

Apoyo social en personas que viven con VIH

Diana Elvira Mosqueda Ramírez*, Guadalupe del Carmen Reyes Pérez, Yessica Montuy Juárez, Armando Miranda de la Cruz, Karina del Carmen Arcos Castillo

División Académica Multidisciplinaria de los Ríos en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Km. 1. Carretera Tenosique-Estapilla. Correo: dielmosra@hotmail.com

RESUMEN

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2016). El apoyo social reporta beneficios para las personas seropositivas al VIH. El objetivo fue identificar el apoyo social percibido en las personas que viven con VIH. Diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la $n=44$ personas de los diferentes municipios de la región de los Ríos que asisten al CAPASITS ubicado en Tenosique, Tabasco. Se aplicó el cuestionario Duke-UNC-11 para la medición de apoyo social constituido por 2 dimensiones: apoyo social afectivo y de confianza en el periodo de agosto-septiembre 2016. En los resultados la edad mostró una media de 35.67 años (DE 10.63, 17-63), en cuanto a las dimensiones del instrumento el apoyo social afectivo obtuvo una media de 1.88 (DE 2.00, 1-2), en la dimensión de apoyo social confianza la media fue de 19.93 (DE 2.00, 9-25) las medias de ambas dimensiones reflejan mayor apoyo social afectivo y de confianza en los pacientes que viven con VIH.

PALABRAS CLAVES: *Apoyo social afectivo, apoyo social confianza, inmunodeficiencia*

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna

de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2016).

Las personas seropositivas al VIH usualmente experimentan una diversidad de problemas que dificultan su ajuste psicológico y social en múltiples esferas de su vida cotidiana (Ammassari et al., 2004; Arrivillaga, Correa, Várela, Holguín & Tovar, 2006; Pina & Sánchez-Sosa, 2007; Plattener & Meiring, 2006 en Piña 2007).

Evaluar las dificultades o necesidades de las personas que viven con el VIH, atendiendo las demandas planteadas por ellos desde su perspectiva personal, tan sólo representa el primer y obligado paso para contribuir, en estadios posteriores, al diseño e instrumentación de programas de intervención conductual, dirigidos, básicamente, a mejorar su bienestar físico y psicológico, sus interacciones sociales, su calidad de vida y su adhesión al tratamiento (Piña, 2003 en Piña 2007).

En el mundo, se estima que en 2014 las personas que vivían con el VIH eran 36.9 millones, 15.8 millones de personas tenían acceso al tratamiento retro vírico en junio de 2015. Se notificaron 2.3 millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33 % en comparación con 3.4 millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA también disminuyó de 2.3 millones en 2005 a 1.6 millones en 2012. (Organización de las Naciones Unidas Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [ONUSIDA], 2015).

En México se estima que existen registrados 56,540 casos de personas con VIH en todo el país; con una alta incidencia en los estados de: Yucatán (11.4%), Quintana

Roo (10.1%), Campeche (8.4%), Tabasco (7.5%), Tamaulipas (5.5%) (Sistema de Vigilancia Epidemiológica [SUIVE] de VIH/SIDA, 2015). Se estima que en el estado de Tabasco existen 2,090 casos registrados de personas cero positivas a VIH (SUIVE, 2015). En el municipio de Tenosique la prevalencia es de 53 casos, 38 del municipio de Balancán, 33 de Emiliano Zapata, 4 de Jonuta y 7 Migrantes atendidos en el CAPASITS regional ubicado en Tenosique de Pino Suárez (Jurisdicción Sanitaria de Tenosique).

La epidemia del VIH en nuestro país y en el mundo es un problema que rebasa el ámbito de la salud pública al converger con factores psicológicos, sociales, éticos, económicos, políticos; y de derechos humanos, entre otros. Por lo anterior, en el Programa de Acción Específico 2013-2018 de esta administración, en respuesta al VIH/SIDA e ITS, se priorizaron como ejes fundamentales el acceso de calidad a la atención integral, incluyendo tratamiento antirretroviral; una dinámica de prevención y promoción de la salud sexual focalizada en los grupos poblacionales de mayor riesgo y en mayores contextos de vulnerabilidad, el fortalecimiento de los servicios para detener las infecciones perinatales de VIH y sífilis; la promoción de la salud sexual; el combate al estigma, la discriminación, la homofobia y la transfobia; así como el trabajo colaborativo con el sector de la sociedad civil organizada, entre otros temas.

En los últimos años, el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo ha tenido tendencia a la baja, en gran medida atribuida a los esfuerzos globales en materia de prevención; no obstante, este decremento aún no es suficiente para conseguir la meta planteada al 2015 acerca de la reducción a 50% del número de nuevas infecciones por VIH. La ONUSIDA documentó que a finales de 2011, el número de personas de 15 años o mayores que adquirió la infección por VIH en el mundo fue de 2.2 millones [2.0 million–2.4 millones], de las cuales cerca de 1.5 millones [1.3 millones–1.6 millones] habrían ocurrido en África Subsahariana (ONUSIDA, 2012).

El apoyo social, como ha quedado de manifiesto en diferentes estudios (Amico, Harman & Johnson, 2006; Turner-Cobb et al., 2002; Weaver et al., 2005), suele reportar beneficios para las personas seropositivas al VIH, ya sea porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad o porque mejora su percepción de la calidad de vida mejor salud percibida, mejor funcionamiento físico, menores dificultades para emprender tareas diarias y menor estrés relacionado con la salud, principalmente (Simoni, Frick & Huang, 2006; Tucker et al., 2004).

Tardy (1985) ha sugerido que deben distinguirse 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). Por otra parte, Barrera (1986) sugirió 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. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente. c) Apoyo social provisto: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

House y Col (1988) han señalado que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales, y tres tipos de procesos sociales. Los elementos estructurales son: a) el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado. Los tres procesos identificados son: a) el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los

aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales.

Finalmente, Vaux (1990) señala que el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el apoyo social que a su parecer sí se pueden medir, a saber: a) recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad); b) conductas de apoyo (actos específicos de apoyo); c) valoración del apoyo (evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles); d) orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social). Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos.

Sin embargo, la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones.

Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador). (Cohen & Syme, 1997).

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

Es importante mencionar algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo. Dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés (Castro, Campero y Hernández, 1997).

Otras investigaciones como la que realizó House (1981) sobre el estrés laboral y el apoyo social, reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. De hecho, habría que señalar que los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, Berkman (1985) dice que “lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud”.

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el modelo del efecto amortiguador. Bajo este modelo se postula que el apoyo social interviene como

variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psicofisiológica que a su vez repercute en la salud. Mucha de la investigación reciente ha tendido a acumular evidencia empírica en favor de alguno de estos dos modelos; modelo del efecto directo, y modelo del efecto amortiguador (Castro, Campero y Hernández, 1997).

Se ha sugerido que un mayor énfasis en la comparación de ambos modelos no incrementará significativamente nuestro entendimiento de cómo el apoyo social evita la enfermedad y/o fortalece la salud. En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos. Sin embargo, la mayoría de los estudios reportados hasta ahora toman al apoyo social como la variable independiente y a los niveles de salud y bienestar como la variable dependiente.

Esto es claramente comprensible dado que el interés por el tema del apoyo social surgió como consecuencia de la búsqueda de aquellos factores no-biológicos que afectan la salud. Pero si el apoyo social es tan importante en su relación con la salud, resulta impostergable explorar qué se asocia a la existencia del mismo, y cómo se distribuye en la población. En otras palabras, es crucial estudiar al apoyo social como variable dependiente (Cohen, 1985).

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál el nivel de apoyo social percibido en personas que viven con VIH de la región Ríos del estado de Tabasco?

OBJETIVO

Identificar el apoyo social percibido en las personas que viven con VIH de la región Ríos del estado de Tabasco, atendidos en el CAPASITS regional ubicado en el municipio de Tenosique.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, pues se documentaron aspectos de una situación natural sin la intervención del investigador midiendo el apoyo social de forma numérica. Se considera de corte trasversal porque se observa y describe la prevalencia de la exposición y la muestra poblacional por un tiempo para poder estimar la magnitud del apoyo social en personas con VIH en un solo momento de la investigación.

La población de estudio es finita constituida por 135 personas, se utilizó un muestreo aleatorio simple para la selección de los participantes, con una $n=43$ personas encuestadas.

Para esta investigación se utilizó un método denominado encuesta, el cual consistió en la aplicación de la técnica de entrevista individual, para mantener la confidencialidad de los pacientes constituida por 3 apartados: la apertura se inicia con el consentimiento informado para la explicación de los objetivos de la investigación, posteriormente se dio respuesta a la cedula de datos generales y se concluyó con el instrumento de recolección de datos. Para la recolección de datos se realizó la petición formal por medio de un oficio a la institución correspondiente mediante el cual se solicitó el acceso

de los investigadores principales a los sujetos de estudio; una vez aprobado por la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique, Tabasco.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 donde se analizaron las variables cualitativas a través de distribución de frecuencias y las cuantitativas a través de medidas de tendencial central y dispersión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Datos sociodemográficos

En cuanto al género de los participantes se obtuvo que 31 (72%) pertenecen al género masculino, siendo el grupo predominante en este estudio, mientras que 12 (27.9%) son del género femenino (Ver tabla 1).

Tabla 1. Género de los pacientes que viven con VIH

Género	f	%
Femenino	12	27.9
Masculino	31	72
Total	43	100.0

En lo que corresponde a la ocupación 42 (96.8%) son económicamente activos, de los cuales predominaron el rubro de empleados con 23 (53.4%) y labores del hogar con 8 (18.6) (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Ocupación de los pacientes que viven con VIH

Ocupación	f	%
Labores del hogar	8	18.6
Empleado	23	53.4
Desempleado	4	9.3
Profesionista	5	11.6
Estudiante	1	2.3
Prostitución	1	2.3
Desempleado	1	2.3
Total	43	100.0

En lo referente al culto religioso al que pertenecen 33 (76.7%) son católicos, seguido de cristiana y los que manifestaron no tener ninguna religión con 4 (9.3%) (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Religión de los pacientes que viven con VIH

Culto religioso	<i>f</i>	%
Católico	33	76.7
Testigo de Jehová	1	2.3
Mormón	1	2.3
Cristiana	4	9.3
Ninguna	4	9.3
<i>Total</i>	43	100.0

En cuanto al grado de escolaridad predominó la secundaria con 15 (34.9%), seguido de la primaria con 9 (20.9%), bachillerato con 7(16.3%) (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Escolaridad de los pacientes que viven con VIH.

Nivel académico	<i>f</i>	%
Primaria	9	20.9
Secundaria	15	34.9
Bachillerato	7	16.3
Profesional	6	14.0
Analfabeto	6	14.0
Total	43	100.0

En cuanto al estado civil de los pacientes el rubro predominante fueron los solteros con 28 (65.1%) continuando con unión libre 9 (20.9%) y casados 4 (9.3%) (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Estado civil de los pacientes que viven con VIH.

Estado civil	<i>f</i>	%
Casado	4	9.3
Soltero	28	65.1
Divorciado	1	2.3
Viudo	1	2.3
Unión libre	9	20.9
Total	43	100.0

Variables numéricas

En cuanto a la edad presentó una media de 35.67 años (DE 10.63, 17-63), en el puntaje global de la escala de Duke-UNC-11 para evaluar el Apoyo Social se obtuvo una media de 44.27 (DE 8.27, 19-55), (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Estadística Descriptiva de las variables cuantitativas

Variable	Me	Mdn	S	S²	V. min	V. máx
Edad	35.67	34.00	10.63	112.98	17	63
Apoyo Social	44.27	46.00	8.27	68.53	19	55

Variables del Estudio

El análisis de confiabilidad realizado mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach del instrumento DUKE-UNC-11 obtuvo un $\alpha = 0.87$, lo cual se considera aceptable para medir el apoyo social en personas que viven con VIH.

En cuanto a las dimensiones del instrumento el apoyo social afectivo obtuvo una media de 1.88 (DE 2.00, 1-2), y en la dimensión de apoyo social de confianza la media fue de 19.93 (DE 21.00, 9-25), las medias reflejan que en las dos dimensiones se encuentran mayor apoyo social afectivo y de confianza en las personas que viven con VIH (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Dimensiones del Apoyo Social

Variable	Me	Mdn	S	S²	V. min	V. máx.
Apoyo social afectivo	1.88	2.00	.324	.105	1	2
Apoyo social de Confianza	19.93	21.00	4.15	17.30	9.00	25.00

En la dimensión de apoyo social afectivo se encontró que sí existe apoyo afectivo en el 88.4% de los pacientes encuestados, en la dimensión de apoyo social de confianza 81.4% existe (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Dimensiones de Apoyo Social

Dimensión		f	%
Apoyo social afectivo	No existe apoyo afectivo	5	11.6
	Si existe apoyo afectivo	38	88.4
	Total	43	100.0
Apoyo Social Confianza	No existe apoyo confianza	8	18.6
	Si existe apoyo confianza	45	81.4
	Total	43	100.0

DISCUSIÓN

En cuanto al género de los participantes se observa que predominaron los hombres con el 72%, esto coincide con el estudio realizado por Vinaccia et al (2015) en la cual el 78% representaban el género masculino siendo el género predominante en personas que viven con VIH, de igual forma que Ahumada, Escalante y Santiago (2011) donde el 73% fueron hombres.

En cuanto al apoyo social Vinaccia, et. al. (2015) encontró niveles altos de apoyo social coincidiendo con la presente investigación en la cual también alcanzaron niveles altos de apoyo (88.4%) en ambas dimensiones afectivo y de confianza.

Así mismo se observa similitud con el estudio realizado por Ahumada, Escalante y Santiago (2011), acerca de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA, donde utilizaron para medir el apoyo social el Cuestionario de Apoyo Social Duke-

UNC-11 encontrando que el grupo estudiado presentó apoyo, tanto afectivo como de confianza, facilitando que el paciente confié en las personas.

Sin embargo hay que considerar que no en todos los estudios de investigación los pacientes han recibido apoyo social, ya que como se puede observar en el estudio realizado por Vilató, Pérez y Martín (2015), en Guantánamo, Cuba, donde se calificó la adherencia terapéutica y el apoyo social de las personas que viven con VIH/SIDA en un área de salud, con una muestra de 21 pacientes, obtuvo que los pacientes presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social.

La presencia o ausencia del apoyo social afecta la salud de los individuos sobre todo en las personas que viven con VIH. Debido a que los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones. En el estudio realizado por González y Piña (2011) el apoyo social fue una de las variables predictoras para la adherencia al tratamiento terapéutico así como de los bajos niveles de depresión, demostrando que si los pacientes perciben cariño, amor, lograrán un adecuado control sobre su enfermedad.

CONCLUSIÓN

El apoyo social, como ha quedado de manifiesto en diferentes investigaciones suele proporcionar beneficios para las personas que viven con VIH, ya sea porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad y proporciona una calidad de vida mejor por los beneficios que recibe de las redes de apoyo.

En la presente investigación se pudo demostrar que más del 80% de los pacientes encuestados reciben apoyo social en sus dos dimensiones tanto afectiva como de confianza, es decir cuenta con personas que no solamente confían en ellas, sino también reciben de ellos amor y afecto.

La variable de apoyo social podría estar relacionada a una adecuada adherencia al tratamiento terapéutico reflejándose en su historial virológico, es por ello que se sugiere en futuras investigaciones correlacionarla con otras variables de importancia como adherencia al tratamiento, falla virológica, falla inmunológica entre otras, que nos continúe dando elementos al personal de salud para proporcionarle al paciente un adecuado funcionamiento biopsicosocial que permita llevar una vida plena y satisfactoria pese a su diagnóstico.

LITERATURA CITADA

- Ahumada, Escalante, Santiago, (2011), Estudio Preliminar de las relaciones entre las Estrategias de Afrontamiento y el Apoyo Social con la Adherencia al Tratamiento de Personas que Viven con VIH/SIDA, *Rev Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 15, nº 1, 2011, Pág. 55-70
- Cantú-Álvarez-Torres-Martínez, (2012) Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-SIDA en Monterrey-México (2012) *Rev Psicología y salud* (22) 163-172.
- Carrobles, José Antonio; Ladero, Lucía; Orejudo, Santos; (2010). Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud*, Sin mes, 21-33.
- Chunqing Lin, Jung Liang. Guoping Ji, (2015), Exploring Coping and Social Support with Gender and Education among People Living with HIV in China, China, *Rev Springer Science Business Media New York*.
- E. Remor (2010) Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Madrid (2010), *Revista atención primaria* 30 (3) 143-149.
- González, R. M. T. & Piña, L. J. A. (2011). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Rev Universitarias Psychologica*, 10 (2), 399-409.
- Lopategui (2014). Conceptos Generales de Salud. *Rev Salud Med* (2014) p. 1-2

- López García N. (2014) Redes Sociales De Apoyo De Mujeres Que Viven Con VIH En Veracruz, México *Rev Medicina Salud y Sociedad* vol. 4 núm. 3 308-308.
- López P., M., Otalvaro, C., Fernández, H., Vinaccia A. S.; Quiceno, J. M. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, julio-Sin mes, 125-132.
- Martín A., L., Pérez N., Iliana; Vilató F. L. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, Octubre-Diciembre, 620-630
- Miric, (2003), Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que Viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social, Republica Dominicana.
- Nava Q. C. N, Bezies Álvarez & Vega Valero C.Z (2015) Adaptación Y Validación De La Escala De Percepción De Apoyo Social De Vaux. México, Universidad Nacional Autónoma de México, (1) 50-56.
- OMS (2016), Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva No. 110. Archivo electrónico retomado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>.
- ONUSIDA (2015). El sida en cifras. Archivo electrónico retomado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
- Orcasita Pineda L.T, Peralta Díaz A., Valderrama Orbeagozo L. & Ph. D. Uribe Rodríguez A. F (2010) Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia, (2010) *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. No. (31) 156- 158
- Organización Mundial de la Salud (2014). Infección por VIH. Disponible en: [http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/Histología/Sistema a Inmunitario](http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/Histología/Sistema%20Inmunitario).
- Ramiro, Teva, Bermúdez, Buena Casal, (2013), Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV

- transmission, España, *Rev International Journal of Clinical and Health Psychology* (2013) 13, 181-188
- Rivera Icedo, Blanca Margarita; Piña Lopez, Julio Alfonso; (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y enfermería*, diciembre-sin mes, 53-63.
- Rizo Curiel, Genoveva; Orozco Mares, Imelda; Villaseñor Cabrera, Teresita; (2002). Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. *Investigación en Salud*, Agosto.
- Rodríguez Alzamora, Larissa; Remor, Eduardo; Carrobles, José Antonio; (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 420-426.
- Romero, Amador y Alvis (2010). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA. *Revista Ciencias Biomédicas*, 1 (2) Monteria, Colombia.
- Romero-Ahumada-Estrada (2010) Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH-SIDA, residentes en Monteria. Colombia. (2004) *Revista de ciencias biomédicas* (2) 173-179.
- Ruiz Pérez, Soto Blanco, Labry Lima, Antón Basante, Castro Recio, Girela López (2005), Morbilidad psíquica y apoyo social en reclusos en tratamiento con antirretrovirales, Granada, España, *Revista Clínica Española*, 2005, pág. 205
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Schier, K., Biernat-Kauza, E., Gasik, R. (2016). Temperament traits, social support, and trauma symptoms among HIV/AIDS and chronic pain patients, *Rev International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16 (2); pp. 137-146.
- Secretaria de Salud (2016). Panorama epidemiológico de VIH/SIDA. Reporte del departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria de Tenosique.
- Sofía Posada, Laura Paola Rincón, Orcasita (2014). The characterization of perceived social support of HIV-diagnosed adolescents, Cali Colombia, *Procedia Social and Behavior Scences*, 132; pp. 302–309.

- Sucilla Pérez H. y Izazola Licea J.A, (2012) El VIH/SIDA en México 2012. Secretaria de salud, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, (1); pp.11-13.
- Toro-Vara-Díaz-Nuñez, (2009) Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH, SIDA en Puerto Rico: del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social, *Revista de ciencias sociales* (13) 20-51.
- Trejos Herrera, Mosquera Vásquez, TUESCA Molina, (2009), Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas, Colombia, *Rev Salud Uninorte. Barranquilla* (Col.); 25, (1): 17-32
- Uribe-Castellanos-Rodríguez (2012) Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander (2012) *Revista de psicología* (2) 371-406.