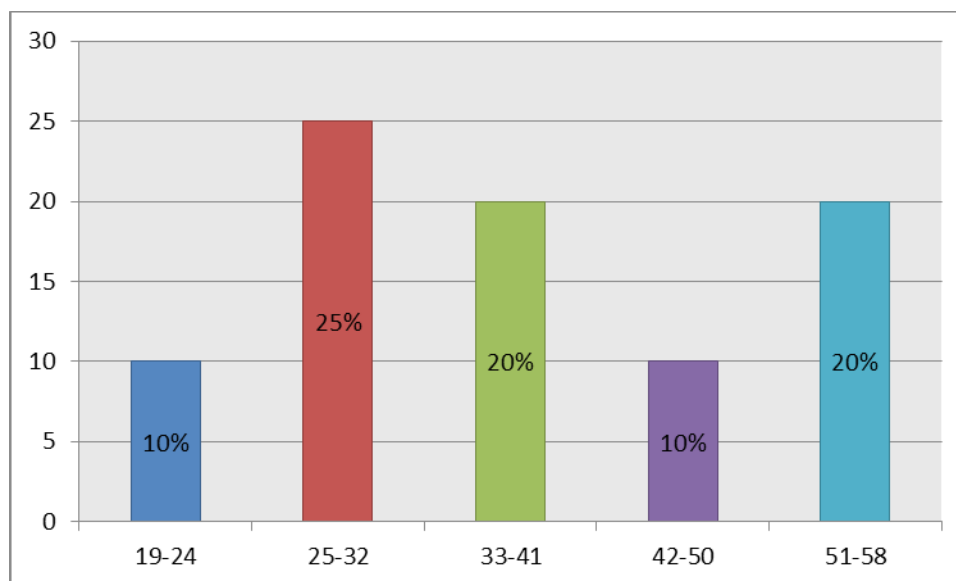
VII. RESULTADOS

Fueron incluidos en el trabajo 20 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, 3 mujeres (15%) y 17 hombres (85%) que acudieron a consulta en la unidad de medicina familiar del Seguro Social Universitario que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión.

1. Determinar las características socio demográficos de los pacientes con VIH/SIDA

Grafico n 1

Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida según la edad en el Seguro Social Universitario, año 2015.

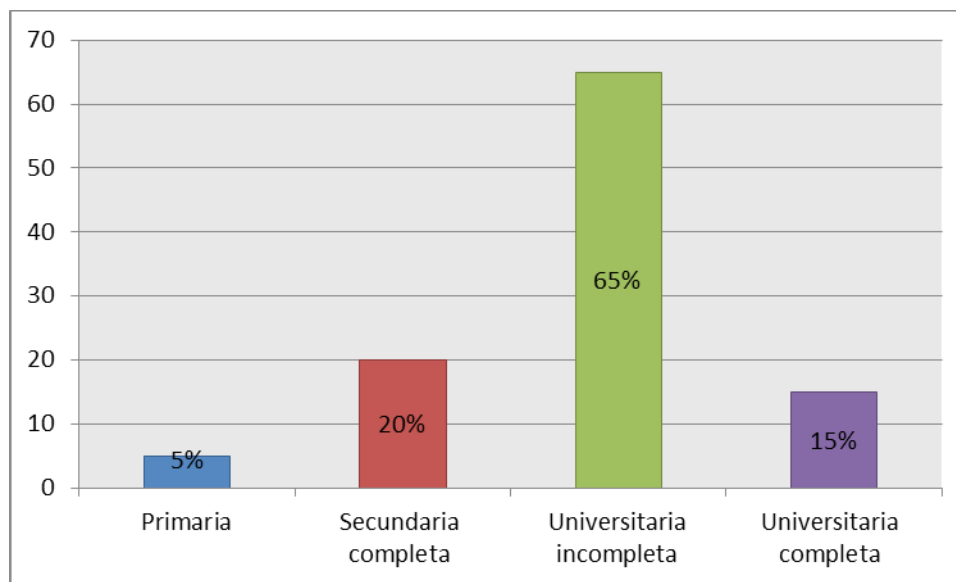


Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

La edad de los sujetos del estudio osciló entre los 19 y 58 años, cuyo intervalo más representativo estuvo en edades comprendidas entre los 25 y 32 años (25%).

Grafico 2

Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida en cuanto al nivel de instrucción en el Seguro Social Universitario, Año 2015

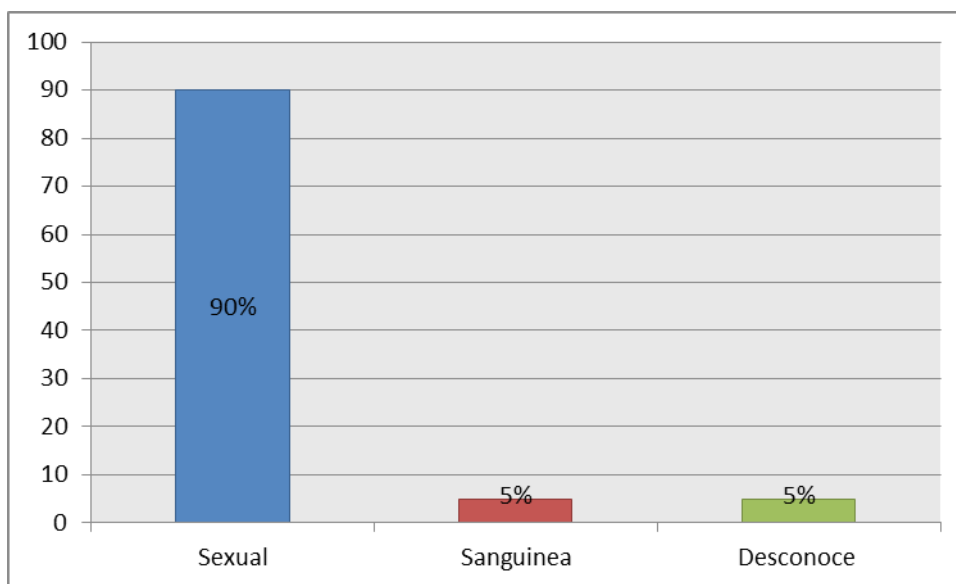


Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Respecto al grado de escolaridad se encontró que la mayoría de los sujetos (65%) tenían un nivel académico comprendido como universitarios incompleto es decir que aun realizan estudios, en segundo lugar el 20% tenía estudios secundarios completados, mientras que el 15 % tenía estudios universitarios completados por otra parte sólo un 5 % tuvo estudios básicos (nivel primaria).

Grafico 3

Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida en cuanto a la vía de transmisión en el Seguro Social Universitario, año 2015.

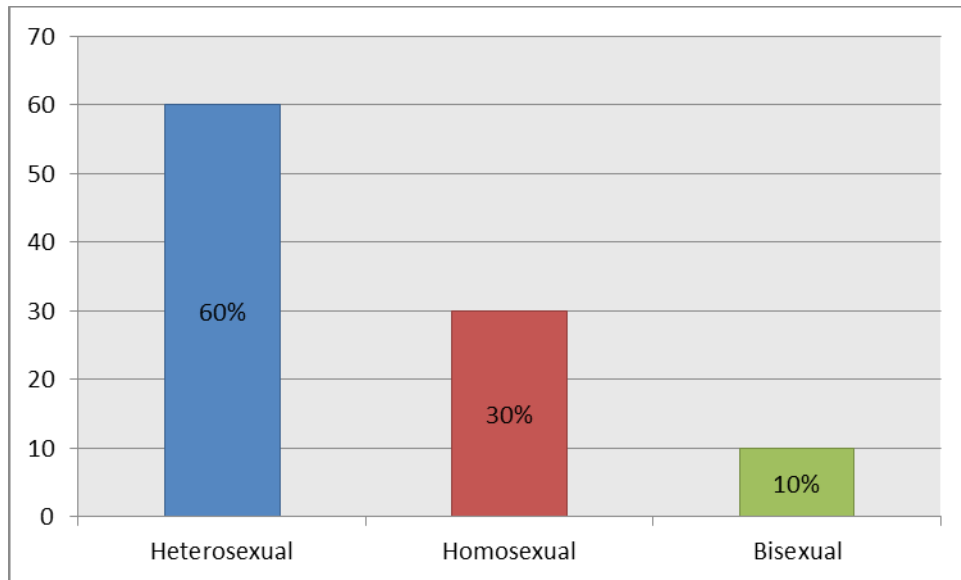


Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

En cuanto a las vías de transmisión de la infección por VIH, las relaciones sexuales fueron la principal vía de contagio en el 90 % de la población.

Grafico 4

Características sociodemográficas de pacientes con VIH/Sida según la preferencia sexual en el Seguro Social Universitario, año 2015.



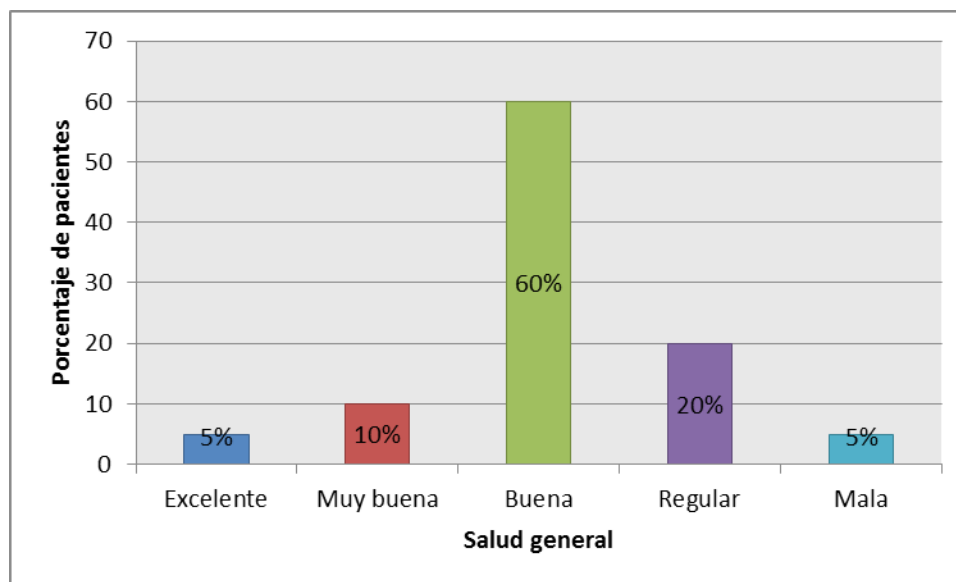
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Se puede evidenciar que las relaciones heterosexuales son las de mayor frecuencia (60%)

2. [Establecer la salud general de los pacientes con VIH/Sida](#)

Grafico 5

Calidad de Vida en la dimensión de Salud general en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



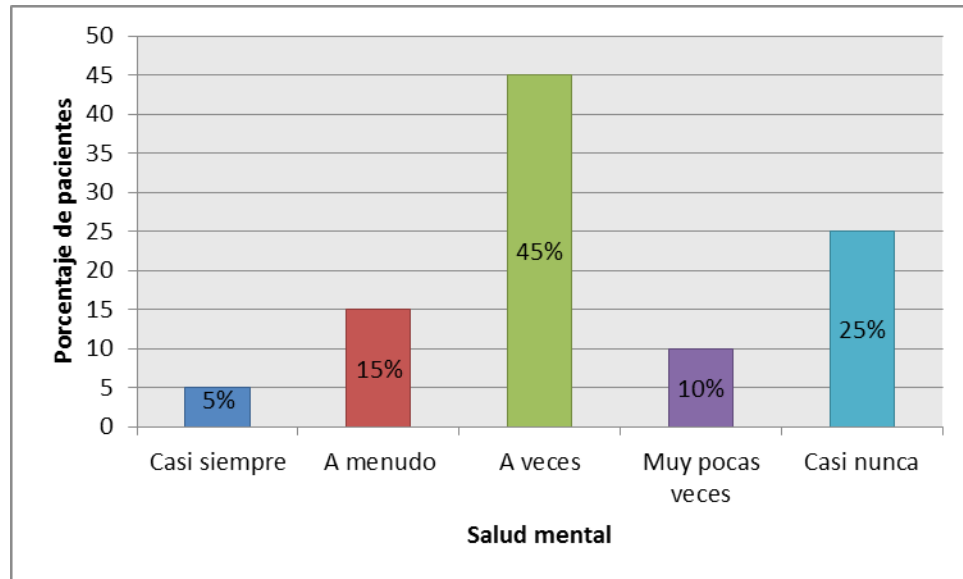
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

La valoración personal del estado de salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse nos indica que en general los pacientes perciben una buena salud en 60% de los entrevistados.

3. [Evaluar la salud mental de los pacientes con VIH/Sida](#)

Grafico 6

Calidad de Vida en la dimensión de Salud Mental en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



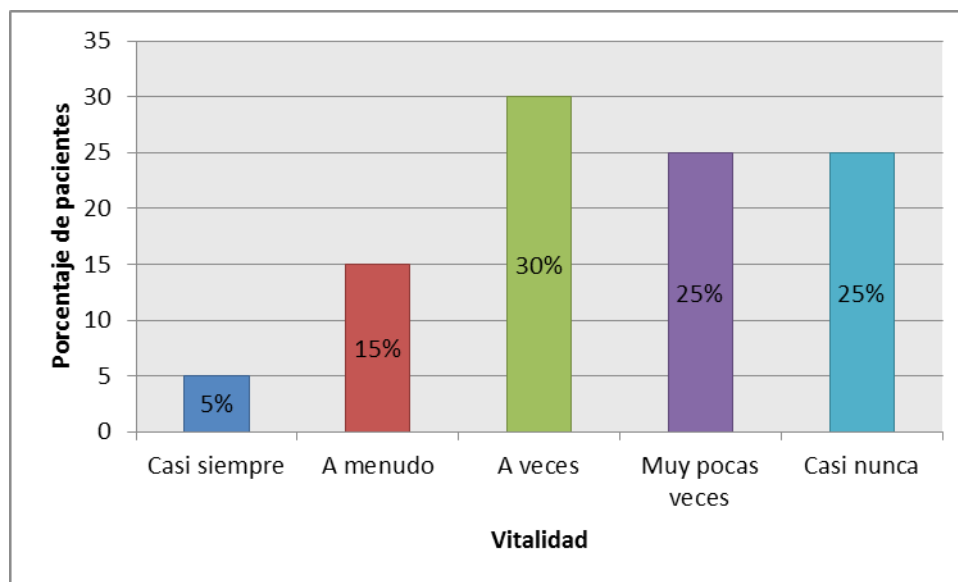
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

En este cuadro podemos observar que el 45% de los pacientes a veces se siente deprimido o ansioso, el 25% casi nunca pierde el control de su salud mental, el 15% se siente triste o decaído, el 10% muy pocas se siente tranquilo y finalmente el 5% casi siempre se siente deprimido.

4. [Establecer la vitalidad en pacientes que viven con VIH/Sida.](#)

Grafico 7

Calidad de Vida en la dimensión de Vitalidad en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



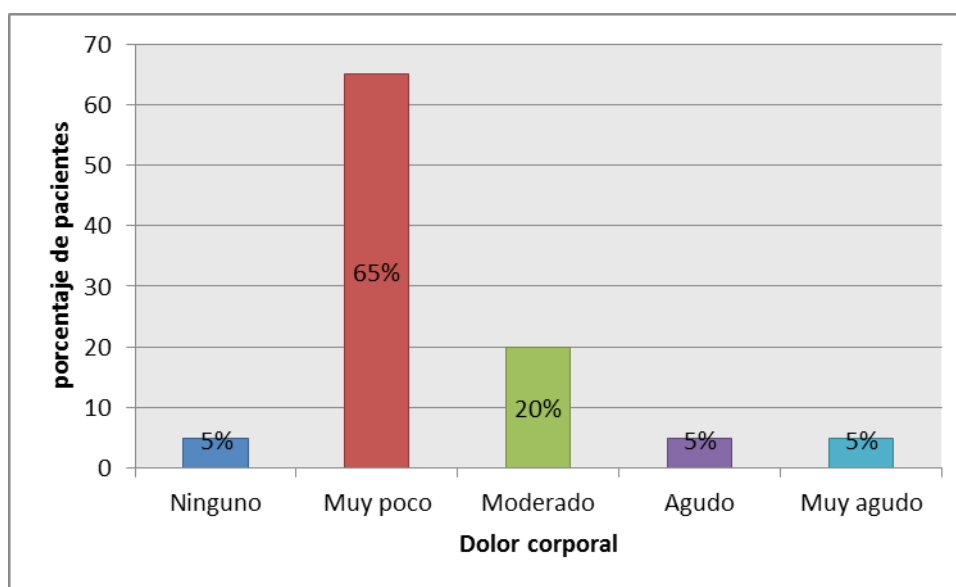
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

De la imagen anterior podemos mencionar que el 30% a veces se siente lleno de energía, y que con 25% para la categoría muy pocas veces o casi nunca siente falta de energía, el 15% a menudo tiene cansancio y el 5% desanimado

5. Establecer el dolor corporal en pacientes que viven con VIH/Sida.

Grafico 8

Calidad de Vida en la dimensión de Dolor Corporal en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



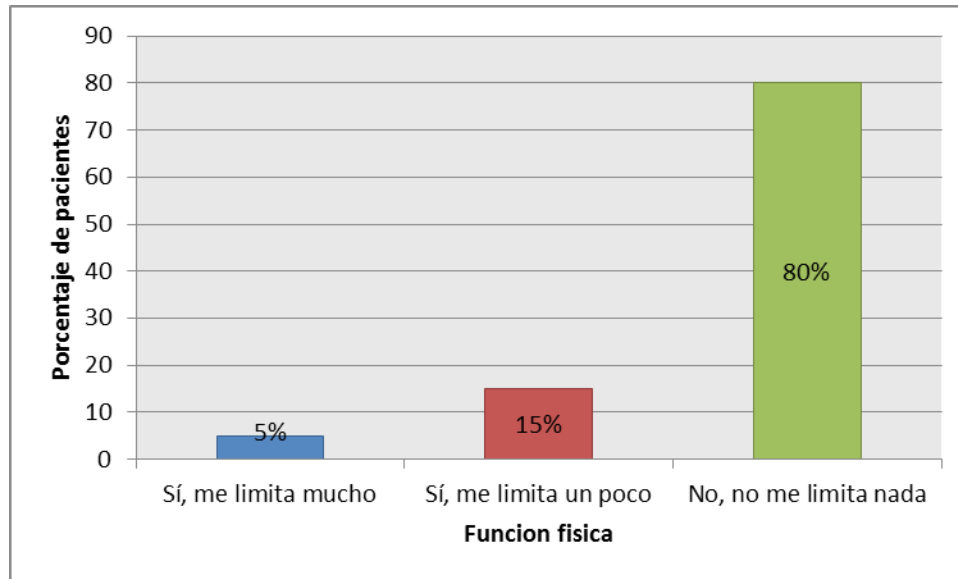
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

El cuadro anterior indica que el 65% percibe muy poco dolor, el 20% moderado, y finalmente 5 % por igual para las demás categorías.

6. Determinar la función física en pacientes que viven con VIH/Sida.

Grafico 9

Calidad de Vida en la dimensión de Función Física en pacientes con VIH/Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



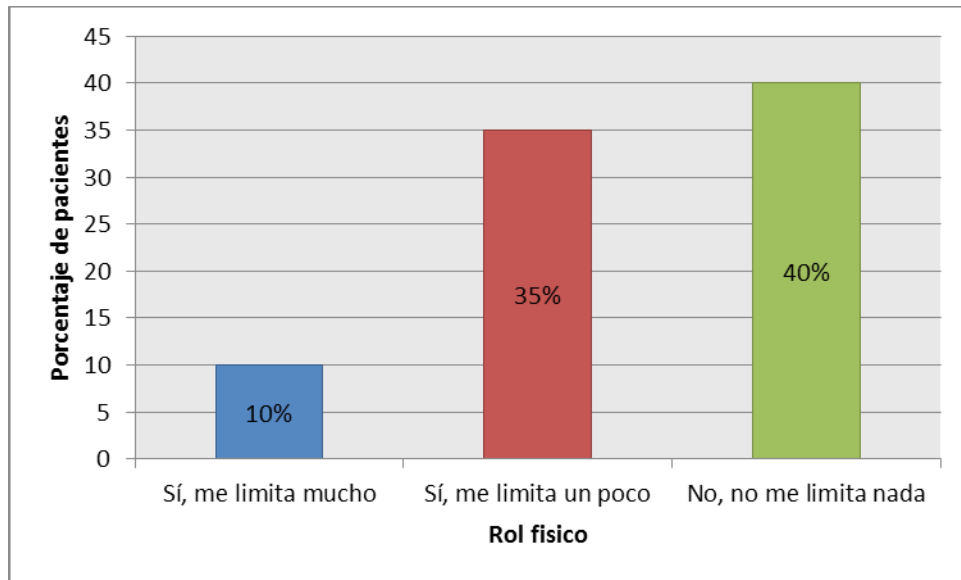
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

En cuanto a la función física de los pacientes tenemos que el 80% no tiene limitaciones físicas en su actividad diaria, seguido del 15% que si tiene limitación pero un poco y por ultimo solo el 5% realizan sus actividades con mucha limitación.

7. Determinar la Rol físico en pacientes que viven con VIH/Sida.

Grafico 10

Calidad de Vida en la dimensión de Rol Físico en pacientes con VIH/ Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



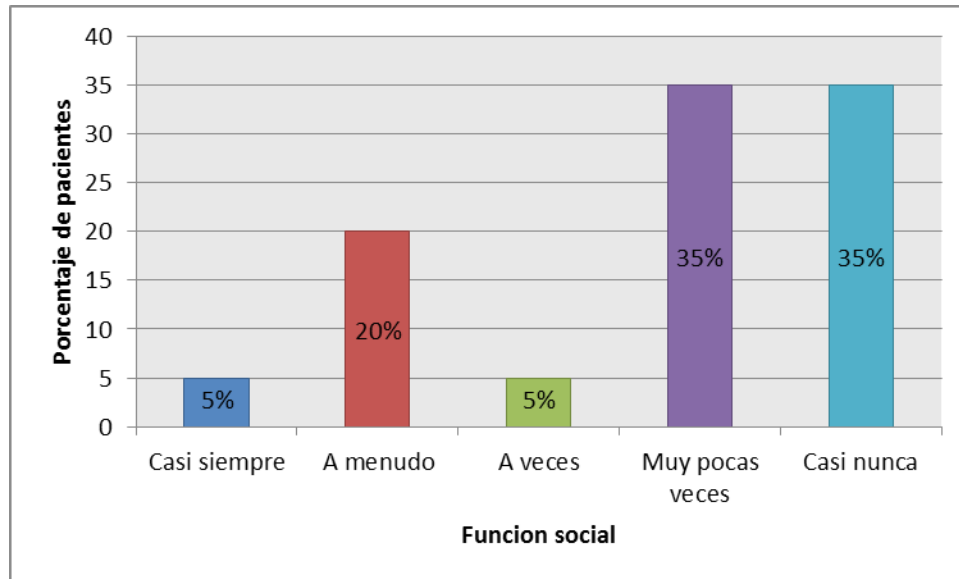
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

La mayoría de los pacientes entrevistados correspondiente al 40% no se limita en nada en el rendimiento de sus actividades diarias, no muy lejos de la mayoría con el 35% indica que si limita un poco el rendimiento de lo deseado, finalmente solo el 10% se limita mucho por falta de salud.

8. Determinar la Función Social en pacientes que viven con VIH/Sida.

Grafico 11

Calidad de Vida en la dimensión de Función Social en pacientes con VIH/Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



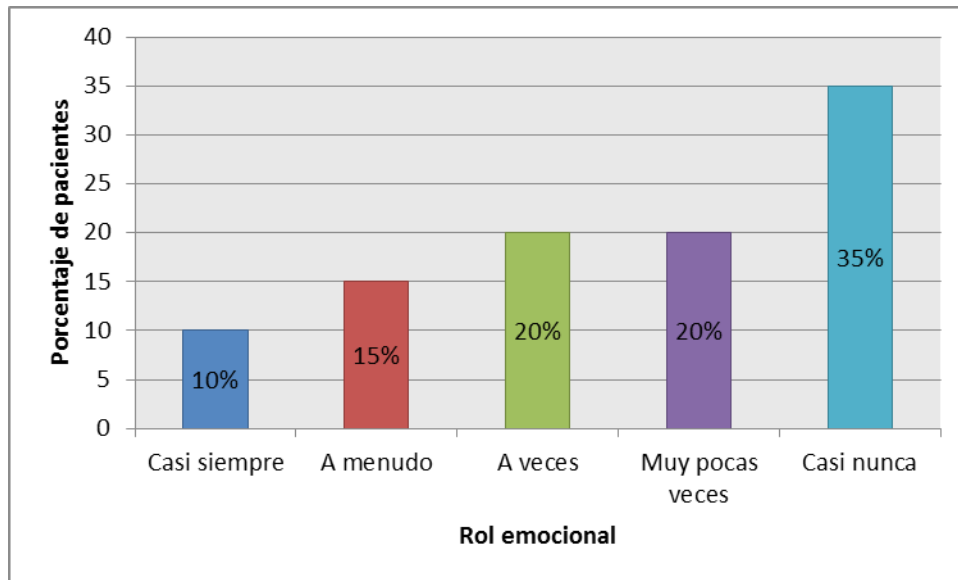
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

El 35% de la población estudiada indica que los problemas de salud física o emocional interfieren casi nunca o muy pocas veces, el otro 20% indica que a menudo los problemas de salud interfiere con sus actividades, y el 5% la función social interfiere casi siempre o a veces.

9. Evaluar la Rol Emocional en pacientes que viven con VIH/Sida.

Grafico 12

Calidad de Vida en la dimensión de Rol Emocional en pacientes con VIH/Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.

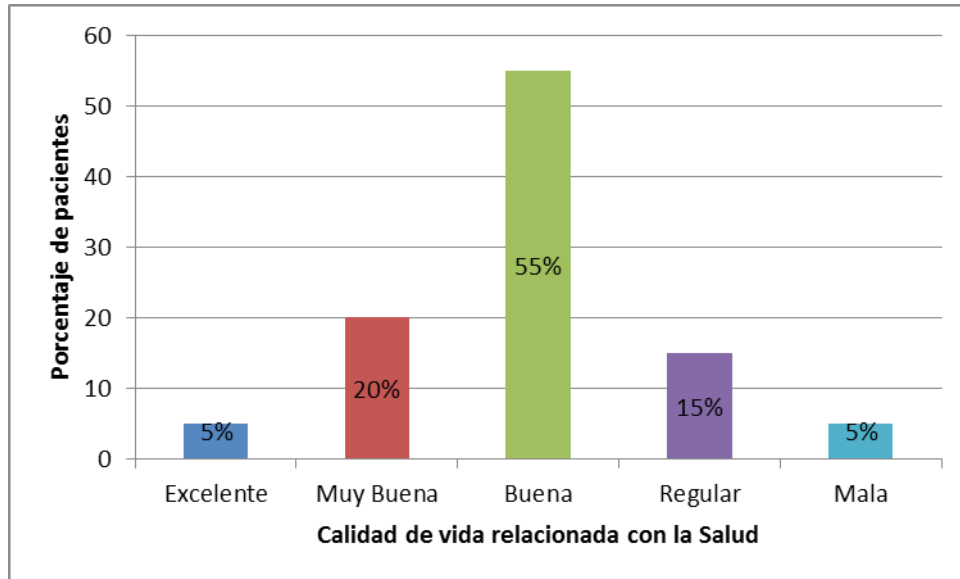


Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Se encontró que la mayoría de los paciente con 35% casi nunca ha tenido dificultades para mantenerse emocionalmente estable, el 20% presento muy pocas veces o a veces presento problemas emocionales que afectaron con su vida cotidiana, el 10% casi siempre tenía una reducción en el tiempo dedicado a sus actividades por problemas emocionales.

Grafico 13

Resultado global de Calidad de Vida en relación con la Salud en pacientes con VIH/Sida en el Seguro Social Universitario



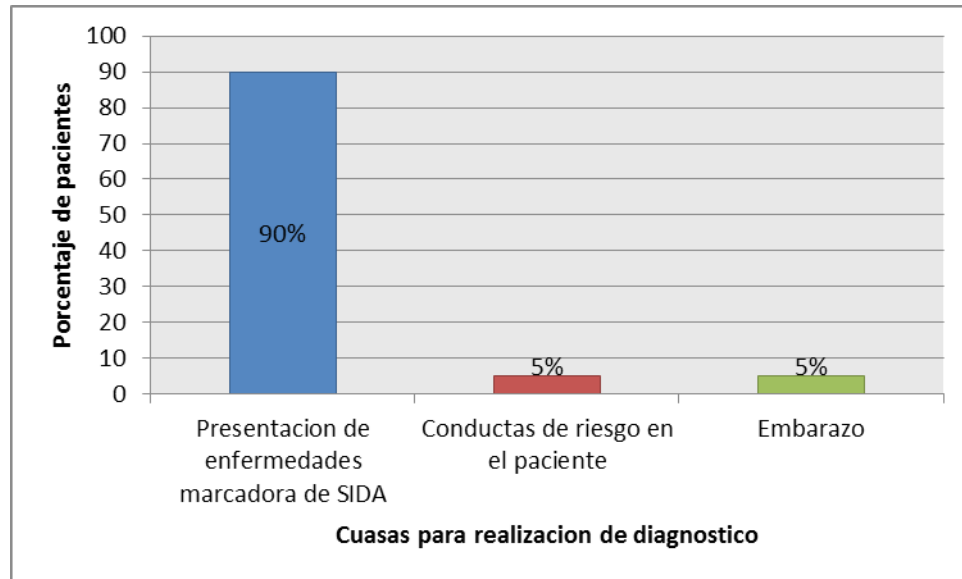
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Se encontró que la mayoría de los pacientes en tienen con 35% una buena calidad de vida con resultado, seguido con el 20% de muy buena CVRS, 20% de tiene una regular a mala calidad de vida.

10. [Establecer el motivo de consulta inicial del paciente con VIH/Sida](#)

Grafico 14

Distribución de pacientes con VIH/Sida según el motivo de consulta inicial en el Seguro Social Universitario. Año 2015.

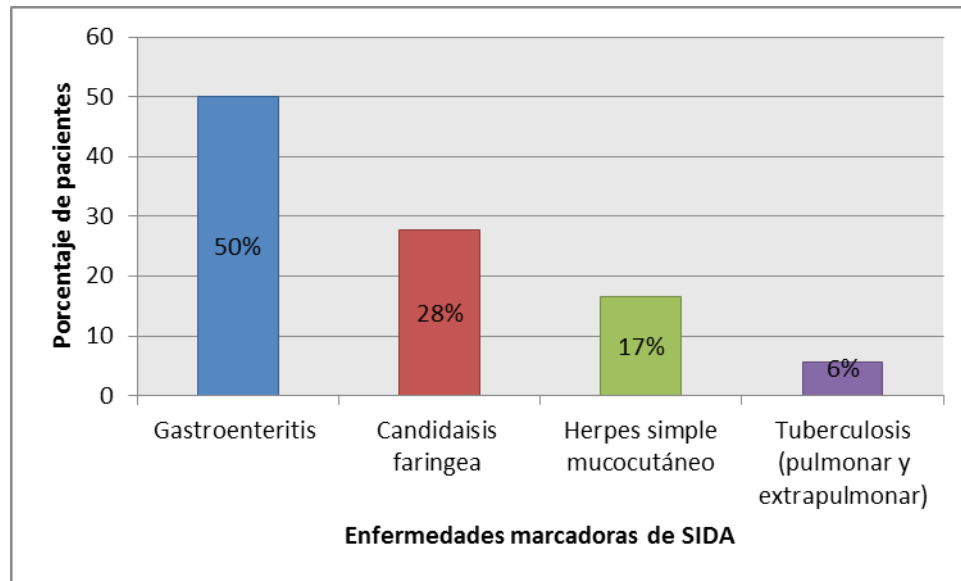


Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Entre las causas que determinaron la realización del diagnóstico de la infección por VIH, fueron en su mayoría con 90% por enfermedades marcadoras de SIDA que se mostraran en el siguiente gráfico, y con un 5% tanto para conductas de riesgo para el paciente y durante el embarazo

Grafico 15

Enfermedades más frecuentes asociadas al diagnóstico de VIH/Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Dentro de las enfermedades marcadoras que hicieron sospechar de qué se trataba de un caso de VIH/SIDA fue con un 50% gastroenteritis, el 28% por consultas de candidiasis faríngea, el 17% por herpes simple mucocutáneo, finalmente en un 6% por tuberculosis.

11. [Establecer las enfermedades oportunistas más frecuentes y el tiempo de diagnóstico de los pacientes con VIH/SIDA](#)

Grafico 16

Distribución de la presentación de enfermedades oportunistas en pacientes VIH/Sida, en el Seguro Social Universitario. Año 2015.

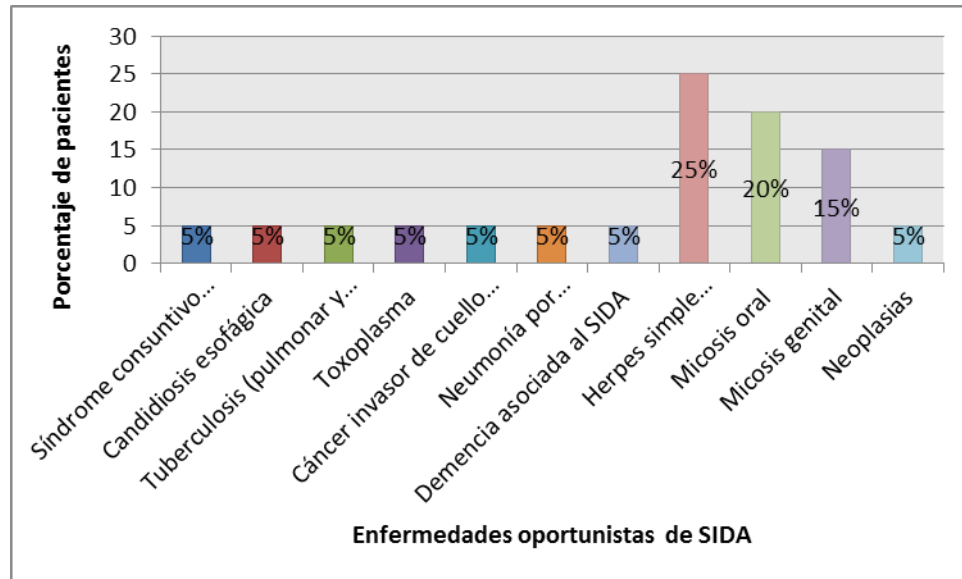
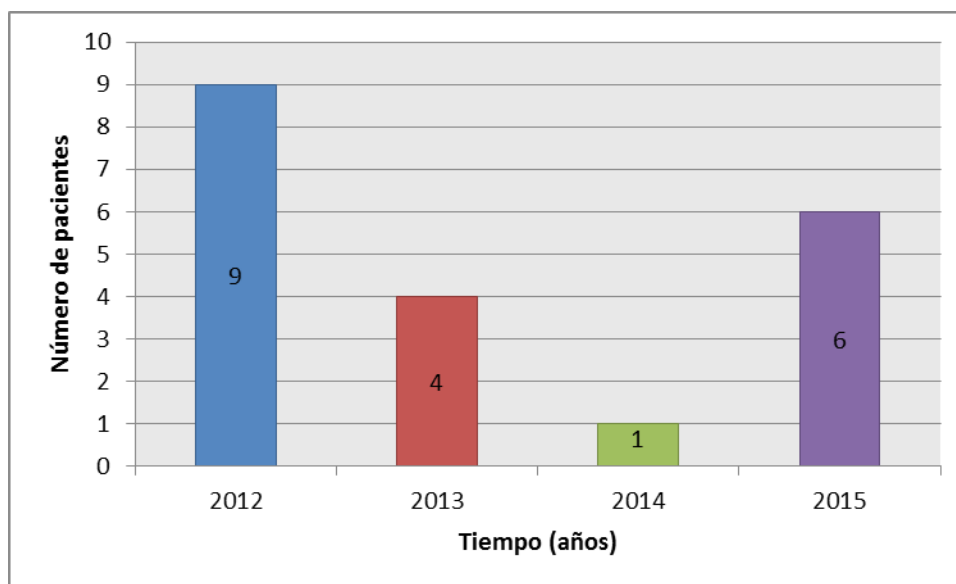


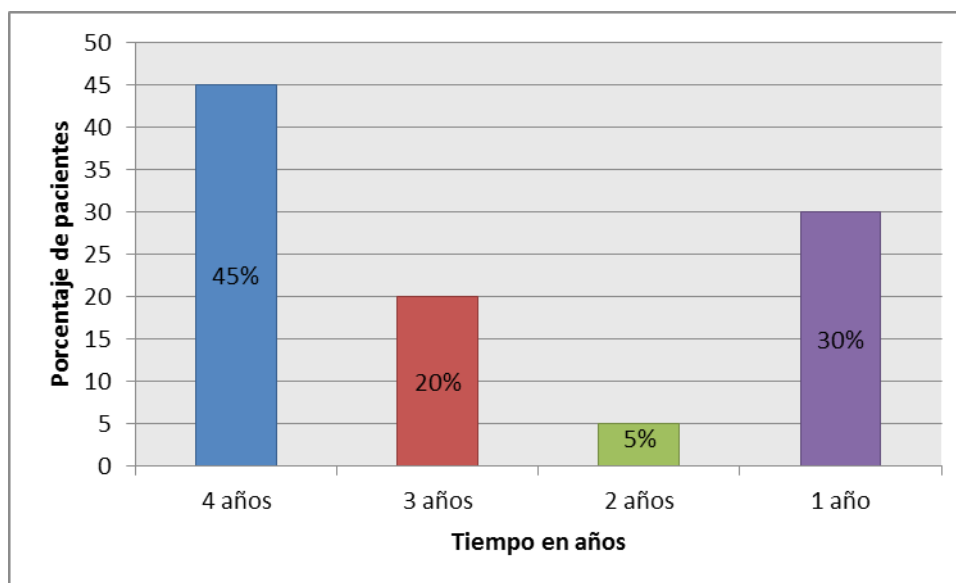
Grafico 17

Distribución de pacientes con VIH/Sida según años de diagnóstico de la infección por VIH en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Se observa que el 2012 fueron diagnosticadas 9 personas, seguido del 2015 con 6 pacientes positivo para VIH, en tercer lugar el 2013 fueron 4 pacientes, finalmente 1 paciente el año 2014.



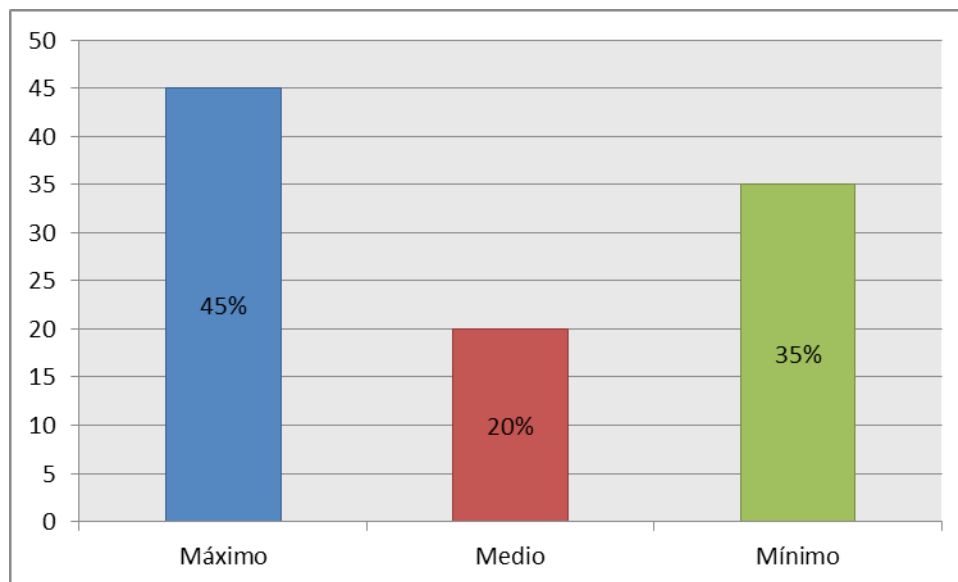
Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

El cuadro anterior indica que hace 4 años el 45 % de pacientes fueron diagnosticados de VIH, seguido del 30% hace 1 año, con los 20% pacientes hace 3 años y finalmente hace 2 años el 5% tiene diagnóstico de VIH.

12. Determinar las redes de apoyo social de los pacientes con VIH – SIDA

Grafico 18

Redes de Apoyo social en pacientes con VIH/Sida en el Seguro Social Universitario. Año 2015.



Fuente: Datos de encuestas, Elaboración propia.

Podemos ver el grafico que en cuanto al apoyo social, el 45% de los pacientes tiene apoyo social aceptable, seguido del 35% con apoyo mínimo, y el 20% se sitúa con un apoyo social medio.

VIII. DISCUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 20 pacientes, mayoritariamente adultos jóvenes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Cochabamba, Bolivia. Se administraron los Cuestionarios MOS-SF-30 y DUKE-UNK.

De acuerdo a un estudio realizado por Remor (2003) en España, los resultados indican que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentan (bajo o normal). El nivel de apoyo social ha demostrado ser una variable predictora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Específicamente comparando nuestros resultados con los de Remor (2003), se observan diferencias significativas de mejor calidad de vida en nuestro estudio en las subescalas: Salud general percibida, Actividad diaria y Vitalidad. Se encuentra niveles más bajos de calidad de vida en las subescalas: Función Social, Salud Mental y Malestar respecto a la salud. Y se encuentran resultados similares en las subescalas de: Dolor, Funcionamiento físico y Calidad de vida percibida. Con respecto a la subescala total del cuestionario C.V.R.S. ésta se encuentra en un nivel superior a los promedios bajos de la investigación de Remor (2003) y muy cercana a los niveles normales encontrados por el mismo autor en su estudio.

De otro lado, en numerosos estudios ha sido significativo el papel del Apoyo Social como variable fuertemente relacionada con la percepción de la calidad de vida en enfermos crónicos y más específicamente en pacientes con VIH/ SIDA (Hekman, et al. 1997; Crook, et al. 2005; Yang, et al. 2003; Crystal, et al. 2003; Ichikawa y Natpratan 2006). A diferencia del estudio desarrollado por Burgoyne y Renwick (2004), quienes no encontraron relaciones significativas en el tiempo entre el apoyo social y la calidad de vida en las personas con VIH/SIDA.

En nuestra investigación los factores de apoyo social fueron valorados por los sujetos de nuestro estudio como significativos especialmente aquellos de tipo afectivo-emocional asociados a una comunicación empática y comunicativa con su grupo de referencia como familiares, amigos y compañeros de trabajo. El VIH/SIDA de una enfermedad infecciosa aguda a una enfermedad crónica exige todavía más el mantenimiento de un régimen de tratamiento constante de parte del paciente, en el cual el apoyo social, especialmente aquel de tipo emocional, 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 (Gil-Robles, 2004).

Como se observa en nuestro estudio la mayoría de nuestros participantes fueron hombres, adultos jóvenes, con nivel educativo alto, solteros, quienes realizaban estudios universitarios y quienes tenían un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 4 a 3 años. Igual que en otros estudios se ha encontrado que las variables sociodemográficas relacionadas con el estar activos o en edad productiva relacionada con metas y planes de vida, el estatus social y la presencia de buenas redes sociales, son importantes predictores de calidad de vida y ajuste social en pacientes con VIH/SIDA (Heckman, Kochman, Sikkema, Kalichman, Masteny Goodkin, 2000; Crystal, et al. 2003).

IX. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 20 pacientes, mayoritariamente adultos jóvenes de ambos géneros con predominio del sexo masculino heterosexuales con escolaridad universitaria incompleta, con un nivel cultural medio - alto con diagnóstico de VIH/SIDA realizado en el SSU de la ciudad de Cochabamba, Bolivia, en tratamiento antirretroviral. Se administraron los Cuestionarios MOS-SF-30 y DUKE-UNK.

Las conclusiones son las siguientes:

- La mayoría de los pacientes con VIH/Sida presentan una buena calidad de vida, los mismos que percibieron buena salud en el último mes.
- Alguna vez se sintieron deprimidos o ansiosos por su enfermedad, pero muy pocas veces o casi nunca sintieron falta de energía.
- Percibieron muy poco dolor físico en el último mes que no limitó su actividad física, ni interfirió en el rendimiento de sus actividades diarias o función social
- Un pequeño porcentaje presentó reducción de tiempo dedicado a sus actividades diarias por problemas emocionales
- El principal motivo de diagnóstico de VIH en el SSU fue la presentación de enfermedades marcadoras de SIDA, siendo la principal la gastroenteritis
- Las principales enfermedades oportunistas que presentan los pacientes en orden de frecuencia son: herpes simple, micosis oral, micosis genital, pero ninguna de estas patologías impacta de forma negativa en sus vivencias cotidianas.
- El tiempo de diagnóstico que predominó en pacientes con VIH/Sida en el SSU fue de 4 años
- **Los** pacientes con VIH/Sida tienen un apoyo social alto

X. RECOMENDACIONES

- Contribuir desde la atención de primer nivel (medicina familiar) a la ampliación del apoyo social de las personas con infección por el VIH y cómo lograr una mejora de la CVRS de los mismos, mediante la aplicación

del counselling (asesoramiento no directivo), haciendo uso de la comunicación asertiva y escucha activa, podremos contribuir a una mayor información de la persona que tenemos delante, indicándole o educándole sobre cómo buscar posibles fuentes de recursos sociales y comunitarios, contribuyendo a la ampliación de su red de apoyo.

- Reforzar los programas de prevención contra el VIH en pacientes jóvenes ya que la mayoría de los pacientes se encuentra entre los 19 a 24 años, por lo que nos indica que a futuro será en estos pacientes mayor gasto en el servicio público.
- De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se recomienda que a todo paciente con que acude a consulta con gastroenteritis o con candidiasis faríngea se pueda incluir en el protocolo una prueba rápida.
- Existencia de una red de apoyo social para mejorar el rol emocional de los pacientes con VIH ya que un buen porcentaje de los pacientes tiene dificultades en mantenerse mentalmente estable, por lo tanto consideramos que debe haber un programa de apoyo psicológico en coordinación con el área de medicina familiar.
- Formar grupos de apoyo a pacientes con VIH/Sida donde se enseñe:
 - ✓ Consejos nutritivos para alimentarse correctamente
 - ✓ Mantener un peso corporal normal
 - ✓ Consumo de alimentos saludables
 - ✓ Realizar actividad física
 - ✓ Manejo de la ansiedad y depresiónEste grupo debe ser manejado en forma interdisciplinaria por profesionales del área de medicina familiar, psicología, nutrición y trabajo social

XI. BIBLIOGRAFÍA SEGÚN NORMAS DE VANCOUVER

1. Ávalos RT, Marzo 2014, VIH/SIDA. La mayor pandemia en la historia de la humanidad. Primera edición, Buenos Aires, Ediciones Journal infecciosas.

2. Dr. Andrés Vargas Caballero, año 2012. Guía para el seguimiento médico y laboratorial de las personas con VIH y SIDA en el tratamiento antirretroviral. Segunda Edición, Cochabamba – Bolivia
3. Contreras, F. Esguerra, GA. Espinosa, JC. et. al. Coping styles and quality of life in patients with chronic disease HIV AIDS in treatment. Act.Colom.Psicol. July/Dec. 2007, vol.10, no.2, p.169-179.
4. Montenegro, año 2010, M.E. Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico y laboratorio. Primera Edición. Hospital Alemán Nicaragüense.
5. Martín Suárez I. Cano Monchul R. Pérez de Ayala P. Aguayo Canela M. Cuesta F. Rodríguez. Pujol de la Llave E. Año 2012. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con VIH avanzada. Madrid. España. Anales de Medicina Interna. Aran. Ediciones SL. Vol. 19. N 8. Pág. 1
6. Fauci AS, Pantaleo G, Stanley D. Immunopathogenic mechanism of HIV infection. Ann Intern Med 1996; 124: 654-63.
7. Lyles C, Dorrucchi M, Vlahov D, Pezzotti P, Angarano G, Simicco A, Alberici F, Alcorn TM, Vella S, Rezza G for the Italian Seroconversion Study. Longitudinal human immunodeficiency virus type 1 load in the Italian seroconversion study: correlates and temporal trends of virus load. J Infect Dis 1999; 180:1018-24.
8. Petrukevitch A, Del Amo J, Phillips AN, Johnson AM, Stephenson J, Desmond N, Hanscheid T, Low N, Newell A, Obasi A, Paine K, Pym A, Theodore C, De Cock KM. Disease progression and survival following specific AIDS-defining conditions: a retrospective cohort study of 2048 HIV infected persons in London. AIDS 1998; 12(9): 1007-13.
9. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk D, Reiss P, d'Arminio Monforte A. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. Lancet 2003; 362: 22-9.
10. Cleghorn FR, Reitz Jr MS, Popovic M, Gallo RC. Virus de la inmunodeficiencia humana. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Madrid: Elsevier España; 2009. p. 2119-33.

11. Montero A. Fisiopatología de la infección. En: Lupo S. Clínica y terapéutica de la infección por VIH y SIDA. Rosario: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario; 2003. p. 39-49.
12. CDC 1997. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. MMWR 1997; 46(No. RR-10): 1-55.
13. CDC 1993. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(No. RR-17): 1-19.
14. ONUSIDA. Internet:
<http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>. Acceso: 3/09/2015
15. BIOMED. Calidad de Vida. Internet:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8246.pdf>. Acceso: 15/09/2015
16. Laura Schwartzmann. Año 2010. Health-relate quality of life: Conceptual aspects. Montevideo. Uruguay. Ciencia y enfermería Vol Ix, n2. Pp 9-21.
17. E.U. Pamela salinas y colaboradores. Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Chile. UNAD. Edición 1. Pag.2
18. De Boer JB, Van Dam FSAM, Sprangers MAG. Health- related quality of life evaluation in HIV – infected patients. A review of literature. United States. Pharmacoeconomics – Medline. 2012. N 9.2012. Pag 291 – 304.
19. Hekman, T.C, Somlai, A.M., Sikkema, K.J., Kelly, J.A. & Franzoi, S.L. (1997). Psychosocial predictors of life satisfaction among persons living with HIV infection and AIDS. Journal Association Nurses AIDS Care, 8, 21-30.
20. Gil-Robles, J. (2004). Psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
21. Grau, J. & González, U. (1997). Ética, calidad de vida y psicología de la salud. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile
22. Gómez, L., Pérez, M. & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. Psicología Conductual, 9, 5-38.
23. Katz, P.P. & Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on

- values activities and depressive symptoms? *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
24. Roure RM, Reig A, Vidal J. Percepción del apoyo social en pacientes hospitalizados. *Rev Mult Gerontol* 2002;12(2):79-85
 25. . Fernández AM, Bujalance MJ, Leiva F, Martos F, García AJ, Sánchez de la Cuesta F. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con EPOC. *MEDIFAM* 2001; 11(9):530-539
 26. Felman L, Goncalves L, Chacon G, Zaragoza J, Bagés N, De Pablo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ Psychol* 2008; 7(3):739-751
 27. Rodríguez A, Pinzón SA, Herrera J, De Benito M, Cuesta E. ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa "libre de drogas" en prisión? *Medicina de Familia* 2004; 5(1):16-26.
 28. García A. El apoyo social. *Hojas Informáticas* 2003; 53:1-5
 29. OMS. Promoción de la salud glosario. WHO/HPR/HEP.98.1. WHO Geneva 1988
 30. De la Revilla L, Luna del Castillo J, Bailón E, Medina I. validación del cuestionario de MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia* 2005; 6(1):10-18.
 31. Marín J, Pastor M, López F. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* 1993;5(supl):349-372.
 32. Roure RM, Reig A, Vidal J. Percepción del apoyo social en pacientes hospitalizados. *Rev Mult Gerontol* 2002;12(2):79-85
 33. Álvarez Cáceres R. *Estadística aplicada a las Ciencias de la Salud*. España: Ediciones Díaz de Santos; 2007.

ANEXOS.

Figura 4: Cuestionario MOS HIV, SF- 30

ANEXO**1**

1. En general, diría que su salud es:

Señale en el cuadro

Excelente	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	

2. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido en general en el último mes?

Señale en el cuadro

Ninguno	
Muy poco	
Moderado	
Agudo	
Muy agudo	

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las ha limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, 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 fatigantes.			
4	El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puedes hacer, como mover una mesa o llevar el carro de la compra.			
5	Subir una cuesta o subir escaleras.			
6	Girarse, levantarse o inclinarse.			
7	Caminar 100 metros.			
8	Comer, vestirse, ducharse o utilizar el servicio.			

Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? si las han limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
9	Mi trabajo; el trabajo en cosas de la casa; las tareas escolares o de estudio.			
10	El tipo o la cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.			

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, en la casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último mes.

		Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
11	¿ Han limitado su salud sus actividades sociales: visitar amigos o parientes cercanos, etc.?					
12	¿Has estado muy nervioso/a?					
13	¿Se ha sentido tranquilo, en calma y en paz?					
14	¿Se ha sentido triste y decaído?					
15	¿Ha sido feliz?					
16	¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?					
17	¿Se ha sentido lleno de energía?					
18	¿Se ha sentido agotado?					
19	¿Se ha sentido cansado?					
20	¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?					
21	¿Se ha sentido abrumado por su problema de salud?					
22	¿Se ha sentido desanimado por su problema de salud?					
23	¿Se ha sentido desesperado por su problema de salud?					
24	¿Ha sentido miedo por su problema de salud?					
25	¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas, etc.?					
26	¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como dónde puso cosas, citas, etc.?					
27	¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?					
28	¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?					

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

Muy bien, no podían haberme ido mejor	
Bastante bien	
Ni bien ni mal, casi igual	
Bastante mal	
Muy mal, no podían haberme ido peor	

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

Mucho mejor	
Algo mejor	
Casi igual	
Algo peor	
Mucho peor	

Figura 5: Cuestionario DUKE - UNC

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Tabla 4. Escala de valores DUKE

VALORES ESCALA DE DUKE-UNC-11

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