

**APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH  
DE LA IPS DE LA COSTA EN EL I PERIODO DE 2009**

**ELIZABETH ROMERO MASSA**  
Elyroma57@hotmail.com  
Tel: 6664342  
DIR: crespo, calle 67 # 2-14  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**ELIANA BELTRAN**  
Elianabeltran0227@hotmail.com  
**ROLANDO CASTAÑO**  
castaropa@hotmail.com  
**JULIETH GOMEZ**  
juliethcgomez@hotmail.com  
**REINA LUNA**  
Queenytaz\_23@hotmail.com  
**DALLYS PERIÑAN**  
dlsyrfl@hotmail.com  
**GLORIA ROSAS**  
Gera2085r@hotmail.com  
**CO-INVESTIGADORES**

**NOMBRE DEL GRUPO DE INVESTIGACION: cuidado a la salud**  
**NUMERO DE INVESTIGADORES: 6**  
**LINEA DE INVESTIGACION: cuidado y cuidador**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**PROYECTO DE INVESTIGACION**  
**VIII SEMESTRE**  
**2009**

## **CONTENIDO**

<b>RESUMEN DEL PROYECTO</b>	
<b>2. DESCRIPCION DEL PROYECTO</b>	<b>4</b>
<b>2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
<b>3. MARCO TEORICO</b>	<b>9</b>
<b>3. VIH/SIDA</b>	<b>9</b>
<b>3.1 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON VIH</b>	<b>11</b>
<b>3.1.1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA</b>	<b>13</b>
<b>3.2 APOYO SOCIAL</b>	<b>13</b>
<b>3.2.1 TIPOS DE APOYO SOCIAL</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1.1 APOYO EMOCIONAL</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1.2 APOYO INFORMATIVO</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1.3 APOYO INSTRUMENTAL</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1.4 APOYO EVALUATIVO</b>	<b>14</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>5.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>17</b>
<b>5.2 POBLACION Y MUESTRA</b>	<b>17</b>
<b>5.3 TIPO DE MUESTREO</b>	<b>17</b>
<b>5.4 CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>17</b>
<b>5.5 CRITERIOS DE EXCLUSION</b>	<b>17</b>
<b>5.6 RECOLECCION DE LA INFORMACION</b>	<b>18</b>
<b>5.6.1 INSTRUMENTO INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI-SP)</b>	<b>18</b>
<b>5.6.2 ENCUESTA O CUESTIONARIO DE SOPORTE SOCIAL</b>	<b>19</b>
<b>5.7 PROCEDIMIENTO</b>	<b>19</b>
<b>5.8 ANALISIS ESTADISTICO</b>	<b>19</b>
<b>6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>	<b>20</b>
<b>7. CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>24</b>
<b>8. DIVULGACION DE LA INFORMACION</b>	<b>25</b>
<b>9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>26</b>
<b>10. RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>27</b>
<b>11. IMPACTO</b>	<b>28</b>
<b>12. PRESUPUESTO</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ANEXOS</b>	
<b>TRAYECTORIA DEL GRUPO DE INVESTIGACION</b>	

## RESUMEN DEL PROYECTO

El sida es una enfermedad que dificulta de forma importante la adaptación de la persona que la padece, lo cual implica reacciones emocionales como respuesta a las múltiples exigencias que debe asumir la persona al recibir el diagnóstico, la naturaleza impredecible de la enfermedad, las reacciones familiares, la amenaza laboral, el nivel de interferencia de los síntomas con sus rutinas y actividades cotidianas. Todo lo anterior en un marco donde prima la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia por causa del estigma que se tiene de ella; el paciente se siente afligido con desesperanza y deseos de morir

El apoyo social influye de manera diferente en distintos pacientes, tal como ha podido comprobarse en diversos estudios. La calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes se ve afectada por los múltiples factores deteriorantes que trae consigo esta enfermedad.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre apoyo social y calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que asisten a la IPS de la costa, seccional Cartagena y Montería, en el I periodo de 2009.

**Metodología:** Se realizara un estudio cuantitativo de tipo analítico transversal, la población y muestra estará formada por los pacientes con VIH/SIDA que asisten en el primer periodo del 2009 a la IPS de la Costa seccional Cartagena y Montería, se realizara un muestreo aleatorio simple para la escogencia de los pacientes a quienes se les evaluara la calidad de vida (instrumento índice de calidad de vida QLI-SP) y apoyo social (escala MSPSS). Para el procesamiento de datos se usara el paquete estadístico SPSS, en su versión 15.0 R. Para determinar el grado de asociación se utilizara el coeficiente de Spearman.

**Impacto:** Se espera que las personas con VIH/SIDA nos acepten en sus vidas de manera agradable, para así poder dar a conocer a estos la información pertinente acerca de la investigación que se piensa llevar a cabos con ellos y de los beneficios que podrían tener si participaran en ella, ya sean adquirir conocimientos acerca de su enfermedad, poder expresar sus emociones y sentimientos con una persona dispuesta a escucharlos o ponerse a reflexionar acerca de aquellas actitudes que pueden ayudarlo a continuar con su vida cotidiana de la mejor forma posible o de aquellos que no lo están ayudando.

**Palabras claves:** VIH, SIDA, calidad de vida, apoyo social.

## 2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El SIDA es una enfermedad de impacto social que dificulta de forma importante la adaptación a la sociedad de la persona que padezca de la enfermedad por causa del estigma que se tiene de ella; el paciente se siente afligido con desesperanza y deseos de morir. (1)

Desde su aparición en el mundo a principios de los 80, la epidemia de VIH/SIDA ha sido la causa de más de 25 millones de muertes. En el 2005 cerca de 5 millones de personas contrajeron la infección, 700.000 de ellas menores de 15 años. África subsahariana sigue siendo la región más afectada; en el último quinquenio se ha reportado un creciente número de casos a nivel global, con excepción del Caribe, donde en los últimos dos años se ha observado una relativa estabilización en las prevalencias de infección en población general. Actualmente, en los países del África subsahariana, la prevalencia de infección en mujeres menores de 25 años, es dos a tres veces mayor que en hombres de la misma edad, el 57% de las personas adultas infectadas son mujeres y el 75% de los casos reportados en menores de 25 años corresponde a mujeres. En América del Norte el porcentaje de casos reportados en mujeres pasó del 20% en 2001 a 23% en 2004; en Europa Oriental y Asia Central de 32% en 2001 a 33% en 2004; en el Caribe de 48% en 2001 a 49% en 2004 y en América Latina de 35% en 2002 a 36% en 2004. (2)

Aproximadamente 2,1 millones de personas en América del Norte y Europa occidental y central vivían con el VIH en 2007, de las cuales 78.000 contrajeron el VIH durante el año anterior. (3)

En América Latina, alrededor de 1,6 millones de personas están viviendo con el VIH. En 2003, unas 59.000 personas fallecieron a causa del sida y otras 200.000 contrajeron la infección. Para finales de 2005, el número estimado de muertes por sida en la región asciende a 66.000. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0.5% de las mujeres y el 0.8% de los hombres estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año. En 2007, se produjeron aproximadamente 100.000 nuevas infecciones por el VIH, lo que elevó el número de personas que viven con el VIH en esta región a 1,8 millones. Durante el pasado año, alrededor de 58.000 personas murieron a causa del sida. (4)

En Colombia, el total de casos notificados de infección por VIH/SIDA desde 1983 hasta el 2007, fue de 57.489 casos en estadio de sida y fallecidos. El 76.6% de

los casos reportados con registro individual son hombres y el 22.1% son mujeres. El grupo poblacional mas afectado agrupado por grupos quinquenales, es el de 25 a 29 años con 8.076 equivalentes al (20.0%), en relación con los 40.335 registros con reporte de edad (70.2%). El 57.7% se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad, sin desconocer que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en los grupos mayores de 45 años con el 13.1% de la participación. El comportamiento de la notificación de casos de VIH/SIDA por entidad territorial entre 1983 y el 2007 ha sido variable. En el primer semestre de 2007 se notificaron 648 nuevos casos de SIDA en Bogotá, con un acumulado de 14281 casos, departamento del valle con 11017 casos y Antioquia 7977 casos, regiones del país en las que se concentra el 38% de la población colombiana. (5)

En la ciudad de Cartagena en el I periodo de 2006 se reportaron 45 casos de VIH positivo; y a finales del II periodo de 2006 se notificaron 72 casos nuevos. (6) En el II periodo de 2007 se reportaron 41 casos de VIH positivo; y en el transcurso del I periodo de 2008 se han notificado 47 casos nuevos (7), lo que indica un rápido crecimiento de los casos de VIH en la ciudad.

Durante los últimos años, las terapias anti-retrovirales de alta actividad (*Highly Active Anti-Retroviral Therapies* HAART) han sido el principal medio terapéutico para combatir el VIH/SIDA. Estas terapias han evolucionado rápidamente debido a los notables avances de los resultados de la investigación. A medida que se mejoran los tratamientos antirretrovirales anti-VIH, se ha ido reduciendo la mortalidad resultante de las enfermedades oportunista. Hoy hay una clara tendencia hacia la consideración del SIDA no como enfermedad terminal sino como una enfermedad crónica controlable. (8)

Las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes, desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación, hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida. (9)

En la infección por VIH encontramos casos en que los pacientes con SIDA sufren de alteraciones metabólicas y nutricionales, las cuales afectan de manera importante la sensación de bienestar relacionada con una buena calidad de vida por deterioro de la actividad social, de la actividad de la vida diaria y de la salud en general. (10)

La presencia de esta enfermedad, provoca respuestas de ansiedad o depresión en las personas; pueden dispararse pensamientos que anticipan distorsiones sobre el avance de la enfermedad, ya que los pacientes generalmente están en contacto con otros afectados. (11)

Las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental (1).

El SIDA tiene además, una serie de consecuencias sociales relacionadas con el miedo a la discriminación y al rechazo en varios ámbitos como trabajo, la familia y educación. Las personas sienten que no pueden hablar abiertamente sobre su diagnóstico porque pueden ser estigmatizadas. El temor hace que el comportamiento de muchos hombres y mujeres que están viviendo con VIH/SIDA, los conduzcan a recluírse en sus casas, sentirse desorientados, angustiados y consecuentemente autoexcluírse del trabajo o del estudio, entre otras actividades de tipo social. (12) Los pacientes mayores son más vulnerables al aislamiento social, pueden tener menos acceso a los recursos de apoyo social o bien pueden optar por no utilizar esos recursos. (10). Afloran sentimientos encontrados: *Ira, hostilidad* y alteraciones del estado de ánimo como ansiedad y depresión, el paciente no procesa la información que puede proporcionarle alternativas válidas, sino que focaliza su atención en los estímulos percibidos como síntomas de enfermedad e, ignora aquellos que pueden atenuar la situación. Una de las consecuencias directas de esta actitud emocional, es la percepción de impotencia, al creer erróneamente el paciente, que no es capaz de aceptar la situación por sus medios, afectando de manera notoria la calidad de vida de este. (11)

En granada, España se realizó un estudio transversal con 320 pacientes VIH positivos, en el cual se pone de relieve la importancia que el apoyo social tiene sobre los índices de calidad de vida física y mental de los pacientes VIH positivos, lo cual concuerda con resultados de estudios previos. La CVRS de los pacientes que refieren tener apoyo social es superior a la de los que refieren carecer del mismo, no sólo en los índices resúmenes, sino en las once dimensiones. Lo mismo se observa para los que no presentan morbilidad psíquica. Tradicionalmente, el apoyo social se ha mostrado como un elemento protector frente a la morbilidad psíquica. La literatura describe que el papel amortiguador del apoyo social es debido, por un lado, al significado que tiene para la vida de las personas el poder contar con este apoyo, lo que lleva a disminuir el impacto percibido de la enfermedad y, por otro lado, al efecto moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes. (13)

En un estudio realizado por los investigadores Edo, M<sup>a</sup> T. y Ballester, R. en el que se evaluó el estado emocional y la conducta de enfermedad de un grupo de 63 pacientes seropositivos atendidos en el Hospital General de Castellón y se comparó con el de 57 pacientes oncológicos que padecían distintos tipos de cáncer y otro grupo de 60 personas sin ningún tipo de dolencia médica ni psicológica, los resultados de este estudio mostraron que los pacientes seropositivos presentaban un perfil psicológico con mayor grado de ansiedad estado y rasgo, y niveles de depresión significativamente más altos que los otros grupos, así como una autoestima significativamente menor. Por otro lado, los pacientes con infección por VIH manifestaban una mayor preocupación por su salud, una percepción de apoyo social significativamente menor que la de los pacientes oncológicos y también un mayor grado de interferencia de la enfermedad en sus vidas (14)

En una revisión realizada por Velandia Mora, M. acerca de vivir con sida, expone que el apoyo familiar es definitivo para quien sufre una enfermedad terminal. Que EL TEMOR AL SIDA ha llevado a que muchas familias de personas con esta enfermedad prefieran que el paciente sea atendido en una entidad hospitalaria. Esto conlleva, no solo a que permanecer en una entidad hospitalaria puede aumentar el riesgo de infecciones, sino que una persona enferma necesita más que nadie del apoyo emocional y el afecto de sus seres queridos. Está visto que estos factores influyen notoriamente en el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, cuando un miembro de la familia o alguien cercano está enfermo, aunque quienes están cerca deseen ayudarlo, generalmente desconocen cómo hacerlo. (15)

En un estudio realizado por los autores Vinaccia, S., Fernández, H. y Quiceno, M. en la ciudad de Medellín, Colombia en el que se evaluó la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA, se demostró que los sujetos del estudio aunque hayan sentido malestar respecto a su salud, tuvieron una percepción de su calidad de vida de buena a muy favorable, indicando que la adecuada salud mental, física y emocional que percibieron, les favoreció para estar activos y llevar a cabo sus roles de la vida diaria como trabajar, estudiar, realizar actividades deportivas/recreativas, estar atentos de su autocuidado personal, colaborar en el hogar y relacionarse con los demás sin dificultad. Los factores de apoyo social fueron valorados 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. Los resultados indicaron que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo

social que presenten. Por lo tanto, el nivel de apoyo social ha demostrado ser una variable predictora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). (16). De acuerdo a lo planteado hemos considerado importante estudiar la calidad de vida de estos pacientes VIH positivos para determinar la trascendencia que tiene esta enfermedad en ellos y determinar como el apoyo social influye en su mejoría y progreso. Por lo cual hemos formulado el siguiente problema:

## **2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA**

**¿CUAL ES EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DE LA IPS DE LA COSTA SECCIONAL CARTAGENA Y MONTERIA EN EL I PERIODO DE 2009?**



### 3. MARCO TEORICO

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al sistema de defensas del organismo. Al debilitarlas contra la enfermedad, el VIH hace que el organismo sea vulnerable a una serie de infecciones y cánceres, algunas de las cuáles ponen en peligro la vida. El VIH infecta las células que forman parte del sistema inmunológico del organismo. Cuantas más células estén infectadas por el virus, menos capaz será el sistema inmunológico de luchar contra la enfermedad. Poco después de que tiene lugar la infección, el sistema inmunológico del organismo se prepara para enfrentar el virus mediante la respuesta celular y mediante moléculas especializadas denominadas anticuerpos que, por lo general, consiguen reducir provisionalmente la cantidad de virus en la sangre. Sin embargo el VIH sigue activo y, por tanto continúa infectando y matando células vitales del sistema inmunológico. Con el tiempo, la actividad vírica aumenta significativamente y a la larga, anula la capacidad de respuesta del organismo ante la enfermedad. Puede transmitirse de una persona a otra a través de tres vías: relaciones sexuales sin condón con una persona infectada, exposición a sangre infectada y de la madre viviendo con el virus al hijo(a). (17)

El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se considera la etapa más avanzada del proceso que empieza con la infección por el VIH. El cuerpo es más vulnerable a diversas enfermedades, que por lo general, no afectan a las personas cuyo sistema inmune se encuentra en buenas condiciones. Algunas de las cuáles ponen en riesgo la vida. Cuanto mayor sea el daño sufrido por el sistema inmunológico, mayor será la posibilidad de adquirir infecciones oportunistas. El Sida se caracteriza por la manifestación clínica de dichas infecciones, porque las células de defensa están en niveles muy bajos y la carga de virus en sangre es muy alta. Sin tratamiento antirretroviral, los síntomas comienzan a aparecer, entre 3 y 5 años después de adquirida la infección. Los avances en el tratamiento han llevado a que las personas viviendo con el virus logren mantener muy buena salud por más de 10 años y que cada vez se retrase más la aparición del SIDA. Incluso, una persona puede tener el SIDA durante un tiempo y luego, gracias al tratamiento antirretroviral y de las enfermedades asociadas a la infección, a la recuperación nutricional y al apoyo psicosocial, el número de células de defensa vuelve a elevarse al nivel de una persona normal y el número de virus en la sangre puede llegar de nuevo a ser tan bajo que no se logre detectar en el laboratorio. Si se logra esto puede entonces decirse que la persona superó la fase temporal de SIDA y vuelve a gozar de una buena calidad de vida. (17)

El SIDA produce los mismos trastornos psicológicos que otras enfermedades mortales e incurables, pero además, lleva consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente a la enfermedad, generando así respuestas emocionales negativas que, entre otras, pueden desencadenar intentos e ideaciones suicidas. Así, para algunas personas el suicidio podría constituirse en una de las mejores alternativas disponibles para escapar y evitar el sufrimiento y los sentimientos de culpabilidad (18)

Los medios de comunicación, han contribuido a difundir la información sobre la enfermedad, que ha creado alarma social, estereotipos e ideas erróneas sobre los enfermos, en sus potenciales estilos de vida y evolución como afectados. Debido a ello, las personas diagnosticadas VIH, afrontan con un precario equilibrio, los cambios que van surgiendo a lo largo de su enfermedad. Si bien muchas patologías, siguen las mismas fases de proceso, los pacientes, debido al impacto social de los eventos, realizan un procesamiento más amenazador. Así momentos puntuales como: *Diagnóstico, Hospitalización, Adversos*, están asociados a distorsiones cognitivas y alteraciones psicológicas agudas. (11)

Los pacientes con infección por VIH/Sida tienen que enfrentarse a mucho más que a una infección causada por un retrovirus que ataca a sus linfocitos, que debilitan su sistema inmunitario. Desde el momento en que son diagnosticados, cae sobre ellos la sombra del temor a ser rechazados por su entorno social, un contexto que ignora en muchas ocasiones que las únicas vías de transmisión del VIH son la sexual y el contacto con la sangre y que por lo tanto, no tienen nada que temer de los pacientes. Es el mismo entorno que en muchas ocasiones mira de lado al paciente con VIH como si formara parte de un subgrupo marginal de la sociedad, sin darse cuenta de que en esta enfermedad no hay más grupo de riesgo que la sociedad entera. Y también es el mismo entorno que en ocasiones responsabiliza al paciente con VIH como si él fuera el único culpable de su situación y como si ellos nunca jamás hubieran realizado una práctica de riesgo, por ejemplo, no usar preservativo en sus relaciones sexuales. (19)

Por todo ello, el paciente teme, muchas veces con razón, ser discriminado como consecuencia de su enfermedad y sufrir el rechazo, incluso de algunas personas de las que habría esperado algún apoyo, este temor a menudo le lleva a ocultar desde un principio su diagnóstico, lo que a su vez le resta posibilidades de expresar sus emociones y de recibir apoyo social. (20)

### 3.1 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON VIH

El término de calidad de vida representa el efecto funcional de una enfermedad y su terapéutica consecuente tal como es percibida por el individuo y cuya influencia se extiende en tres ámbitos: la función física, función social y emocional. Se ha puesto de manifiesto una repercusión negativa sobre la calidad de vida en el paciente VIH positivo, siendo esta mayor cuanto más avanzada está la enfermedad. Además, existe una clara relación entre el bienestar psicológico y la salud percibida por el paciente, presentando también un importante efecto negativo otras variables como el estado nutricional, la accesibilidad a los sistemas sanitarios y el status socioeconómico (21).

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas perciben su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo los médicos han utilizado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Asimismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones. (22)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al definirla, en 1948, como "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad". Este concepto implica aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). (23)

Las medidas de CVRS deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

La definición de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales. (23)

Dentro de los factores que influyen en la calidad de vida en estos pacientes se encuentran los síntomas constitucionales e infecciones oportunistas que están asociadas a síntomas como astenia, sudoración nocturna, anorexia, diarrea intermitente y pérdida de peso que suelen aparecer en pacientes no tratados, y su presencia y gravedad se correlacionan con la calidad de vida por afectar a la salud física y mental. Los Ingresos hospitalarios son un factor muy influyente en forma positiva debido a que la mayoría de los pacientes VIH positivos requieren hospitalización por uno u otro motivo a lo largo de su evolución, y el impacto sobre la calidad de vida viene relacionado con la gravedad de los síntomas, la progresión de la enfermedad, la duración del ingreso y el número de días en que el paciente está incapacitado debido a ese ingreso. (10)

De forma contraria la malnutrición puede afectar a la inmunosupresión y es una de las complicaciones que aparece de forma más precoz, a veces produciendo la caquexia asociada al SIDA, lo que se ha demostrado que acorta la esperanza de vida. La diarrea aparece en más de la mitad de los pacientes infectados, por uno u otro motivo, causando alteraciones metabólicas y nutricionales, y afectando de manera importante a la sensación de bienestar relacionada con una buena calidad de vida por deterioro de la actividad social, de la actividad de la vida diaria y de la salud en general. (10)

En cuanto a CVRS, el dolor es un factor importante que contribuye a la morbilidad psicológica y funcional en los pacientes con SIDA. En un sentido general actúan otras comorbilidades como la presencia de demencia por el VIH, que incapacita a los pacientes para trabajar y en ocasiones para cuidarse a sí mismos. También la presencia de insomnio, de muy diversas etiologías, tiene gran impacto en la calidad de vida. La disfunción sexual es una queja muy frecuente en varones y también afecta negativamente a la calidad de vida. A esto se añade que en muchos casos la infección por VIH afecta al sistema nervioso central, disminuyendo las funciones superiores del individuo y la capacidad de afrontar la enfermedad. Como resultado, la frecuencia de alteraciones psiquiátricas y neuropsiquiátricas es muy elevada. (10)

### 3.1.1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

**3.1.1.1 Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

**3.1.1.2 Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

**3.1.1.3 Dimensión social:** Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (24)

### 3.2 APOYO SOCIAL DEL PACIENTE CON VIH

Bajo el concepto de apoyo social se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. (25)

El apoyo social es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas. Según Tardy, se deben tener en cuenta dimensiones como dirección (recibido o provisto), disposición (disponible o ejecutado), forma de medición (descrito o evaluado), contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros).

El autor Barrera ha sugerido que la definición y operacionalización del concepto de apoyo social debe contemplar tres grandes dimensiones:

- a) *Grado de integración social:* los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría.
- b) *Apoyo social percibido:* es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita.

c) *Apoyo social provisto*: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado. (26)

### **3.2.1 TIPOS DE APOYO SOCIAL**

**3.2.1.1 Apoyo emocional:** Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

**3.2.1.2 Apoyo instrumental:** Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien.

**3.2.1.3 Apoyo informativo:** Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

**3.2.1.4 Apoyo evaluativo:** El "apoyo evaluativo", al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa. (27)

En diferentes estudios se ha demostrado que es importante la relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud para las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por ejemplo, Zich y Temoshok, en un estudio con 103 varones homosexuales y bisexuales con sida, encontraron evidencias de que los sujetos positivos para el VIH con niveles bajos de apoyo social experimentaban más síntomas físicos, más desesperanza y depresión que aquellos con un nivel alto de apoyo social. (28)

Igualmente en otro estudio realizado por E. Remor, con 100 pacientes VIH positivos se encontró que los sujetos con un bajo nivel de apoyo social presentan una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo, menor calidad de vida percibida, experimentan peor

salud física y emocional y en conjunto la CVRS es peor que en aquellos sujetos con un nivel de apoyo social normal o alto. En el mismo sentido, la ecuación de regresión lineal indica que el apoyo social es capaz de predecir el 13% de la variancia en CVRS, indicando que aquellos sujetos más satisfechos con su apoyo social son los que tienen mayor CVRS. Resultados similares fueron encontrados en un estudio con pacientes Hematooncológicos hospitalizados, en el cual el apoyo social, junto con el grado de la comprensión de la información recibida y la satisfacción con el equipo sanitario, fue predictor del bienestar de los pacientes. (21)

## **4. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la asociación entre apoyo social y calidad de vida de los pacientes con VIH /SIDA que asisten a la IPS de la costa seccional Cartagena y Montería.

### **ESPECIFICOS**

- ❖ Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con VIH/SIDA
- ❖ Determinar como es la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA
- ❖ Determinar el apoyo social de los pacientes con VIH/SIDA
- ❖ Estimar la asociación entre la calidad de vida y apoyo social de los pacientes con VIH/SIDA



## 5. METODOLOGIA

**5.1 TIPO DE ESTUDIO:** Estudio analítico, transversal.

**5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:** la población esta determinada por los 472 pacientes que asisten al programa especial para pacientes VIH/SIDA en la IPS DE LA COSTA seccional Cartagena y Montería en el segundo periodo de 2008. Para determinar la muestra se aplico la formula:

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

DONDE:

N	472
n	?
p	0.02
Z	1.95
d	0.20
q	(1-p)

Dando como resultado lo siguiente:

$$n = \frac{3.8416 \cdot 472 \cdot 0.02 \cdot 0.98}{0.04 \cdot (471) + 3.8416 \cdot 0.05 \cdot 0.98}$$

$$n = 135$$

Por tanto, la muestra estará dada por 135 pacientes.

**5.3 TIPO DE MUESTREO:** Aleatorio simple.

**5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Se invitara a participar en este estudio todos los pacientes con VIH/SIDA que pertenezcan a la institución previamente señalada. Pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos.

**5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Serán excluidos pacientes con trastornos mentales.

## **5.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **5.6.1 INSTRUMENTO INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI-SP)**

Para determinar la calidad de vida utilizaremos el instrumento INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI-SP), validado por el Departamento de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, Colombia; el cual consta de 10 ítems, que evalúan el nivel de salud y la calidad de vida en la actualidad. Cada ítem se puntúa con una frecuencia que va desde 1 “malo” a 10 “excelente”. La puntuación se realiza sumando las respuestas de cada ítem, de modo que a mayor puntuación mayor nivel de salud y calidad de vida. (28)

Este instrumento ha sido validado en nuestro medio en pacientes con insuficiencia renal hemodializados obteniendo un alpha de Cronbach de 0.81 y de 0.80 en una reprobación. (28)

Definición de las dimensiones:

1. Bienestar físico: Sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos.
2. Bienestar psicológico/emocional: sentirse bien consigo mismo.
3. Autocuidado y funcionamiento independiente: desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones.
4. Funcionamiento ocupacional: desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas.
5. Funcionamiento interpersonal: relacionarse bien con la familia, amigos y grupos.
6. Apoyo social – emocional: disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda.
7. Apoyo comunitario y de servicio: vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros.
8. Plenitud personal: sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad: disfrute sexual de las artes, etc.
9. Plenitud espiritual: sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria.
10. Percepción global de calidad de vida: sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general.

## **5.6.2 ENCUESTA O CUESTIONARIO DE SOPORTE SOCIAL**

La escala MSPSS está compuesta por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos, su escala de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde: 1 = muy en desacuerdo a 7 = muy de acuerdo. Con la escala MSPSS traducida al español se realizó una prueba facial en un grupo de adultos mayores hipertensos, la que mostró la necesidad de realizar algunas adaptaciones específicamente en la escala de respuesta, la adaptación consistió en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos. Los conceptos utilizados fueron: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre. (29)

En este estudio la confiabilidad de la escala MSPSS fue calculada a través del coeficiente alpha de Cronbach, el cual fue de 0.86 para la escala total. (30)

**5.7 PROCEDIMIENTO:** Una vez obtenido el aval de la institución hospitalaria para realizar la investigación, se procederá a revisar las historias clínicas de los pacientes con VIH/SIDA se verificara que cumplan con los criterios de inclusión para participar en el estudio. Seleccionados los pacientes, se les informará acerca del objetivo de la investigación y se les solicitará, por escrito, consentimiento informado para participar en el estudio (ver anexo 3). Así mismo, se les recordará que podrían retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran. Obtenido el consentimiento, se diligenciará la ficha de datos sociodemográficos y luego se procederá a la aplicación de los instrumentos. En caso de que algunos pacientes por su nivel educativo o condición física no puedan diligenciar el instrumento se brindara colaboración por parte de los investigadores.

**5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Para el análisis estadístico de los datos se usara la estadística descriptiva como la estadística inferencial. Los datos serán almacenados por duplicado para identificar posteriormente inconsistencias y procesados en el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 15.0, R. Para determinar el grado de asociación se utilizara el coeficiente de Spearman.

## 6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

variable	Definición	Dimensiones	Ítems	Tipo de variable
Condiciones Socio demográficas	sociodemográficas Son las condiciones que describen el estado social, económico y Demográfico de cada paciente. In fluyen en la incidencia del síndrome de inmunodeficiencia humana	Perfil sociodemográfico	Edad Genero Estado Civil	Continua Categorica Categorica
			Escolaridad Ocupación	Ordinal Nominal

Variable	Definición	Dimensiones	Ítems	Tipo de variable	
Calidad de vida	Se refiere a la descripción subjetiva de aquellos aspectos que se perciben de forma subjetiva de las influencias del estado de salud actual, sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento.	Bienestar físico	1 (malo) 2 3 4 5 6 7 8 9	Categórica	
		Bienestar psico-emocional		Categórica	
		Autocuidado y funcionamiento		Categórica	
		Función ocupacional		Categórica	
		Función interpersonal		Categórica	
		Apoyo social emocional		Categórica	
		Apoyo comunitario y de servicio		Categórica	
		Plenitud personal		10 (excelente)	Categórica
		Plenitud espiritual			Categórica
		Percepción global de calidad de vida	Categórica		

Variable	Definicion	Dimensiones	Items	Tipo de variable
Apoyo Social	Se refiere a la descripción de todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario.	Amigos	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	Categorica
			Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal	
			Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas	
		Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos	Familia	
		Mi familia realmente trata de Ayudarme		
		Yo consigo ayuda emocional y apoyo, de mi familia		
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				

			Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad	
		Otros significativos	Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y Tristezas.	
			Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo Para mí.	
			Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis Sentimientos.	

## 7. CONSIDERACIONES ETICAS

Teniendo en cuenta las disposiciones legales obligatorias para el desarrollo de las actividades investigativas en salud; “normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud establecidas en la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud y los comité de ética institucionales que se centran en determinar los principios reglas y criterios para realizar todo tipo de investigación que tenga que ver con los seres humanos, los investigadores se comprometen a darle total acatamiento a estas normas.

El desarrollo de esta investigación y todas las actividades se garantiza reserva de la información y en el informe final no aparecerá el nombre de los pacientes; se explicara y se describirá a los participantes en que consiste la investigación de manera clara y concisa teniendo en cuenta:

**Autonomía:** Asumiendo que los sujetos los cuales escogeremos para la realización de nuestra investigación son seres autónomos. Nosotros como investigadores debemos evaluar en cada caso la capacidad que tenga cada individuo de ejercer su autonomía, de decidir si entra al estudio o se retira, de asumir las obligaciones o los potenciales riesgos si los hubiere.

**Consentimiento informado:** Va encaminado a garantizar que la decisión del sujeto de investigación sea completamente informada y que se este respetando su autonomía. Debemos poner la información a disposición de las personas que no manejen un lenguaje técnico de manera clara y concisa, teniendo en cuenta la condición individual de le persona, así como el contexto social y cultural. Los aspectos generales que deben tener el consentimiento serian: la aclaración sobre la voluntariedad de participar o no en el estudio, así como la de retirarse en cualquier momento. Los objetivos de la investigación, los procedimientos a los que va ha ser sometido, el cronograma, los riesgos y beneficios esperados, el manejo que se dará a la información suministrada y la accesibilidad a ella. En caso de ser necesario. La confidencialidad, la responsabilidad de los investigadores y los mecanismos de compensación en caso de daño.

**Principio de beneficencia no maleficencia:** Estos principios éticos prevalecen y deben soportar cualquier procedimiento que se programe llevar a cabo dentro de nuestra investigación.



## **8. DIVULGACION DE LA INFORMACION**

La presente investigación se dará a conocer por medio de un seminario utilizando diapositivas en el auditorio de la Facultad de Enfermería en presencia de estudiantes de los diferentes semestres y profesores de la facultad. Además, se utilizara la página Web de la Facultad de Enfermería.

Posteriormente será inscrito en colciencias para su posible aprobación. También se dará a conocer los resultados a través de la publicación de un articulo en revistas dirigidas a profesionales del área de la salud con el fin de ampliar el cuerpo de conocimientos y dar a conocer más a fondo desde una perspectiva objetiva la problemática social que afecta la calidad de vida de estos pacientes, además de servir como base para mejorar y fortalecer el trabajo interdisciplinario.

### 9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DESCRIPCION	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Recolección de datos						
Procesamiento de la información						
Análisis de la información						
Informe final						

## 10. RESULTADOS ESPERADOS

Al finalizar el proyecto de investigación esperamos:

- ❖ Ampliar el cuerpo de conocimientos del personal de salud sobre la problemática planteada.
- ❖ Conocer cuales factores del apoyo social se verían implicados en la mejora de la calidad de vida de pacientes VIH positivos.

## **11. IMPACTO**

La epidemia del SIDA pone en evidencia la necesidad de fortalecer el desarrollo de recursos humanos y el personal de salud en general para que se encuentren completamente capacitados para atender a estos pacientes.

El padecer de una enfermedad implica en sí mismo un sufrimiento físico, un deterioro orgánico; pero en el caso del VIH/SIDA también se agrega a este el rechazo que imparte la sociedad.

Basado en nuestro proyecto de investigación el impacto que se busca generar es que quienes lo conozcan se apoderen de los conocimientos y los hagan parte de su vida al participar en la práctica y que logren comprender que los pacientes que padecen de esta enfermedad sufren no solo física y emocionalmente si no que también se ve afectada en ellos las relaciones con la sociedad y su calidad de vida.

## 12. PRESUPESTO

RECURSOS MATERIALES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Uso de internet	1.500	100.000
Cartucho de impresión	30.000	30.000
Resma de papel	12.000	12.000
Fotocopias	100	50.000
Útiles de oficina	1.000	10.000
Lapiceros	300	2.000
Sacapuntas	500	1.500
Borradores	500	1.500
Transporte local	1.100	400.000
<b>RECURSOS HUMANOS</b>		
Asesorías	26.000	900.000
Pago a encuestadores en Montería	2.500	200.000
Transporte de encuestadores	2.400	48.000
Análisis estadístico	300.000	300.000
Refrigerios	1.500	150.000
Almuerzos	4.000	300.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$2.505.000</b>

## BIBLIOGRAFIA

1. Carrobles J, Remor E, Rodríguez L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distres emocional en pacientes con VIH. Revista Psicothema. Madrid, España. 2003;15:420-426
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) oficina Colombia. Situación epidemiológica del sida/2005. 2005; 2:33-35.
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). América del norte y Europa occidental y central/2007. UNAIDS. 2007: 1-16
4. Instituto Nacional de Salud. Estadísticas de Notificación de casos de VIH. 2007; 2: 1-9
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) oficina Colombia. Situación epidemiológica del sida en América latina/2007. 2007: 1-3
6. Ministerio de la Protección Social. RESUMEN DE SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA. ([www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co). Fecha de acceso 27-06-2008).
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Estadística de Notificación de casos de VIH en Cartagena. 2007.
8. Portal de salud. El sida ahora es una enfermedad crónica. Declaración de Benítez, ([www.medicosecuador.com](http://www.medicosecuador.com). Fecha de acceso.18-11-2008)
9. Correa D. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Enfermedades Crónicas. Cali. 2008. Universidad Pontificia Javeriana. Departamento de Administración, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
10. De los Santos I. Calidad de vida en el VIH. Madrid, España. 2002.

11. Canoves L. Alteraciones psicológicas en el paciente con VIH. Barcelona, España. 2002.
12. Vázquez E. Impacto del VIH/SIDA en la calidad de vida. En *XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA*. Barcelona, España 7-12 de julio. 2002. Barcelona; TPAN; 2002
13. Ruiz Perez I, De Labry Lima A, Delgado Domínguez CJ, Marcos Herrero M, Muñoz Roca N, Pasquau Liaño J, et al. "Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales." *Revista Psicothema*. Sevilla, España. 2005;17:245-249
14. Edo M, Ballester Arnal R. "Estado Emocional Y Conducta De Enfermedades En Pacientes Con VIH/Sida Y Enfermos Oncológicos." *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*. Madrid, España. 2006; 11: 79-90.
15. Velandia M. VIVIR CON SIDA. *Revista Semana*. 1993; 604.
16. Vinaccia Alpi S, Fernández H, Quiceno J, López Posada M, Otalvara C. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Revista Ter Psicol*. 2008; 26:1-30
17. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) Oficina Colombia. Información básica sobre el VIH/sida. 2006: 1-30.
18. Palacios E, Rueda Latiff A, Valderrama Herrera P. Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables socio demográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/sida. *Revista Colombiana de Psicología*. 2007: 25-38.
19. Edo M, Ballester Arnal R. Diferencias Entre El Perfil Psicológico De Los Pacientes Con Infección Por VIH Y Los Pacientes Oncológicos: ¿Una Consecuencia Del Estigma Asociado Al Sida? *Revista Infocoponline*. 2007.
20. Martín Suarez R, Cano Monchul P, Pérez de Ayala M, Aguayo Canela F, Cuesta P, Rodríguez E, e. a. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. 2002; 19: 396-404.
21. Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención primaria* 2002; 3: 143-149.

22. Centro para el control y la prevención de las enfermedades. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud. 2005.
23. Schwartzmann L. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. Revista Ciencia y Enfermería. 2003; 9.
24. Calidad de vida. Artículo de la Enciclopedia Libre Universal en Español. Disponible en: [www.encyclopedia.us.es](http://www.encyclopedia.us.es)
25. Rodríguez-Marín J, Pastor M.A, López-Roig S. (2002). Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de vida y Enfermedad. Revista Psicothema. 2002; 5:349-372.
26. Castro R, Campero L, Hernández B. La Investigación Sobre Apoyo Social En Salud: Situación Actual Y Nuevos Desafíos. Revista Saude Pública. 2003; 31: 425-435.
27. Arechabala Mantuliz M, Miranda Castillo C. Validación De Una Escala De Apoyo Social Percibido En Un Grupo De Adultos Mayores Adscritos A Un Programa De Hipertensos De La Región Metropolitana. Revista Ciencia y Enfermería. 2002; 8.
28. Pulido, E. Confiabilidad de la escala quality of life index (QLI-SP) en pacientes hemodializados en dos unidades renales en Cartagena. 2008. trabajo de grado {enfermera (o)}. Universidad de Cartagena. Facultad de enfermería.
29. Zimet G, Dahlem N, Gordon K *et al*). The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment. .1988; 52:30-41
30. Martín F. Análisis de datos y cuestionarios. Curso de Doctorado. Universidad de Salamanca. 1997.



## ANEXOS

### ANEXO Nº 1 ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO MSPSS

FAMILIA	CASI NUNCA(1)	A VECES (2)	CON FRECUENCIA(3)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE(4)
Mi familia realmente trata de Ayudarme				
Yo consigo ayuda emocional y apoyo, de mi familia				
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				
La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones				
<b>AMIGOS</b>				
Mis amigos realmente tratan de ayudarme.				
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal				
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas				
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos				
<b>OTROS SIGNIFICATIVOS</b>				

<p>Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad</p>				
<p>Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y Tristezas.</p> <p>Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo Para mí.</p>				
<p>Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis Sentimientos.</p>				

## ANEXO N° 2

### CUESTIONARIO DE INDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI-SP)

Instrucciones: Por favor indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de “mala” a “excelente”, marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas.

1. Bienestar Físico (Sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Bienestar psicológico/emocional (sentirse bien consigo mismo)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Autocuidado y funcionamiento independiente (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. Funcionamiento ocupacional (desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Funcionamiento interpersonal (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Apoyo social – emocional (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. Apoyo comunitario y de servicio (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Plenitud personal (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad: disfrute sexual de las artes, etc.).

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Plenitud espiritual (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria).

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Percepción global de calidad de vida (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general)

Malo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Excelente 10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

## **ANEXO N°3**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO.....Acepto participar voluntariamente del proyecto de “apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH”, que se realizará en las dependencias de la IPS de la Costa. Estoy en conocimiento que éste trabajo es parte del proyecto de tesis realizado por los jóvenes Eliana Beltrán, Reina Luna, Julieth Gómez, Rolando castaño, Dallys Periñan y Gloria Rosas, de profesión enfermería, en supervisión de Elizabeth Romero, enfermera y docente de la Universidad de Cartagena, a quienes autorizo, utilizar mis antecedentes e información personal, para los fines que estime convenientes en su investigación.

FIRMA:

FECHA:

## TRAYECTORIA DEL GRUPO INVESTIGADOR

### INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Elizabeth

Apellidos: Romero Massa

Documento de Identificación: 33.153.317. Expedida en Cartagena

Dirección Residencia: Crespo, calle 67 N° 2-14

Teléfono Residencia: 666 4342

Dirección de Trabajo: Campus de Zaragocilla, Facultad de Enfermería

Teléfono de Trabajo: 669 8181

Correo Electrónico: elyroma57@hotmail.com

---

### ESTUDIOS APROBADOS:

2007	Maestría en Enfermería con Énfasis en salud Cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia.
2000	Especialización en Docencia Universitaria, Universidad Santo Tomas, Bogota
1985-1986	Especialización: Enfermería Cardiológica Universidad Autónoma de México, 16 de Agosto de 1986.
1990-1987	-Enfermera. Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena, 18 de diciembre de 1980

### EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería,  
Docente Asociada desde 9 de febrero de 1999 hasta la fecha Asignatura  
Médico-Quirúrgica II

Hospital Bocagrande, Enfermera coordinadora 1993-1999

Hospital san Vicente de Paul Lorica, 1982-1985

Año social obligatorio, Hospital Universitario de Cartagena, 1981-1982

INVESTIGACIONES Y PRODUCCION CIENTIFICA:

2008	Calidad de vida de cuidadores de niños con cardiopatías congénitas en el HINFP.	Cartagena
2008	Calidad de vida de pacientes pos infarto en Unidades de Cuidado intensivo	Cartagena
2008		Cartagena
2007	Características del síntoma de angina en mujeres con angiografía positiva en la clínica Cartagena del Mar.	Cartagena
2007	Características del síntoma de angina en mujeres, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables.	Cartagena
2006		Cartagena
	Factores que inciden en la adherencia a pacientes en programas de rehabilitación cardíaca.	
	Intervención de Enfermería en el cuidado a Pacientes con Cardiopatía Congénita en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja de la Ciudad de Cartagena ( Proyecto )	
2002-2005	Intervención Multidisciplinaria para la Prevención de la Enfermedad Cardio-Vascular en los Adultos del Área de Influencia del C.A.P. Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Primer Puesto Convocatoria Universidad de Cartagena	Cartagena
2002	Intervención de Enfermería Para la Promoción del Autocuidado en la salud Cardio-Vascular de los Adultos del Área de Influencia del C.A.P. de la Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena.	Cartagena

PONENCIAS:

Rehabilitación cardíaca el latir de una esperanza, Mayo 23 al 25 2008 Panel Experiencia de pacientes con alteraciones cardiovasculares, Congreso colombiano de cardiología, Feb 12 al 15 de 2008	Cartagena Cartagena
Características del síntoma de angina en mujeres. Congreso Colombiano de Cuidado crítico, abril 15 18 de 2007 ¿Se valora bien el dolor torácico en la mujer? Congreso Colombo-Venezolano Asociación Nacional de enfermeras de Colombia. Agosto 18 de 2006.	Medellin, Cartagena
Hipertensión arterial y otros Factores de riesgo cardiovascular Seminario de Prevención de la Enfermedad Cardiovascular Para Médicos Generales. Sociedad Colombiana de Cardiología. Julio 2 de 2005	Cartagena
Perspectiva Histórica en el abordaje de heridas Jornada Académica “El Cuidado en Enfermería”. Celebración Cien Años Facultad de Enfermería, 10, 11 y 12 de octubre 2003.	Cartagena
Cuidados de enfermería al paciente pediátrico postoperatorio de cirugía cardiovascular. Simposio de Enfermería. XXIII Congreso Colombiano de Pediatría, agosto 14 al 17 de 2003	Cartagena



## COINVESTIGADORES

**Reina Milena Luna Guzmán**

**DIR.: Barrio Daniel Lemaitre carrera 16 nº 68-26**

**Teléfono: 6904815**

**Cel: 316-8536769**

**Cartagena de Indias, D. T. y C.**

### I. DATOS PERSONALES

Cédula de Ciudadanía : 1.047.396.960 de Cartagena  
Fecha de Nacimiento : 13 de abril de 1988  
Lugar de Nacimiento : Cartagena – Bolívar  
Estado Civil : Soltera

### II. ESTUDIOS REALIZADOS

Secundaria : Institución Educativa Santa María  
Titulo Obtenido : Bachiller Académico-Técnico  
Universitarios : VIII semestre de enfermería (actual)

### **III. REFERENCIAS PERSONALES**

Nombre : Jaime Luis Valdez Sarmiento  
Ocupación : Suboficial de la Armada Nacional  
Teléfono : 315-7818155

Nombre : Jennifer Padilla Ramírez  
Ocupación : Estudiante de finanzas  
Teléfono : 316-3137112

### **IV. REFERENCIAS FAMILIARES**

Nombre : Gilma Guzmán Jinete  
Ocupación : Auxiliar de caja  
Teléfono : 6560942

Nombre : Reina Guzmán Jinete  
Ocupación : Enfermera  
Teléfono : 311-4754440

---

**Reina Milena Luna Guzman**  
C.C. No. 1.047.396.960 de Cartagena

## **Eliana Marcela Beltrán Gutiérrez**

**DIR.: Barrio San Fernando k 81c #4 D -172**

**Teléfono: 6616869**

**Cel: 3126392056**

**Cartagena de Indias, D. T. y C.**

---

### **DATOS PERSONALES**

Cédula de Ciudadanía : 32.906.956 de Cartagena  
Fecha de Nacimiento : 27 de febrero de 1984  
Lugar de Nacimiento : Medellín/ Antioquia  
Estado Civil : Soltera

### **ESTUDIOS REALIZADOS**

Secundaria : Ciudad Escolar Comfenalco  
Titulo Obtenido : Bachiller académico  
Universitarios : VIII semestre de enfermería (actual)

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre : Hernando Durango  
Ocupación : Comerciante  
Teléfono : 313-5559899-317-4343616

Nombre : Jorge Muñoz  
Ocupación : Contador  
Teléfono : 6438409

## REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre : Rubiela Gutiérrez  
Ocupación : Comerciante  
Teléfono : 6616869

Nombre : Luz Mirian Gutiérrez  
Ocupación : Ama de casa  
Teléfono : 300-4849057

---

**Eliana Marcela Beltran Gutierrez**  
C.C. No. 32906956 de Cartagena

## **Julieth Cristina Gómez Peluffo**

**DIR.: Barrio La Victoria mz I Lt 16**

**Cel: 317-8453001**

**Cartagena de Indias, D. T. y C.**

---

### **DATOS PERSONALES**

Cédula de Ciudadanía : 1.052.075.038 del Carmen de Bolívar  
Fecha de Nacimiento : 24 de octubre del 1988  
Lugar de Nacimiento : Cartagena  
Estado Civil : Soltera

### **ESTUDIOS REALIZADOS**

Secundaria : Institución Educativa Técnica de Promoción Social  
Titulo Obtenido : Bachiller técnico con énfasis en la promoción social.  
Universitarios : VIII semestre de enfermería (actual)

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre : Edwin Girón Suarez  
Ocupación : Abogado  
Teléfono : 300-8386670

Nombre : Juan Pablo González Varona  
Ocupación : Odontólogo  
Teléfono : 312-6596070

## REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre : Augusto Alfonso Gómez Rodríguez  
Ocupación : Homeópata  
Teléfono : 315-8077209

Nombre : Astrid María Peluffo Hernández  
Ocupación : Auxiliar de enfermería  
Teléfono : 317-6715915

---

**Julieth Cristina Gomez Peluffo**  
C.C. No. 1.052.075.038 del Carmen de Bolívar

## **Dallys Perriñan Caraballo**

**DIR.: Barrio Zaragocilla calle san Isidro n° 25-35**

**Teléfono: 6699087**

**Cel: 314-5216794**

**Cartagena de Indias, D. T. y C.**

---

### **DATOS PERSONALES**

Cédula de Ciudadanía : 1.143.325.568 de Cartagena  
Fecha de Nacimiento : 24 de septiembre de 1988  
Lugar de Nacimiento : Cartagena  
Estado Civil : Unión libre

### **ESTUDIOS REALIZADOS**

Secundaria : Colegio Nuestra Señora de Fátima de la Policía  
Titulo Obtenido : Bachiller académico  
Universitarios : VII semestre de enfermería (actual)

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre : Rafael Manjares Aguas  
Ocupación : Estudiante tecnólogo  
Teléfono : 313-5405839

Nombre : Gisell Agames Guardias  
Ocupación : Supervisora de calidad  
Teléfono : 317-8539346

## REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre : Cruz María Caraballo  
Ocupación : Docente  
Teléfono : 6699087

Nombre : Deysbell Perriñan  
Ocupación : Auxiliar de Enfermería  
Teléfono : 301-5576099

---

**Dallys Perriñan Caraballo**  
C.C. No. 1.143.325.568 de Cartagena



## **Rolando Castaño Paternina**

**DIR.: calamares mz 91 lt. 16. Sexta etapa.**

**Teléfono: 6677895**

**Cel: 311-6701153**

**Cartagena de Indias, D. T. y C.**

---

### **DATOS PERSONALES**

Cédula de Ciudadanía : 73.211.845 de Cartagena  
Fecha de Nacimiento : 29 de septiembre de 1984  
Lugar de Nacimiento : Ciénaga de Oro- Córdoba  
Estado Civil : Soltero

### **ESTUDIOS REALIZADOS**

Secundaria : Colegio Militar Almirante Colon  
Titulo Obtenido : Bachiller académico con énfasis en educación ambiental  
Universitarios : VII semestre de enfermería (actual)

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre : Tatiana Escobar Bolaños  
Ocupación : Estudiante de psicología  
Teléfono : 317-2308903

Nombre : Juan Carlos Narváez  
Ocupación : Analista de facturación  
Teléfono : 313-6157731

## REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre : Patricia Castaño Escudero  
Ocupación : Trabajadora de recursos humanos en Electrocosta  
Teléfono : 316-8290375

Nombre : Álvaro Castaño Flores  
Ocupación : Administrador de Gino Pascalli Santa Marta  
Teléfono : 315-6001048

---

**Rolando Castaño Paternina**  
C.C. No. 73.211.845 de Cartagena

## **Gloria Rosas Álvarez**

**DIR.: Barrio Villa Estrella Diagonal 36 n° 93-31**

**Teléfono: 6531154**

**Cel: 314-5768271**

**Cartagena de Indias, D. T. y C.**

---

### **DATOS PERSONALES**

Cédula de Ciudadanía : 32.939.116 de Cartagena  
Fecha de Nacimiento : 20 de junio de 1985  
Lugar de Nacimiento : Cartagena  
Estado Civil : Soltera

### **ESTUDIOS REALIZADOS**

Secundaria : Colegio Militar Almirante Colon  
Titulo Obtenido : Bachiller Académico con énfasis en turismo y sistemas  
Universitarios : VII semestre de enfermería (actual)

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre : Katherine Roseros Zabaleta  
Ocupación : Operadora de sistemas  
Teléfono : 6632057

Nombre : Verónica Espitia  
Ocupación : administradora  
Teléfono : 6531154

## REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre : Luz Elena Álvarez  
Ocupación : Ama de casa  
Teléfono : 314-5495151

Nombre : Carlos David Rosas  
Ocupación : Trabajador independiente  
Teléfono : 311-4028262

---

**Gloria Rosas Alvarez**  
c.c. Nº 32.939.116 de Cartagena