

01985
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

EVALUACION Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS PACIENTES SEROPOSITIVOS AL
VIH/SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA

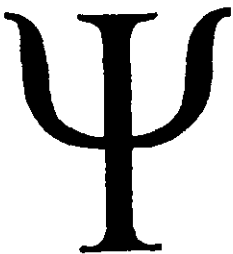
MTRO. JUAN ANTONIO / GONZALEZ PUENTE

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

287846

COMITE REVISOR:

DR. RODOLFO GUTIERREZ MARTINEZ
DRA. GRACIELA RODRIGUEZ ORTEGA
DRA. DOLORES RODRIGUEZ ORTIZ
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
DR. JORGE CAPPON GOTLIB
DR. MANUEL RAMIREZ III



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A mi madre:

María Inés Puente Flores

A mis hermanos:

María Esther , Alma Rosa, Rosaura

Lucila y Lucio

Este trabajo esta dedicado muy especialmente a todos aquellos pacientes que contribuyeron mediante su participación al desarrollo de un mayor conocimiento científico y humano de la condición seropositiva al VIH/SIDA, espero sinceramente que este saber nos permita brindar una atención de gran calidad a todos los enfermos, y que nos permita también reconocer que quien ayuda a un ser humano en realidad esta ayudando a la humanidad,

GRACIAS

Agradecimientos

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa

Por su tutoría académica, su ejemplo profesional y apoyo en mi desarrollo personal.

A los miembros del comité doctoral y revisores de esta tesis:

Dr. Rodolfo Gutiérrez Martínez

Dra. Graciela Rodríguez Ortega

Dra. Dolores Rodríguez Ortiz

Dra. Luisa Rossi Hernández

Dr. Jorge Cappon Gotlib

Dr. Manuel Ramírez III

Por su asesoría y valioso apoyo académico.

A los Doctores:

Dr. Mario Jáuregui Chiu,

*Coordinador de la Clínica de VIH/SIDA del Hospital Regional
"Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE,*

Dra. Susana García,

*Psiquiatra de la Clínica de VIH/SIDA del Hospital Regional "Lic.
Adolfo López Mateos del ISSSTE,*

Dr. José Luis Fuentes,

*Jefe del Hospital de Infectología del Centro Médico de
Especialidades "La Raza" del IMSS,*

Dr. Leopoldo Nieto,

*Coordinador de la Clínica de VIH/SIDA del Hospital de
Especialidades "Gabriel Mancera" del IMSS,*

*A todos por su apoyo y confianza en la realización de esta
investigación.*

A los maestros :

Mtra. Laura Laguna Lamas y Mtro. Jorge Valenzuela Vallejo,

*Por su valiosa colaboración en la atención y supervisión
psicoterapéutica de los pacientes seropositivos.*

A los psicólogos :

*Psic. Jania Pérez, Psic. Denia Rueda, Psic. Margarita Granados,
Psic. Rocío Martínez, ,Psic. Yahidania Real, Lic. Erika Escalante
y Lic. Jaime Rojas.*

*A todos por su valiosa colaboración y compañerismo en la
realización de esta investigación que nos ha enriquecido
profesional y personalmente a cada uno.*

Un especial agradecimiento a las Doctoras :

*Dra. Patricia Ganz y Dra. Anne Schag, C.
Autoras de la escala de calidad de vida "HOPES", quienes
autorizaron la traducción y utilización de este instrumento*

Agradezco el apoyo de las Instituciones:

*Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE,
Hospital de Infectología del Centro Médico de Especialidades
"La Raza" del IMSS,
Hospital de Especialidades "Gabriel Mancera" del IMSS,*

*Por permitir la realización de esta investigación en sus
instalaciones y facilitar la participación y apoyo de su
personal.*

Esta investigación se realizó en parte gracias al apoyo y financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), con el Núm. de Proyecto 25294H.

**Evaluación y Mejoramiento
de la Calidad de Vida
de los
Pacientes Seropositivos
al VIH/SIDA**

**" Evaluación y mejoramiento de la Calidad de Vida de los Pacientes
Seropositivos al VIH/SIDA "**

Índice	página
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Capítulo 1	9
El síndrome de inmuno-deficiencia adquirida (SIDA).	10
Características de la enfermedad	11
Aspectos clínicos	11
Manifestaciones Clínicas:	13
Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana	14
Resultados de las pruebas serológicas	14
Mecanismos de transmisión	15
El SIDA en México	16
Tendencia del SIDA en México	17
Capítulo 2	18
La Calidad de Vida	19
La Calidad de Vida como un constructo	19
Medición de la calidad de vida	21
Calidad de vida y salud	24
Capítulo 3	27
La Calidad de Vida en el Paciente Seropositivo al VIH/SIDA	28
Respuestas emocionales al conocimiento de la infección del VIH	29
Trastornos Psiquiátricos asociados a la condición seropositiva:	31
Trastornos Neurológicos:	32
Aspectos sociales de la condición seropositiva al VIH/SIDA.	33
Objetivos Generales:	35
Objetivos específicos:	35
Capítulo 4	36
Método	37
Estudio 1: Establecimiento de Propiedades Psicométricas de la Escala de Calidad de Vida "EsCaViPS".	37
Sujetos:	37
Instrumento:	37
Diseño de Investigación:	37
Procedimiento:	38
Análisis estadístico:	38
Resultados:	38

Estudio 2: Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos en tres etapas clínicas.	41
Sujetos:	41
Variables:	41
Instrumento:	42
Diseño:	42
Procedimiento:	42
Procedimiento estadístico	43
Resultados:	43
Estudio 3: Efectos de un Programa de Mejoramiento de Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos al VIH / SIDA	47
Sujetos:	47
Variables:	47
Diseño:	48
Procedimiento:	48
Análisis estadístico	49
Resultados:	49
Capítulo 5	59
Discusión	60
Referencias Bibliográficas	67
Anexos	78

Resumen

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) representa en México, un asunto de preocupación en Salud Pública. La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) supone un impacto emocional considerable a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, lo cual deteriora la calidad de vida de la persona infectada y de sus allegados. En Psicología de la Salud el estudio de la calidad de vida se ha convertido en un objetivo importante tanto en investigación como en intervenciones psicológicas. El propósito de la presente investigación consistió en evaluar la efectividad de un programa educativo-psicoterapéutico enfocado a incrementar el nivel de calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA. La investigación estuvo conformada por tres estudios desarrollados de la siguiente manera: En un primer estudio se validó, confiabilizó y adaptó la versión castellana del instrumento Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos "EsCaViPs". En un segundo estudio se evaluó la calidad de vida en una muestra de 90 pacientes diagnosticados en las diferentes etapas clínicas de la condición seropositiva (inicial, intermedia, y avanzada). Posteriormente en un tercer estudio se planteó un modelo de intervención psicológica bajo el enfoque cognoscitivo conductual por medio de un programa educativo y psicoterapéutico de breve duración en una muestra de 30 pacientes. Los resultados del primer estudio muestran altos valores en las propiedades psicométricas de la versión adaptada al español de la escala de calidad de vida "EsCaViPS". En relación al segundo estudio el análisis de las diversas variables psicológicas concentradas en cinco dimensiones de la escala de calidad de vida: Física, Interacción con el Equipo de Salud, Psicosocial, Sexual y de Relación de Pareja, no muestra diferencias estadísticamente significativas sobre los perfiles en las tres etapas de la condición seropositiva, sin embargo el análisis clínico de los resultados permitió derivar importantes apreciaciones útiles en la instrumentación de medidas psicoterapéuticas y educativas enfocadas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, a este respecto los resultados del modelo de intervención psicoterapéutico propuesto en esta investigación indican una importante reducción en el porcentaje de deterioro de la calidad de vida en las cinco áreas evaluadas antes y después de la participación de los pacientes seropositivos en este programa.

Palabras Clave: Calidad de Vida, VIH/SIDA, adaptación psicológica, adherencia terapéutica, Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

Abstract

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a worrisome issue in matters of Public Health in Mexico. The infection by the Human Immunodeficiency Virus or HIV represents a considerable emotional impact during the whole of the process of the illness, heavily diminishing the quality of life of the HIV- infected person and those surrounding him/her. The study of quality of life has become, in matters of Health Psychology, an important goal, in both research and psychological interventions. The main purpose of the present research consisted in the evaluation of the effectiveness of an educational- psychotherapeutic programme, which was focused towards the increase of the quality of life in HIV and AIDS positive patients. The research was divided into three major studies, developed as follows: During the first study, the Spanish version of the instrument HIV Overview of Problems Evaluation System ("HOPES", "EsCaViPs" in spanish). During the second study, the quality of life of 90 infected patients was evaluated, all in different stages of the illness (initial, intermediate, terminal). Afterwards, during the third study, a model for psychological intervention was created, under the focus of all behavioral and cognoscitive aspects through a short-term educational and psychotherapeutic programme in a sample of 30 patients. The results of the first study offer high values in the psychometric properties of the Spanish version of the quality of life scale "EsCaViPs". Referring to the second study, the analysis of the diverse psychological variables, concentrated within five dimensions of the quality of life scale, such as were the Physical, Interaction with the Healthcare providing team, Psychosocial, Sexual and Interaction within the couple, does not show statistically important differences on the profiles in any of the three stages of the HIV positive condition. The clinical analysis of the results, however, permitted the derivation of important appreciations, which were useful in the implementation of psychotherapeutic and educational measures aimed towards the improvement of the quality of life of these patients. Regarding the results of the psychotherapeutic intervention model proposed in this research, we found an important diminishing in the percentage of decrease of the quality of life in the five areas mentioned above, both before and after the participation of the AIDS- positive patients in this program.

Key terms: Quality of Life, HIV/AIDS, psychological adaptation, therapeutic adherence, Behavioral-Cognitive Psychotherapy

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es actualmente una enfermedad que se ha constituido en una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. En México ocupa el tercer lugar de mortalidad en hombres de 25 a 34 años de edad. Hasta Agosto del 2000, el Registro Nacional de Casos de SIDA contaba más de 45,000 casos. La estimación del número real de casos de SIDA, sin embargo, es superior a 65,000, al corregirse por retraso en la notificación (Boletín SIDA/ETS, 2000).

Las personas contagiadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ven afectadas en forma global su funcionamiento. El área física puede expresar numerosas variantes nosológicas asociadas con la condición seropositiva. En el área psicológica la infección por VIH entraña un impacto emocional a lo largo de la evolución del padecimiento. Este impacto incluye, entre otros, angustia, depresión, disfunciones sexuales, ideación e intentos suicidas (Rossi, 1993). En el área social la condición seropositiva conlleva una amplia gama de reacciones interpersonales en los ámbitos familiar, laboral, de relación de pareja y con los amigos. Todo lo anterior afecta considerablemente la calidad de vida tanto de la persona infectada como de sus allegados (Bayés, 1994).

En años recientes la psiconeuroinmunología ha puesto especial interés en el estudio de la interrelación de los procesos psicológicos como cofactores en el progreso de los síntomas asociados a la infección por VIH (Arranz & Alborno, 1994; Barreto, 1994; Borrás, 1994). Investigaciones en esta línea, sugieren la posibilidad de que las intervenciones psicológicas enfocadas a atender las manifestaciones emocionales de los seropositivos mejoren su estado inmunológico (Bayés, 1994; Bonet, Ferrer & Vilajoana, 1994; Goodking, 1992).

Así, el estudio de la calidad de vida de estos pacientes constituye un objetivo importante para la Psicología de la Salud. Este conocimiento permitiría la instrumentación de intervenciones que pueden ir desde la promoción de conductas que eviten el contagio, hasta asistir al paciente terminal a tener una muerte digna, humana, reconfortada y pacífica (Sánchez-Sosa, 1998).

Puesto que la calidad de vida difícilmente se puede mejorar si se ignoran sus componentes, un objetivo primordial en todo estudio dentro de esta línea debe incluir analizarlos, examinando la contribución relativa de esos componentes al bienestar del paciente seropositivo a fin de fundamentar el desarrollo de intervenciones profesionales de naturaleza psicológica que restauren o mejoren la calidad de vida de esta población.

Partiendo de la definición adoptada en 1961 por la Organización de las Naciones Unidas (Levi & Anderson, 1975; Lindberg, Harting, Garvill & Garling, 1992) se ha caracterizado a la calidad de vida como medida de bienestar físico, mental y social tal como la percibe cada individuo y cada grupo. Algunos autores proponen series de factores relacionados con la calidad de vida (Day, 1987; Diener, 1984; Flanagan, 1978; Groenland, 1990; Leelakulthanit & Day, 1992; Michalos, 1980; Pullium, 1989). La gran mayoría de las definiciones de calidad de vida concuerdan con el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud como "el bienestar en las dimensiones física, mental y social" (Breslow, 1972).

El hecho de que numerosos estudios evaluativos de la calidad de vida se hayan desarrollado en el campo de la salud no es casual. De acuerdo con algunos autores a la salud se le considera como un determinante de la calidad de vida y factor aglutinante de los componentes de la misma (Bowling, 1992; Font, 1988; Kaplan, 1985; Moreno & Ximénez, 1996; Torrance, 1987; Ware, Brook, Davies & Lohr, 1981). La identificación de estos componentes ha permitido que se desarrollen investigaciones que analizan el impacto de los programas de Salud Pública (Gellert, 1993), y el impacto sobre la calidad de vida de las intervenciones terapéuticas en cuanto a su relación costo / beneficio (Andersen, Davidson & Ganz, 1994; Sutherland & Till, 1993).

Dentro de las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida con relación a la salud se han incluido el estudio de los efectos de las enfermedades crónico-degenerativas en el estado emocional de los pacientes, los efectos secundarios de los tratamientos y las habilidades funcionales del paciente así como las incapacidades que producen algunos trastornos. Los resultados de estas investigaciones han revelado el alto costo económico y social que representa el tratamiento de estos padecimientos (Isacson, 1994; Ringdal, Ringdal, Kvinnsland & Göttestam, 1994). Las lecciones aprendidas a través de los años en el estudio de las diversas enfermedades han conducido a diversas medidas preventivas específicas que pueden aplicarse en la investigación de otros padecimientos (Leavell y Clark, 1965).

Así, el propósito de la investigación propuesta en el presente estudio incluye analizar el proceso de deterioro de la calidad de vida de pacientes seropositivos en las diferentes etapas clínicas de la enfermedad, con vistas a generar y evaluar recomendaciones aplicables a intervenciones preventivas, terapéuticas o de apoyo.

La investigación esta conformada por tres estudios desarrollados de la siguiente manera:

En el primer estudio se validó, confiabilizó y estandarizó la versión castellana del instrumento Escala de calidad de vida, "HIV Overview of Problems-Evaluation System, (HOPES)" (Schag, Ganz, Kahn & Petersen, 1992). En un segundo estudio se evaluó la calidad en una muestra de 90 pacientes diagnosticados en las diferentes etapas clínicas de la condición seropositiva (inicial, intermedia, y avanzada). Posteriormente se plantea un modelo de intervención psicológica bajo el enfoque cognoscitivo conductual por medio de un programa de intervención educativa psicoterapéutica de breve duración en una muestra de 30 pacientes, desarrollado expresamente para la presente investigación. Los resultados de esta intervención se analizan en detalle en lo relativo a las áreas evaluadas y los cambios logrados.

Capítulo 1

El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA)

El síndrome de inmuno-deficiencia adquirida (SIDA).

El SIDA es un estado de inmuno supresión causado por el retrovirus VIH. (Virus de Inmunodeficiencia Humana) el cual ataca y deprime al sistema inmunológico; el síndrome clínico consiste en infecciones oportunistas, neoplasias o la presencia de ambas.

Aún cuando se tienen datos de personas infectadas con VIH desde la década de los sesentas y antes, el SIDA, se identificó y diagnosticó como tal por primera vez a principios de los años ochenta y rápidamente captó la atención mundial. (Bybjerg, 1983). El "Center for Disease Control" (CDC) de Atlanta, publicó en 1981, el primer informe sobre los casos de cinco varones homosexuales en California que habían adquirido neumonía por *Pneumocystis carinii* asociadas a una inmunodeficiencia inexplicable (Rozembaum, 1985). En ese mismo año el doctor Gotlieb, médico norteamericano, detectó en cuatro pacientes homosexuales masculinos, manifestaciones de una extraña enfermedad sin precedentes que afectaba al sistema inmunológico, indicado por el decremento en las células T4; los síntomas que presentaban los pacientes eran fatiga, pérdida de peso, intolerancia a las enfermedades infecciosas y en algunos de los casos la presencia de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer (Peterman, 1985).

En julio se publicó un informe adicional de 26 casos en Nueva York de neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi también en varones homosexuales. Todos estos enfermos tenían un deterioro notable de la respuesta inmunológica celular, con gran disminución del fenotipo T colaborador de linfocitos en sangre periférica.

Estos informes de 1981 fueron los primeros registros sobre la epidemia que ha llegado a alcanzar trascendencia mundial e histórica. A partir de entonces, rápidamente proliferaron varias hipótesis sobre la causa de esta extraña enfermedad, se pensó que era resultado del contacto con nitrato de amilo (un estimulante utilizado durante relaciones sexuales por algunos homosexuales), se propuso también que esta enfermedad no tenía un agente etiológico específico ya que parecía que el sistema inmunológico del paciente simplemente se colapsaba por una exposición crónica a proteínas extrañas traídas por los linfocitos de otras personas o agentes infecciosos. También se consideró que la etiología podría asociarse con el virus Epstein-Barr o por el citomegalovirus, ambos pertenecientes a la familia de herpes virales.

En 1982, el CDC sugirió para este padecimiento la definición de Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida "SIDA" con el propósito de realizar la vigilancia de un nuevo trastorno para el cual no se había identificado agente etiológico. En 1983 en el Instituto Pasteur de Paris, un equipo de investigadores encabezados por el Dr. Luc Montagnier descubrió el virus de inmunodeficiencia humana VIH (también conocido por la denominación de HTLV-III). En 1984 en el CDC el Dr. Gallo anunció un hallazgo similar al conseguir aislar el virus (Cahn, 1992).

Características de la enfermedad

Aspectos clínicos

El VIH infecta un subgrupo de linfocitos de sangre periférica, las células T colaboradoras, que tienen a su cargo muchas funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente. Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas con frecuencia de naturaleza viral, micótica o protozoaria. El defecto inmunológico celular también origina el desarrollo de grupos particulares de tumores, en especial sarcoma de Kaposi y el linfoma de Hodking. Estas infecciones y tumores oportunistas son similares a las que se ven en otros pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la inmunidad celular (DeVita, 1990).

Los pacientes infectados por VIH pueden desarrollar un amplio espectro de otras enfermedades no causadas por infecciones oportunistas y que al parecer son consecuencia de la infección viral. El más común de estos trastornos es la linfadenopatía generalizada persistente (Miller, 1989).

Arnaiz (1997) menciona la clasificación oficial realizada por el CDC, refiriendo el avance progresivo de la condición inmunodeprimida, que comprende las etapas: 1) infección inicial, 2) latencia clínica, 3) progresión de la enfermedad y 4) estado final (SIDA).

1. Infección Inicial:

Es asintomática en la mayoría de los individuos, aparece como un cuadro de infección aguda. Durante esta fase, se infectan los órganos linfoides periféricos. La mayoría de los individuos se hacen seropositivos a los tres meses de la infección, y el 99% lo será a los seis meses.

2. Latencia clínica:

La replicación del virus persiste en los órganos linfoides. Surge un descenso en el número de células T CD4 e inmunodepresión progresiva.

3. Progresión de la enfermedad:

Aunque el paciente permanezca asintomático, la infección progresa. Las células T CD4 que viajan a través del ganglio se infectan, de tal forma que, con el tiempo, el número de células productivamente infectadas en las regiones paracorticales aumenta. La pérdida de la arquitectura normal del ganglio linfático contribuye también a la supresión.

Los indicadores que señalan la progresión de la enfermedad son: Infección por herpes zoster, candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral, así como síntomas constitucionales: fiebre, disminución de peso, disminución del número de células T CD4, e incremento de la carga viral.

4. Estado final (SIDA):

La tasa media de progresión es de alrededor de 15 años, la destrucción del sistema inmune se hace presente y el organismo queda indefenso ante una gran variedad de infecciones oportunistas. Pueden aparecer sarcoma de Kaposi y tuberculosis aún cuando no exista inmunosupresión severa.

De acuerdo a Durham y Cohen (1994), en ésta última etapa se presentan cinco subgrupos clasificados por el CDC:

- Subgrupo A : Enfermedad constitucional. Fiebre persistente.
- Subgrupo B : Enfermedad Neurológica. Demencia, Mielopatía.
- Subgrupo C: Enfermedad invasiva sintomática e infección secundaria.
- Subgrupo D: Cáncer secundario.
- Subgrupo E: Otra enfermedad coexistente no clasificada cuya evolución y tratamiento pueden ser complicadas o alteradas por el VIH.

Una clasificación integral actual reconoce la relación entre el número de células CD4, la carga viral y las manifestaciones clínicas asociadas a la combinación de ambos factores (Tabla 1).

Tabla 1 Etapas de la condición seropositiva al VIH

	CÉLULAS CD4	A ASINTOMÁTICO	B SINTOMÁTICO	C SIDA
1	> 500/UL	A1	B1	C1
2	200-499/UL	A2	B2	C2
3	< 200/UL	A3	B3	C3

Manifestaciones Clínicas:

De acuerdo con esta clasificación las manifestaciones clínicas están comprendidas en tres categorías principales: A, B y C y comprenden las siguientes entidades nosológicas:

Categoría A: (una o más de las condiciones que a continuación se describen), infección asintomática por VIH, linfadenopatía persistente generalizada, infección primaria aguda por VIH asociada a un padecimiento o antecedente de infección aguda por VIH.

Categoría B: (padecimientos indicativos de un defecto en la inmunidad), angiomas basales, candidiasis orofaríngea, candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o sin respuesta a tratamiento, displasia cervical (moderada o severa), carcinoma cervical in situ, ataque al estado general como fiebre (38.5 grados centígrados o mayor), diarrea de más de un mes de evolución, leucoplasia oral, herpes zoster por lo menos dos episodios o más de un dermatoma, púrpura trombocitopénica ideopática, listeriosis, enfermedad inflamatoria pélvica particularmente si se complica con abscesos tubo-ováricos y neuropatía periférica.

Categoría C: candidiasis pulmonar, bronquial, traqueal o esofágica, cáncer cérvico uterino invasivo, coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar o crónica intestinal (mayor a un mes de duración), enfermedad por citomegalovirus (localización diferente al hígado, bazo o ganglios) retinitis con pérdida de la visión, encefalopatía, herpes simple, úlceras crónicas (de más de un mes de duración), o bronquitis o neumonitis o esofagitis, histoplasmosis diseminada o extrapulmonar, isosporiasis intestinal crónica (más de un mes de duración), sarcoma de Kaposi, leucoencefalopatía progresiva multifocal, linfoma de Burkitts, linfoma inmunoblástico, linfoma primario cerebral, mycobacterium avium o M. Kansaii diseminado o pulmonar, mycobacterium tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, neumonía

recurrente o por neumocistis carinii, septicemia recurrente por salmonella, síndrome de desgaste y toxoplasmosis cerebral.

Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana

Las pruebas de detección y confirmación de la presencia del virus del VIH llamadas pruebas serológicas desarrolladas para su identificación son de tres tipos: de tamizaje, búsqueda de casos y diagnóstico. (Sepúlveda, 1989).

Las pruebas serológicas más comunes son:

1. ELISA Esta prueba ofrece la ventaja de su sencillez, se emplea como primera técnica para el estudio de la sangre en población de riesgo, y población general, así como con el propósito de efectuar estudios epidemiológicos. El método no tiene especificidad para algún antígeno del virus en particular, sino que la respuesta es común a diversos antígenos. La técnica ELISA actual permite una gran sensibilidad, confiabilidad y reproducción práctica. Los resultados falsos positivos o negativos son excepcionales. Es recomendable en caso de duda, emplear métodos con mayor grado de especificidad.

2. Inmunofluorescencia o "Western Blot" Detecta las células T infectadas y en la actualidad ofrece una elevada sensibilidad considerándose una excelente prueba confirmatoria. Esta prueba sirve para identificar distintos grupos de anticuerpos frente a proteínas específicas del virus. Tras transferirlo a una membrana del complejo antígeno-anticuerpo, se identifica mediante una proteína marcada por radioactividad. Se considera como uno de los métodos analíticos más sensibles que reconoce todos los antígenos virales.

Resultados de las pruebas serológicas

Un resultado negativo significa que los anticuerpos contra el VIH no se han encontrado en la sangre. Existen tres posibles interpretaciones del resultado negativo: 1. La persona no ha estado en contacto con el virus y por lo tanto no se ha contagiado. 2. Ya estuvo en contacto con el virus que causa el SIDA pero no se ha contagiado. 3. Está infectado con el virus pero todavía no se han producido anticuerpos. El tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la detección de anticuerpos es de seis semanas aproximadamente .

Un resultado positivo a la prueba significa que la muestra de sangre ha sido analizada más de una vez para confirmar su positividad; esto indica que los anticuerpos contra el virus están presentes en la sangre y que la persona está contagiada.

Mecanismos de transmisión

Al principio con los primeros informes sobre la epidemia, se difundió la idea de que sólo los homosexuales estaban expuestos a adquirir la enfermedad, la cual se conoció popularmente como la plaga gay, identificándola con el nombre de Gay Related Inmunodeficiency Disease "GRID" (Gómez, 1992). Sin embargo, hasta el momento se reconocen tres mecanismos principales de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): sexual, sanguíneo y perinatal (Velásquez, 1993).

Transmisión sexual:

Durante el contacto sexual puede ocurrir transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Dependiendo del tipo de contacto que se trate, los fluidos pueden ser: vaginales, saliva, semen, moco rectal, heces fecales o sangre; estos fluidos coinciden con las diferentes secreciones en donde ha sido posible aislar el VIH (Sepúlveda, 1989). La concentración del virus en los distintos fluidos corporales y el volumen que se intercambia, influyen en la eficacia de la transmisión. El semen y la sangre son los dos productos corporales con mayor número de partículas vírales por su alto contenido de linfocitos y por ello son los más efectivos en la transmisión.

Transmisión sanguínea:

La transmisión del VIH por vía sanguínea puede ocurrir en las siguientes condiciones.

a) Recepción de sangre y sus productos: Los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son, paquetes celulares, eritrocitos, plaquetas, leucocitos, plasma y factores de coagulación.

b) Utilización de jeringas y agujas no esterilizadas: El riesgo más elevado para el contagio del VIH, ocurre con las personas que usan drogas intravenosas y que regularmente comparten las agujas y jeringas para inyectarse.

c) Punción ocupacional: A la infección del VIH, están expuestas todas aquellas personas que por el desempeño de su actividad profesional están en

contacto con fluidos sanguíneos, como pueden ser, cirujanos, odontólogos, enfermeras quirúrgicas, acupunturistas, tatuadores, pedicuristas, entre otros.

Transmisión perinatal:

Se acepta que la transmisión del VIH de madre a hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momentos:

Por vía de transmisión transplacentaria, ya que se ha podido demostrar la infección por VIH en los tejidos de fetos de quince semanas de gestación, y se ha aislado el virus en placenta y en líquido amniótico (Rodríguez, 1994).

Durante el parto, al existir contacto de sangre materna infectada con la del niño. Y en la transmisión post-parto, en las situaciones en que el infante se pone en contacto con fluidos de la madre al ser amamantado, el primer informe que publicó esta hipótesis data de 1985, y el virus se ha podido aislar en fracciones celulares de leche materna (Rodríguez, 1994).

Como se puede apreciar, las situaciones donde habitualmente se transmite la enfermedad están configuradas en general como relaciones interpersonales donde, sin saberlo o a sabiendas, una persona está a merced de otra que también, lo sepa o no, representa ella misma el peligro de infección. Hasta el momento (2000), no existe vacuna ni tratamiento completamente efectivo contra el virus, por lo que desde el momento de contraer la infección del VIH, se inicia un proceso que suele conducir inexorablemente a la muerte (Sepúlveda, 1989).

El SIDA en México

Los primeros casos de la enfermedad en México se diagnosticaron en 1983 en extranjeros residentes en el país. En 1986 se publicó la ley que establece la obligación de practicar pruebas en todos los donadores de sangre. En este mismo año el Consejo de Salubridad General establece que el SIDA es una enfermedad objeto de vigilancia epidemiológica y que debe notificarse en forma inmediata y obligatoria. El crecimiento de casos de SIDA en México se divide en tres etapas: 1ª) hasta finales de 1986 el incremento fue lento, 2ª) de 1987 a 1990 el crecimiento fue de tipo exponencial y 3ª) a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización.

Tendencia del SIDA en México

En México de 1983 a 2000 se han registrado más de 39,000 personas seropositivas al VIH de las cuales aproximadamente 22,000 ya fallecieron (Boletín SIDA/ETS, 2000).

La mortalidad por SIDA en hombres en el grupo de edad de 25 a 34 años se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares. En 1988 ocurrieron 340 defunciones por SIDA en México. La tasa fue de 34 por 100,000 habitantes y esta causa de muerte ocupó el decimocuarto lugar, mientras que para 1992 fueron 1,530 las defunciones para este mismo grupo de edad, la tasa de mortalidad fue de 130 y como causa de muerte se desplazó hasta el sexto lugar. Desde 1994 el SIDA representa en México la tercera causa de mortalidad en hombres de 25 a 34 años de edad y la sexta en mujeres.

Hasta Diciembre del 2000, el Registro Nacional de Casos de SIDA contaba con más de 47,000 casos. Sin embargo, la estimación del número real de casos de SIDA en México es superior a 65,000, al corregir por subnotificación y retraso en la notificación (Boletín SIDA/ETS, 2000).

Capítulo 2

La Calidad de Vida

La Calidad de Vida

La Calidad de Vida como un constructo

El estudio de la calidad de vida constituye un campo abordado desde las diversas perspectivas de las disciplinas sociales que han intentado ofrecer una definición operacional para este constructo. Sin embargo hasta el momento no existe una definición suficientemente fundamentada del término "calidad de vida". En el desarrollo histórico del constructo se le ha vinculado con conceptos tales como: felicidad, bienestar psicológico y satisfacción en la vida (Iseminger, 1994; Nussbaum & Amartya, 1993).

El estudio del tema y el desarrollo de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida se han efectuado desde dos perspectivas: a) la investigación sobre el bienestar psicológico su estructura y su evaluación, y b) el estudio de la satisfacción en la vida junto con los factores específicos que la conforman. Mientras que los conceptos de felicidad y bienestar tienen mayores connotaciones afectivas y emocionales e indican un estado actual, el de satisfacción en la vida tiene un componente predominantemente cognitivo que alude a una consideración del pasado y que suele implicar la evaluación entre las expectativas y los logros conseguidos. De acuerdo con esta clasificación algunos de los principales autores del estudio de la calidad de vida han propuesto algunas definiciones.

En lo relativo al término "bienestar psicológico", Bradburn (1969) lo define como el grado de balance entre los sentimientos positivos y los negativos. En coincidencia Diener (1984), define el bienestar como la preponderancia del afecto positivo sobre el afecto negativo. Sus investigaciones mostraron que esos dos factores covarían inversamente con el bienestar (Diener, Larsen y Emmons, 1985).

Moriwaki (1974), considera que el "bienestar" lleva en si mismo la connotación de salud mental, de tal manera que descripciones de la personalidad de los individuos felices tienen que ver generalmente con descripciones de adaptación social y psicológica. Finalmente Groenland (1990) considera que el bienestar desde el punto de vista afectivo es un sentimiento o emoción individual en relación a los aspectos relevantes de la propia vida.

En relación al término satisfacción en la vida un grupo importante de investigadores han intentado definirlo como el resultado de la evaluación integral de los diversos factores que conforman la vida. Entre este grupo podemos incluir a Kozma y Stones (1980) quienes definen la satisfacción como la gratificación de una porción apropiada de los mayores deseos en la vida. En forma similar, Michalos (1980) considera que la satisfacción ocurre en función de la discrepancia entre expectativas y logros.

Se ha propuesto que la estimación de la satisfacción de la vida debe hacerse tomando en cuenta lo que se es, lo que se hace, lo que se tiene, lo que se quiere y lo que se cree, considerando además el contexto social en el que se realiza esta evaluación (Álvarez 1987). Al respecto de ésta evaluación, Oppong, Ironside y Kennedy (1988), distinguen dos grupos de indicadores y establecen que una estimación integral de la satisfacción en la vida debe incluir: un indicador objetivo, que se refiere a las condiciones de la vida social y que están asociadas al concepto de "nivel de vida" y un indicador subjetivo que se refiere a la percepción y evaluación que hace la persona acerca de su vida.

Algunos investigadores han intentado analizar los componentes de la calidad de vida y su ponderación en el grado de satisfacción.

Dupuy (1978, en Kamman, 1984) considera que los indicadores psicológicos de la satisfacción deben reflejar las siguientes cualidades básicas: estar libre de preocupaciones acerca de la salud, alto nivel de energía, una vida interesante y satisfactoria, un buen estado de ánimo, una vida relajada y control sobre las emociones y la conducta. En coincidencia con esta propuesta, Flanagan (1978) agrupa algunos de estos factores dentro de las categorías de: bienestar físico y salud, bienestar económico, bienestar individual y bienestar social.

Blanco (1985), propone cuatro grandes áreas que pueden influir en la satisfacción de la vida de los individuos: 1) Salud, trabajo y educación, 2) Preocupación por el ambiente, o como ciudadano, 3) Ámbito interactivo del sujeto que incluye las facetas relativas al entorno familiar, relaciones interpersonales y ocio, 4) Aspectos sociopolíticos tales como participación social, seguridad personal y jurídica.

Leelakulthanit y Day (1992), también coinciden al plantear que la calidad de vida es un constructo general compuesto de varios campos específicos entre las que destacan: vida familiar, vida laboral, vida social, placer y/o recreación, salud personal, posesiones materiales, vida espiritual, y participación en la vida política dentro del país. Así, cuando alguien dice estar satisfecho con su vida, se está refiriendo a la acumulación de momentos felices en cada una de estas áreas o actividades (Day, 1987).

La propia naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y la multidimensionalidad del constructo calidad de vida han convertido en tarea difícil su definición conceptual y operativa, sin embargo resulta paradójico que se haya dado un mayor avance en definir las dimensiones que conforman este constructo y en evaluarlas cuantitativamente, como lo muestra las siguientes aportaciones.

Bryant y Veroff (1984) distinguen dos factores adicionales que se refieren a dos tipos de competencia personal: el primero centrado en la capacidad de hacer frente al estrés, y el segundo centrado en la capacidad para generar experiencia de afecto positivo. Lawton (1983) propone el concepto dentro-fuera para designar a las dimensiones que reflejan el bienestar interior y exterior respectivamente. También Bryant y Veroff (1984) sugieren que la experiencia percibida puede dividirse en fuentes que se originan dentro de uno mismo y fuentes del mundo externo. Estos autores afirman que el afecto negativo tiende a estar muy influido por las variables orientadas hacia lo interno (estrés y síntomas), mientras que el afecto positivo esta más influido por variables orientadas hacia el exterior (apoyo social). Headey, Holmstrom y Wearing (1984) distinguieron dos dimensiones que conforman el constructo calidad de vida: bienestar y malestar.

Estos autores plantean que aquello que correlaciona y causa el bienestar, es diferente de aquello que correlaciona y causa el malestar. En este sentido, Diener, Larsen y Emmons (1985) han sugerido que la frecuencia y la intensidad de los factores positivos y negativos del afecto se encuentran correlacionados con el bienestar de los individuos.

Medición de la calidad de vida

En cuanto a la medición de la calidad de vida, uno de los primeros instrumentos de los que se tiene registro es el "Self-anchoring ladder" creado por Cantril (1965). Se trata de una escala simple que situaba al sujeto en un continuo de siete opciones de autoevaluación sobre bienestar personal. casi

simultáneamente Bradburn y Caplovitz (1965) desarrollaron la "Escala de balance del afecto", conformada por diez reactivos, las preguntas constituían dos agrupaciones de acuerdo al afecto positivo y negativo, la combinación entre ambas formaba un tercer puntaje denominado balance del afecto. En forma similar Fordyce (1978) desarrolló una escala con once opciones de adjetivos que denotan estados de ánimo y que permitían inferir el grado de bienestar de los sujetos.

Otro grupo de investigadores crearon una serie de escalas de calidad de vida entre las que podemos destacar, la escala "Life as a whole index" de Andrews y Withey (1976) que busca evaluar el bienestar psicológico global. De modo similar, el "Index of well-being" desarrollado por Campbell, Converse y Rogers (1976) mide bienestar subjetivo. Otras escalas más recientes incluyen el "Index of psychological general well-being (PGWB)" creado por Dupuy (1978), la "Escala MUNSCH de la felicidad" desarrollada por Kozma y Stones (1980), que evalúa bienestar subjetivo, el "Afectometer 2" de Kamman y Felt que mide el índice de felicidad y la escala "Satisfaction with life scale, (SWLS)" desarrollada por Diener, Emmons y Larsen y Griffin (1985) entre otras.

En México Díaz Guerrero (1986) desarrolló una escala de calidad de vida denominada "Mi vida presente" estructurada como un diferencial semántico en donde el sujeto hace una apreciación de su vida en términos de lo aburrida-interesante, feliz-miserable, fácil-difícil, etc. Por su parte Palomar (1995) desarrolló un índice de calidad de vida, el cual es un instrumento formado por dos sub-escalas independientes. En la primera se le pregunta al sujeto qué tan importante es cada uno de los 80 aspectos de la vida que se le presentan y en la segunda, que tan satisfecho se siente al respecto.

Prácticamente ninguno de los instrumentos mencionados se diseñó considerando específicamente las dimensiones que suelen deteriorarse a la luz de informes de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos en general y seropositivos al VIH en particular. Si bien en principio algunas de las dimensiones incluidas en muchas escalas seguramente reflejan porciones de lo que ocurre a pacientes de este tipo, se requiere mayor especificidad tanto en escenarios (por ejemplo, el hospitalario y la relación con el equipo de salud) como en componentes más cercanamente relacionados con la salud. Esto es indispensable si se considera que un segundo propósito del presente estudio es precisamente utilizar la información derivada de una medición adecuada, a fin

de diseñar, instrumentar y evaluar los efectos de una intervención también de naturaleza específica.

Como se puede apreciar han sido numerosos los esfuerzos por definir el término calidad de vida y por crear instrumentos de evaluación psicométrica que permitan estimarlo.

En general, como resultado de las investigaciones sobre medición, algunos de los principales hallazgos revelan una débil relación entre el bienestar y algunas variables sociodemográficas como edad, sexo, raza, educación, ingreso económico y estado civil, incluso tomando juntas estas variables sólo explican el 12 % de la varianza de la calidad de vida de los sujetos (Abbey & Andrews, 1985; Andrews & Withey, 1976; Leelakulthanit & Day, 1992; Michalos, 1985). En contraste las investigaciones en este campo han mostrado una mayor correlación con variables psicológicas y sociales.

Kamman y cols. (1984) analizaron la relación entre la dimensión de bienestar y medidas de ansiedad, depresión y estrés somático, los cuales predicen deterioro en la calidad de vida. En congruencia con lo anterior, Abbey y Andrews (1985) en sus investigaciones mostraron que las interacciones de algunos factores sociales tales como apoyo social, estrés, percepciones de control interno y externo, desempeño laboral y personal entre otros, correlacionados con la ansiedad y depresión, afectan el grado de bienestar y calidad de vida de las personas.

Por su parte Headey y cols. (1984) reportaron que algunas de las áreas de vida como matrimonio, trabajo, apoyo social, etc. correlacionan con un factor general de bienestar. En particular observaron que la mala salud y una sensación de baja competencia personal se relacionan fuertemente con el índice de malestar. Otras investigaciones muestran que el afecto positivo tiende a correlacionarse con medidas favorables de extroversión, participación social activa, autoestima y optimismo. En tanto que, el afecto negativo tiende a relacionarse con neuroticismo, bajos puntajes de competencia personal, síntomas psicósomáticos y ansiedad (Costa & McCrae, 1980; Headey, Holstrom & Wearing, 1984).

De acuerdo con algunos de estos hallazgos se ha podido determinar que la salud es un componente predominante y aglutinante de otros de los factores integrantes de la calidad de vida (Kaplan, 1985).

Calidad de vida y salud

Como se mencionó antes, de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas el constructo calidad de vida puede resumirse como "una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo", sus principales componentes son: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi & Anderson, 1975).

En el campo de la salud, la definición de la calidad de vida coincide, con el concepto de la OMS como "el bienestar en las dimensiones física, mental y social" (Breslow, 1972). Esto presupone que la calidad de vida relacionada con la salud es un constructo multidimensional subjetivo de acuerdo con la valoración que la persona hace de diferentes aspectos de su vida (Andersen, Davidson & Ganz, 1994; Font, 1988; Ringdal & Ringdal, 1994).

El que la identificación de los componentes de la calidad de vida se haya centrado en factores relacionados con la salud, ha permitido que se desarrollen investigaciones que analizan el impacto de los programas de Salud Pública (Gellert, 1993), y el impacto sobre la calidad de vida de las intervenciones terapéuticas en su relación costo / beneficio (Andersen, Davidson & Ganz, 1994; Sutherland & Till, 1993).

Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida con relación a la salud han incluido el estudio de los efectos de las enfermedades crónicas en el estado emocional de los pacientes, los efectos secundarios de los tratamientos y las habilidades funcionales del paciente así como las incapacidades que producen algunos trastornos. Estas investigaciones identifican algunas de las principales áreas afectadas en el ajuste y la adaptación ante la enfermedad, entre estas se destacan problemas derivados del tratamiento, problemas asociados a la rehabilitación física y la adherencia terapéutica, problemas de rendimiento académico y laboral, problemas asociados a relaciones interpersonales, de comunicación con otros y de la dinámica familiar, problemas vinculados a la autoimagen y la autoestima así como los problemas económicos (Friedman & DiMatteo, 1989).

Las investigaciones de la calidad de vida de los trastornos crónico-degenerativos revelan el alto costo económico y social que representa el tratamiento de estos padecimientos (Isacsson, 1994; Ringdal, Ringdal, Kvinnsland & Götestam, 1994). Estudios recientes en los que se han incluido

muestras de pacientes con estos padecimientos (Faugstad & Hanestad, 1994; Ferrell, Hassey & Grant, 1995; Wredling y cols., 1995) han permitido conocer el proceso de deterioro en el bienestar que se inicia con la enfermedad y que progresivamente se generaliza, incluyendo la salud mental, la cual afecta a su vez, todo el funcionamiento humano, cerrando así un círculo vicioso que tiende a automantenerse (Sánchez-Sosa, 1984). Cabe señalar que se ha realizado una extensiva investigación en los trastornos cardiovasculares, diabetes y cáncer en relación a las etapas del proceso de deterioro biológico y clínico (Cunningham, Edmonds, Hampson & Hanson, 1991; Hirsch, Wernecke, Dreyer & Jackle, 1992; Holland, 1992; Price, 1993).

Los anteriores esfuerzos se suman al amplio trabajo en el estudio de la calidad de vida relacionada con la pérdida de la salud, de trastornos crónico-degenerativos como los problemas cardiovasculares (Faugstad y Hanestad, 1995; Isacson, 1994), la diabetes (Bagne, Luscombe & Damiano, 1995; Wikby, Hörnquist, Stremström & Anderson, 1995) y el cáncer (Ferrell, Hassey & Grant, 1995; Ringdal y Ringdal, 1993; Ringdal, Ringdal, Kvinnsland & Göttestam, 1994); estas investigaciones han revelado detalles de la historia natural de estos padecimientos.

El estudio de la calidad de vida de pacientes infectados por VIH ha dado como resultado la creación de instrumentos que permiten la evaluación de este constructo. Ente algunos de estos instrumentos se destacan, el Medical Outcomes Study "HIV MOS-SF20", que consta de 20 reactivos que evalúan: función física, papel funcional, función social, salud mental, percepción de salud y presencia de dolor (Stewart, Hays & Ware, 1988); el HIV Quality Audit Marker "HIV-QAM" permite el monitoreo de pacientes hospitalizados (Holzemer, Bakken, Stewart & Janson-Bjerklie, 1993) y el Quality of Well-Being Scale "QWB" evalúa principalmente condiciones físicas de los seropositivos (Kaplan y cols., 1995).

Probablemente uno de los más completos es el HIV Overview of Problems-Evaluation System "HOPES", el cual incluye la evaluación de: características demográficas, físicas, interacción médica, aspectos psicológicos, sexuales e interrelaciones personales (Schag, Ganz, Kahn & Petersen, 1992) y que ha mostrado ser un instrumento de evaluación de calidad de vida con un alto nivel de validez de constructo comparado con instrumentos de calidad de vida como el "HIV MOS-SF20", el Profile of Mood States (POMS), el Perceived Adjustment to Chronic Illness Scale (PACIS) el Physical Activity Scale (PAS) y el Karnofsky Performance Status Score (KPS).

La creación de estas escalas forma parte de una serie importante de esfuerzos por evaluar la calidad de vida en relación a la condición seropositiva. Esta labor ha generado información sobre áreas tales como: percepción del estado general de salud, funcionamiento físico (incapacidad), funcionamiento cognoscitivo (memoria, deterioro neuropsicológico), desempeño del rol social, disfunciones sexuales y apoyo del entorno social (Burgess, Dayer, Catalan, Hawking & Gazzard, 1993; Cleary y cols., 1993; Ganz, Schag, Kanh, Petersen & Hirji, 1993; Lubeck & Fries, 1993). Asimismo ha permitido mejorar los programas de atención médica que se ofrece a estos pacientes en relación con tratamientos farmacológicos, particularmente el uso de algunos medicamentos antiretrovirales y de los inhibidores de proteasas (Lenderking y cols., 1994), así como el empleo de algunos psicofármacos indicados para la ansiedad, depresión y los trastornos del sueño (Wheatley & Smith, 1994).

Capítulo 3

La Calidad de Vida en el Paciente Seropositivo al VIH/SIDA

La Calidad de Vida en el Paciente Seropositivo al VIH/SIDA

Las personas contagiadas por el VIH ven afectadas en forma global todas las áreas de su funcionamiento humano; la alteración puede constatarse en las áreas física, psicológica y social. El estudio de pacientes seropositivos ha puesto en evidencia una complicada trama que subyace al proceso de padecer SIDA, ya que por las características del padecimiento, sus síntomas clínico-psicológicos parecen estar determinados por la interacción de tres diferentes niveles de causalidad: a) influencia orgánica del virus y otras infecciones, b) influencia psicológica individual y c) influencia social (Valencia, 1989).

Las manifestaciones clínicas de la infección por VIH se ubican dentro de un amplio espectro de avance que va desde un estado asintomático hasta una inmunodeficiencia grave que corresponde propiamente al término SIDA. La clasificación clínica propuesta por el CDC ha permitido agrupar a los pacientes en cuatro estadios consecutivos dentro de la historia natural de la enfermedad: infección aguda, infección asintomática, linfadenopatía generalizada y SIDA (DeVita, Hellman & Rosenberg, 1990).

La infección por VIH supone un impacto emocional considerable a lo largo de todo el proceso, desde la sospecha de encontrarse contagiado, la decisión de hacerse la prueba de anticuerpos, el conocimiento de la condición seropositiva, hasta las fases avanzada y terminal de la enfermedad (Miller, 1989; Miller, Weber & Green, 1989; Reidy & Taggart, 1992). Este impacto suele traducirse en angustia, depresión, disfunciones sexuales, aislamiento social e ideación suicida (Rossi, 1993), lo cual afecta considerablemente la calidad de vida de la persona infectada y de sus allegados (Bayés, 1994). La gran mayoría de los pacientes infectados por el VIH cursa en alguna etapa de la enfermedad con alteraciones psicológicas, psiquiátricas y/o neurológicas, éstas pueden corresponder a: 1. Respuestas emocionales al conocimiento de la infección del VIH. 2. Trastornos psiquiátricos 3. Trastornos neurológicos (Solomon & Temoshock, 1987).

Respuestas emocionales al conocimiento de la infección del VIH

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su historia personal. La ansiedad es la primera respuesta emocional que se presenta ante una situación amenazante o catastrófica como lo es una enfermedad mortal, es una reacción de alarma que busca desencadenar una serie de mecanismos de afrontamiento más adaptativos. Si estos mecanismos no son suficientes para mantener o restaurar el equilibrio emocional, el individuo puede entrar en estados de crisis (Miller, 1989), los cuales pueden aparecer a lo largo de la etapas de la enfermedad, en los siguientes momentos:

- a) Durante el tiempo de la primera prueba y la notificación del diagnóstico.
- b) Cuando la familia se entera del diagnóstico
- c) Cuando existe evidencia clara de avance de la enfermedad.
- d) Cuando se reconoce el hecho de la muerte como inminente.

a) Durante el tiempo de la primera prueba y la notificación del diagnóstico: Durante este período las interpretaciones de los individuos seropositivos son frecuentemente erróneas, muchos suponen que han contraído el SIDA, que están en un estado médico crítico y a punto de morir, cuando lo que realmente sucede es que se encuentran en una crisis psicológica y que se requiere de tiempo para reaccionar y pensar en forma apropiada evitando conductas destructivas

b) Cuando la familia se entera del diagnóstico:

En la mayoría de los casos el diagnóstico de la condición seropositiva se da a conocer a la familia tiempo después de que el paciente ha podido superar su crisis personal, la notificación del diagnóstico en el núcleo familiar genera una severa crisis que incluye el descubrimiento de homosexualidad, de bisexualidad o de prácticas sexuales fuera de la relación de pareja. El reconocimiento de esta situación generará su vez múltiples reacciones por parte de los familiares que se pueden expresar en sentimientos de ambivalencia hacia el enfermo. La familia también deberá afrontar el estigma social, siente el temor de que se le discrimine. En algunos casos la forma de afrontar esta situación se hace a través de formular y comunicar a su entorno comunitario un "diagnóstico socialmente admisible". Finalmente los familiares tendrán que enfrentar la muerte de su ser querido, lo cual suele ir acompañado de sentimientos intensos de culpa e impotencia.

c) Cuando existe evidencia clara de progresión de la enfermedad:

Cuando el paciente pasa de una etapa asintomática a una sintomática, todo lo que antes había imaginado se convierte en un hecho real que no sólo lo alarma a él, sino a las personas con las que convive. En esta crisis se presentará nuevamente la ansiedad y depresión por el deterioro físico evidente en el enfermo, el miedo ante la muerte puede ser un sentimiento constante de allí en adelante.

d) Cuando aparece la muerte como inminente o inevitable:

Cuando el paciente sabe que su muerte está próxima se encuentra ante una situación de intensa crisis la cual puede expresarse a través de miedo, dolor, tristeza, frustración e impotencia. En algunos de los casos el paciente muestra una actitud de aceptación y asume el hecho de que pronto va a morir, algunos pacientes se ocupan de arreglar asuntos pendientes referentes a la herencia de sus bienes y a solucionar algunos conflictos con personas significativas, así como conseguir despedirse de sus seres queridos, en algunos de estos casos se puede llegar a pensar en la muerte como una liberación de su sufrimiento.

La Doctora Elizabeth Kübler Ross (1970) ha descrito el proceso que viven los pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal como es el caso de los pacientes seropositivos al VIH, en relación con sus familiares, parejas y amigos, tipificándolo en cinco fases que se presentan de la siguiente manera: Negación, Ira, Pacto o Negociación, Depresión y Aceptación, las cuales se describen brevemente a continuación.

La negación va acompañada del choque; dado que el conocimiento de la enfermedad produce una gran angustia, el sujeto niega el hecho de saberse infectado, enfermo o que va a morir, y puede ir acompañado de un sentimiento de omnipotencia. Esta actitud puede prolongarse por algún tiempo, aún en presencia de manifestaciones clínicas de la enfermedad

Cuando el individuo no puede mantenerse en la negación, puede surgir una intensa frustración que se puede manifestar en el enojo que paciente proyecta sobre su familia, sus amigos, los médicos o el personal que lo atiende. Con frecuencia el paciente se muestra irritable, con poca tolerancia a la frustración y con respuestas exageradas o inadecuadas a estímulos sociales. En este lapso, el paciente puede experimentar intensos sentimientos de culpa hacia sí mismo o hacia los demás por lo que le sucede.

En la etapa de la negociación el paciente se plantea metas a corto plazo las cuales le condiciona a la obtención de algún beneficio. Esta fase le permite modificar positivamente algunas actitudes y darse cuenta de que su vida continúa, y que si bien debe replantear algunos de sus objetivos, aún tiene oportunidad para lograrlos.

El paciente en esta etapa acepta que está enfermo, que tiene limitaciones y que es incapaz de acabar con su enfermedad, lo que lo lleva a una intensa depresión. Contrariamente a lo que podría pensarse, esta etapa resulta la más productiva, ya que el paciente al aceptar su enfermedad, deja de utilizar medios fantasiosos para combatirla y empieza realmente a asimilarla, sin embargo, en algunos casos esta etapa puede complicarse por intensos sentimientos de culpa, ideación suicida y conductas autodestructivas que requieren de atención profesional. En esta última etapa el paciente se acepta y aprende a vivir con su enfermedad, encaminando sus esfuerzos a la obtención de objetivos inmediatos y a resoluciones que considera necesarias en su interacción personal y social.

Estas etapas se viven de manera diferente por cada persona, teniendo una intensidad y duración variable, no son estáticas ni siguen siempre el mismo orden, pueden fluctuar y volver a presentarse, o sólo presentarse alguna de ellas. Hay numerosas fluctuaciones producidas por factores relacionados con la evolución de la enfermedad, la personalidad del paciente y los apoyos sociales con los que cuenta, que le permitirán o dificultarán su adaptación funcional a su condición.

Trastornos Psiquiátricos asociados a la condición seropositiva:

Entre los principales trastornos psiquiátricos que pudieran presentarse en los pacientes seropositivos se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad y los procesos maniacodepresivos.

Posterior al conocimiento de su diagnóstico en la mayoría de los pacientes seropositivos se presenta un estado de ánimo deprimido caracterizado por la pérdida de interés y placer en las actividades que anteriormente producían satisfacción, se presentan cambios de apetito y en consecuencia pérdida de peso. El sueño y la actividad psicomotora también se ven afectadas, así mismo presentan dificultad para concentrarse y tomar decisiones, los sentimientos de autodevaluación, culpa y pensamientos de muerte o ideación suicida son recurrentes en el paciente seropositivo. Otra alteración importante son los

ataques de ansiedad que se manifiestan por periodos breves de súbita aparición caracterizados por una intensa aprehensión, temor o terror a menudo asociado a sentimientos de una fatalidad inminente. En algunos casos se manifiestan periodos alternados de manía y depresión, en su primera fase se encuentran manifestaciones de humor eufórico predominante elevado, episodios de irritabilidad, aceleración del pensamiento y del habla, fuga de ideas y sentimientos de grandeza y omnipotencia, en la fase depresiva se encuentran las manifestaciones ya descritas para el estado depresivo.

Trastornos Neurológicos:

Una de las condiciones más críticas que pudiera experimentar el paciente seropositivo es cuando el VIH accede al del Sistema Nervioso Central (SNC). En ese momento las funciones corticales se ven afectadas en diferentes niveles de gravedad que pueden ir desde alteraciones cognitivas leves o moderadas hasta cuadros de demencia. Una clasificación basada en la acción directa del virus o por invasión de otros agentes patógenos oportunistas o neoplasias en el SNC es la siguiente:

Infecciones virales.- Los virus que más comúnmente invaden el SNC en el sujeto inmunodeprimido son el citomegalovirus y el papovavirus. El primero produce un cuadro meningoencefalítico inespecífico con cefalea, fiebre, trastornos de la conciencia y signos meníngeos, en algunas ocasiones suele acompañarse por otras manifestaciones tales como la retinitis y trastornos gastrointestinales. Con respecto al papovavirus, su acción se caracteriza por un deterioro progresivo y relativamente rápido de las funciones corticales superiores y la conciencia, incoordinación psicomotriz, ataxia, cuadros motores o sensoriales focales y afasia.

Dentro del grupo de agentes oportunistas que mayor frecuencia se encuentra en los pacientes seropositivos está el llamado *Toxoplasma gondii* el cual es un parásito que afecta principalmente las funciones superiores del SNC. En los estadios finales de la condición seropositiva es común la invasión por hongos del SNC, los cuales afectan las estructuras encefalomeníngeas y su acción se manifiesta a través de síntomas como fiebre, cefaleas, rigidez de nuca, crisis convulsivas, afasias, hemiparesias, fotofobia y alteraciones de la conciencia. Por último, una de las manifestaciones más avanzada del deterioro del SNC es consecuencia de la presencia de neoplasias como el linfoma generalizado no-Hodking y, más raramente, el sarcoma de Kaposi.

Ante un cuadro tan desolador como el descrito por las diferentes manifestaciones orgánicas y psicológicas es comprensible el deterioro de la calidad de vida de los pacientes seropositivos, sin embargo es interesante destacar el hecho de que algunos pacientes han expresado que temen tanto a la respuesta de otros hacia ellos como las posibles consecuencias de su enfermedad. Examinemos ahora algunas de las concepciones sociales relacionadas con la infección de VIH.

Aspectos sociales de la condición seropositiva al VIH/SIDA.

El hecho de que el SIDA se diagnosticara inicialmente entre grupos de homosexuales dio como consecuencia que la mayoría de la gente no se sintiera amenazada por la enfermedad. Sin embargo, el que posteriormente se descubriera que se trataba de un padecimiento cuyo principal medio de contagio son las relaciones sexuales provocó una serie de mitos sobre su origen y consecuencias, a la vez que generó una gran estigmatización hacia la enfermedad que se ha mantenido desde su aparición hasta la fecha (Rodríguez,1994). Algunos de los principales mitos y prejuicios que se crearon alrededor del SIDA parecen estar fuertemente enlazadas con creencias de tipo moral debido a que el SIDA ha sido interpretado como un "castigo divino" o "castigo moral" ante el pecado y la disolución de las normas morales (Casillas,1989).

En México algunas investigaciones sobre las creencias y actitudes con respecto al SIDA, muestran que ciertas creencias tienen que ver con la evaluación moral que hace la gente, encontrándose relación entre la idea de un castigo colectivo por la pérdida de valores y un castigo individual por irresponsabilidad, asociando a esto, la creencia de que los que sufren de SIDA se lo merecen por su exceso sexual y perversión (Díaz-Loving, 1992). Es razonable suponer que estas actitudes tienen su base principalmente en dos aspectos: la ignorancia y el temor al contagio.

Como resultado de tales creencias y actitudes las personas infectadas con VIH han sido y continúan siendo, aunque en menor grado, mal tratadas a causa de padecer esta enfermedad; siendo víctimas de actitudes negativas de parte de un sinnúmero de personas incluyendo en algunas ocasiones al personal médico encargado de brindarles atención, estos pacientes han padecido actitudes negativas tales como: el rechazo, el aislamiento, la hostilidad y la agresión física y psicológica (Fusilier, 1998, Hernández 1994). Esto a su vez provoca que se les margine de actividades cotidianas e incluso se les desprecie como

seres humanos, lo cual sin duda deteriora considerablemente la calidad de vida de la persona infectada y de sus allegados (Bayés, 1994; Rodríguez 1994), ya que afectan por un lado las relaciones sociales del individuo infectado y por otro influyen en el desarrollo de síntomas psicológicos en el mismo (Lawrence, Husfelat, Kelly & Smith, 1990; Valencia 1989).

En los últimos años la psiconeuroinmunología ha puesto especial interés en el estudio de la interrelación de los procesos psicológicos como cofactores en el progreso de los síntomas asociados a la infección por VIH (Arranz & Albornoz, 1994; Barreto, 1994; Borrás, 1994). Investigaciones en esta misma línea, sugieren la posibilidad de que las intervenciones psicológicas enfocadas a atender las manifestaciones emocionales de los seropositivos mejoren su estado inmunológico (Bayés, 1994; Bonet, Ferrer & Vilajoana, 1994; Goodking, 1992).

Como ya se ha mencionado, el estudio de la calidad de vida de estos pacientes constituye cada vez más un objetivo importante para la Psicología de la Salud. La calidad de vida difícilmente se puede modificar de modo sistemático si se desconocen sus elementos. El examen de la contribución relativa de esos componentes al bienestar del seropositivo, posibilitaría diseñar intervenciones profesionales de naturaleza psicológica que lo restauren o mejoren.

En México no hay aún familiaridad amplia con instrumentos válidos que permitan la evaluación confiable de la calidad de vida en relación con factores de salud y que, más específicamente, haga posible conocer el grado de deterioro de la calidad de vida en los pacientes seropositivos como antecedente para diseñar intervenciones eficaces. El primer propósito del estudio propuesto en la presente investigación consistió en analizar el proceso de deterioro de la calidad de vida de pacientes seropositivos en las diferentes etapas clínicas de la enfermedad, con vistas a generar y evaluar estrategias aplicables a intervenciones preventivas, terapéuticas o de apoyo. Para lograr este propósito se planteó como primer paso la validación, confiabilidad y adaptación en México del instrumento HIV Overview of Problems-Evaluation System "HOPES" (Schag, Ganz, Kahn & Petersen, 1992), el cual considera la evaluación de: características demográficas, físicas, interacción médica, aspectos psicológicos, sexuales e interrelaciones personales. Se seleccionó este instrumento por ser comparativamente más completo que muchos otros. Se espera adicionalmente que sea útil para la población hispana en Estados Unidos y en toda Latinoamérica, afectada por el padecimiento. Los objetivos de la presente investigación son:

Objetivos Generales:

1. Explorar la tipificación adaptativa y psicológica de posibles etapas en el progresivo deterioro de la calidad de vida de pacientes seropositivos.
2. Explorar las posibles diferencias en la calidad de vida de los pacientes seropositivos en función de etapas desde su diagnóstico, identificando las posibles variables psicológicas que intervienen en su deterioro.
3. Valorar la efectividad de un programa educativo y psicoterapéutico enfocado a incrementar la calidad de vida de los pacientes seropositivos participantes en el protocolo.

Objetivos específicos:

1. La validación, confiabilización y adaptación en México del instrumento HIV Overview of Problems-Evaluation System "HOPES", escala que evalúa la calidad de vida en pacientes seropositivos.
2. Analizar las implicaciones relativas a la calidad de vida respecto del trabajo psicoterapéutico y a otras intervenciones en Psicología de la Salud que se deriven de los resultados de la validación, confiabilización y adaptación de instrumento mencionado en el objetivo anterior.

Capítulo 4

Método

Método

Estudio 1: Establecimiento de Propiedades Psicométricas de la Escala de Calidad de Vida "EsCaViPS".

El objetivo de este primer estudio consistió en el proceso de validación, confiabilización y adaptación en la versión al castellano en México de la Escala de Calidad de Vida para pacientes seropositivos al VIH, "HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES)" de Schag y cols. (1992)".

Sujetos:

Los sujetos que participaron en este estudio se seleccionaron a través de un muestreo accidental no probabilístico, conformando una muestra de 200 pacientes diagnosticados seropositivos al VIH, considerando los siguientes criterios básicos de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

Los sujetos incluidos fueron mayores de 18 años, diagnosticados en alguna de las categorías de la condición seropositiva al VIH: (A) inicial, (B) intermedia y (C) avanzada, y que hubieran consentido su participación.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron de este estudio a los pacientes que presentaban dificultad para confirmar su diagnóstico seropositivo al VIH.

Instrumento:

Se empleo la escala de calidad de vida "HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES)"

Diseño de Investigación:

El diseño de la investigación fue un estudio ex-post-facto de tipo transversal, en el cual una condición esta presente de antemano y se busca conocer y tipificar las características psicométricas específicas de la escala de calidad de vida "HOPES".

Procedimiento:

Se estableció contacto con los autores de la escala de calidad de vida "HOPES" y se solicitó su aprobación para la traducción al castellano y adaptación en México del instrumento. Después de traducirlo en una versión al castellano de fácil comprensión, se determinó denominar al instrumento como Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos "EsCaViPS", se aplicó a 200 pacientes seropositivos de los hospitales: "Adolfo López Mateos" del ISSSTE, "Gabriel Mancera" del IMSS y de Infectología del Centro Médico "La Raza" del IMSS. Para la aplicación de la escala de calidad de vida se solicitaba la autorización a los médicos responsables de la atención de los pacientes seropositivos, posteriormente con cada uno de los pacientes que accedían a participar en este estudio, se realizaba una breve entrevista en la cual se les informaba el carácter confidencial de cualquier dato personal que ellos proporcionaran, el tiempo promedio de la aplicación fue de 45 minutos, después de lo cual se agradecía la participación de los pacientes.

Análisis estadístico:

Una vez concluida la aplicación del instrumento se realizaron los siguientes análisis estadísticos: para determinar la validez de contenido se empleó la prueba de t de student la cual permite establecer el poder discriminativo de cada uno de los reactivos que conforman el instrumento, en relación a la validez de constructo de la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos ("EsCaViPS") se empleó un análisis factorial, a fin de conocer los factores subyacentes en la estructura de esta escala (Carmines & Zeller, 1979). Para determinar el coeficiente de confiabilidad de la escala total "EsCaViPS" y de cada uno de los factores que esta evalúa se utilizó el análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach (Carmines & Zeller, 1979).

Resultados:

Los resultados obtenidos con relación a las propiedades psicométricas de la escala "EsCaViPS" fueron los siguientes:

Validez:

Con relación a la validez de contenido del instrumento que se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, se obtuvo a través de la prueba t de student, esta prueba estadística compara el valor individual de cada reactivo con el valor de la media

calculado para el total de los reactivos, el resultado obtenido al aplicar la *t* de student al conjunto de reactivos de la escala "EsCaViPS" muestra que el poder discriminativo de los reactivos se mantiene en 140 de los 165 originales, los 25 reactivos que se eliminaron fueron aquellos que no mantenían un valor discriminativo significativo al .05 de probabilidad asociada.

Después de documentar la validez de contenido de la escala "EsCaViPS", se procedió a estimar su validez de constructo, que se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con los constructos o variables que están siendo medidos, esto se realizó a través de un análisis factorial para determinar la estructura subyacente del instrumento y 5 factores comprendidos en las siguientes dimensiones:

1. Área física: 47 reactivos, contenidos en 10 factores,
2. Área de interacción con el equipo de salud: 10 reactivos, contenidos en 3 factores.
3. Área psicosocial: 52 reactivos, contenidos en 10 factores.
4. Área sexual: 13 reactivos contenido en 3 factores.
5. Área de relación de pareja: 18 reactivos contenido en 5 factores (Véase el Anexo 1).

El área física comprende reactivos con indicadores de las capacidades físicas que el paciente mantiene o el grado de incapacidad que desarrolla, tales como: "Me cuesta trabajo bañarme, lavarme los dientes o arreglarme" (reactivo 7), "La infección del VIH o su tratamiento no me permiten trabajar bien" (reactivo 19).

El área de interacción médica comprende reactivos que evalúan las dificultades en la comprensión de información que el médico proporciona al paciente, por ejemplo: "Me cuesta trabajo entender lo que el doctor dice de mi enfermedad o de los tratamientos" (reactivo 32).

El área psicosocial se integra por indicadores de la condición emocional del paciente, así como las dificultades en la comunicación con parientes y amigos, ejemplos de esta área incluyen reactivos como: "Frecuentemente me siento deprimido" (reactivo 42), "Me parece que a mis amigos o parientes les cuesta trabajo hablar conmigo sobre mi enfermedad" (reactivo 67).

El área sexual evalúa la funcionalidad e interés del paciente a este respecto, esta área incluye reactivos tales como: "Tengo dolor o molestia al tener

actividad sexual" (reactivo 105), "He perdido interés en el sexo porque me da miedo infectarme de nuevo" (reactivo 132).

En el área de la relación de pareja se explora el grado de satisfacción en el aspecto afectivo que el paciente tiene con relación a su pareja, algunos reactivos ejemplos de esta área son: "Mi pareja y yo no nos llevamos tan bien como antes" (reactivo 116), "Me preocupa que mi pareja me vaya a dejar por estar infectado del VIH" (reactivo 124).

Confiabilidad:

Para conocer la consistencia interna del instrumento, es decir precisar la congruencia en los factores que conforman la estructura de la Escala de Calidad de Vida "EsCaViPS", se realizó un análisis de confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach, tanto para la escala completa como para cada una de sus dimensiones, este coeficiente produce valores que oscilan entre 0 y 1 (Carmines & Zeller, 1979), los resultados de confiabilidad de la escala "EsCaViPS" son :

Tabla 2
Coefficiente de Confiabilidad de "EsCaViPS"

Escala	Valor Alpha
Áreas	
Física	.9375
Interacción con el Equipo de Salud	.8254
Psicosocial	.9583
Sexual	.9324
Relación de Pareja	.8303
Total	.9559

Los puntajes muestran un alto grado de confiabilidad tanto para la escala de calidad de vida total como para cada una de las cinco áreas que se mantuvieron estables. Sólo el área de interacción con el equipo de salud mostró un valor ligeramente superior al moderado.

Los resultados de los procedimientos estadísticos de validez y confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida "EsCaViPS" permiten concluir que el instrumento resulta válido y confiable, traducido en lenguaje de fácil comprensión para población de habla castellana, la adaptación de esta escala

permitirá la evaluación de la calidad de vida de pacientes seropositivos al VIH/SIDA en población mexicana, y se espera adicionalmente que sea útil para la población hispana en población hispana en Estados Unidos y en toda Latinoamérica, afectada por el padecimiento (Véase Anexo 2).

Estudio 2: Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos en tres etapas clínicas.

La segunda fase de esta investigación tuvo como objetivo identificar las posibles diferencias en la calidad de vida de los pacientes en función del avance en las etapas de la seropositividad desde su diagnóstico. Para este propósito se realizó la aplicación de la escala de calidad de vida "EsCaViPS" en una muestra de 90 pacientes diagnosticados en tres diferentes etapas de avance de la condición seropositiva al VIH/SIDA.

Sujetos:

Los sujetos que participaron en este estudio conformaron tres muestras de pacientes con diagnóstico confirmado en alguna de las etapas clínicas de la enfermedad: 31 pacientes en la etapa inicial (A), 29 pacientes en la etapa intermedia y 30 pacientes en la etapa avanzada, y que cumplieran los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Los sujetos incluidos fueron mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado en alguna de las categorías de la condición seropositiva al VIH: (A) inicial, (B) intermedia y (C) avanzada, y que hubieran consentido su participación.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron de este estudio los pacientes que presentaban dificultad para confirmar su diagnóstico seropositivo al VIH, o que su condición de salud les impidiera contestar completamente la escala de calidad de vida "EsCaViPS".

Variables:

Variable Independiente: Si bien la naturaleza del estudio no permitiría hablar en estricto sentido de variables independientes y dependientes por carecerse de una intervención controlada, la propuesta de que el grado de deterioro de la calidad de vida ocurre como función del avance del padecimiento (en tres

etapas clínicas de la condición seropositiva) permitiría proponer que dicho avance podría fungir, para efectos lógicos, como variable independiente.

Variable Dependiente: De la misma manera, si se supone que el grado de deterioro en las medidas de calidad de vida, de las cinco áreas que comprende el instrumento, ocurren a partir del avance de la enfermedad para cada participante, se podría identificar a dicho deterioro como variable dependiente.

Instrumento:

Se empleo la escala de calidad de vida "HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES)" de Schag y cols. (1992) en su versión validada, confiabilizada y estandarizada al español "EsCaViPS". La escala de calidad de vida "EsCaViPS" consiste de 140 reactivos que se agrupan en cinco factores y evalúan la calidad de vida en las siguientes áreas: Física, Interacción con el Equipo de Salud, Psicosocial, Sexual y de Relación de Pareja. El perfil de la calidad de vida muestra, en principio, los aspectos afectados en cada una de las etapas de la enfermedad, el índice de deterioro está estimado en cuatro niveles ascendentes o valores escalares, del 1 (Leve) al 4 (Severo), siendo el cuatro el punto de mayor deterioro en la calidad de vida.

Diseño:

Se trató de un estudio ex-post-facto de tipo transversal, en el cual una condición estaba presente de antemano. En el presente caso, se busca identificar y tipificar sus posibles peculiaridades funcionales respecto de los valores escalares correspondientes.

Procedimiento:

En la segunda fase de esta investigación se aplicó la escala de calidad de vida "EsCaViPS" a una muestra de 90 pacientes diagnosticados como seropositivos al VIH en las diferentes etapas de la condición seropositiva. Para la aplicación de la escala de calidad de vida se solicitaba la colaboración de los médicos responsables de la atención de los pacientes seropositivos con el propósito de que nos indicaran de acuerdo con los criterios clínicos y de laboratorio, el diagnóstico confirmado de la etapa clínica en la que se encontraban los pacientes candidatos a participar en esta segunda fase de la investigación, posteriormente con cada uno de los pacientes que accedían a participar en este estudio, se realizaba una breve entrevista en la cual se les informaba el

carácter confidencial de cualquier dato personal que ellos proporcionaran, así mismo se aclaraba cualquier duda en relación al contenido de los reactivos, el tiempo promedio de la aplicación fue de 45 minutos, después de lo cual se agradecía la participación de los pacientes.

Procedimiento estadístico

Los resultados de esta aplicación se analizaron a través de un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar las posibles diferencias en el índice de deterioro de la calidad de vida de los pacientes seropositivos en relación con el avance progresivo de las etapas de la enfermedad.

Resultados:

Los 90 pacientes diagnosticados seropositivos al VIH/SIDA en las diferentes etapas de la enfermedad, a los cuales se aplicó la Escala de Calidad de Vida "EsCaViPS", tienen las siguientes características demográficas (Tabla 3):

Tabla 3

Etapla clínica:	Inicial (A1,A2,A3)	Intermedia (B1,B2,B3)	Avanzada (A1,A2,A3)
	31	30	29
Estado civil:			
Solteros	24	24	25
Casados	3	3	1
Viudos	0	1	0
Unión libre	1	0	0
Divorciados	1	0	1
No informaron	2	2	2
Ocupación:			
Profesionistas	12	9	10
Empleados	9	10	8
Comerciantes	2	2	1
Obreros	0	0	1
Otra actividad	2	2	0
Sin ocupación	2	3	1
No informaron	4	4	8

Etapas clínicas:	Inicial	Intermedia	Avanzada
Edad (en años):			
20-25	2	0	0
26-30	5	7	2
31-35	8	9	10
36-40	9	6	5
41-45	2	4	3
46-50	2	2	4
51-55	2	0	3
56-60	0	1	2
61-65	1	1	0

Perfiles de Calidad de Vida de los pacientes seropositivos.

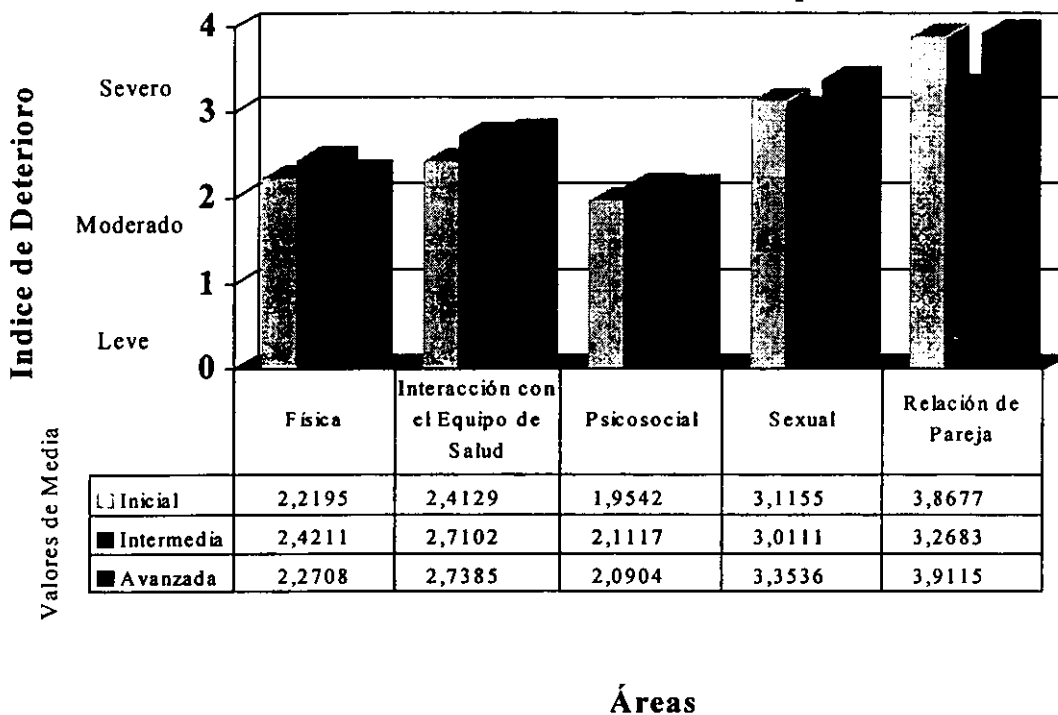
De la aplicación de la Escala de Calidad de Vida en pacientes seropositivos al VIH/SIDA, los datos mostraron (Tabla 4) que no existen diferencias estadísticamente significativas en las áreas que conforman la calidad de vida de los pacientes en relación con el avance progresivo de las etapas de la condición seropositiva.

Tabla 4 ANOVA

Factor	Grupo	N	Media	Desviación Estandar	F	Signif.
Físico	Inicial	31	2.2195	.8152	.4584	.6337
	Intermedia	30	2.4211	1.0034		
	Avanzada	29	2.2708	.9101		
Interacción Equipo de Salud	Inicial	31	2.4129	1.2865	.6289	.5353
	Intermedia	30	2.7102	1.4240		
	Avanzada	29	2.7385	1.3557		
Psicosocial	Inicial	31	1.9542	.6150	.5030	.6063
	Intermedia	30	2.1117	.8446		
	Avanzada	29	2.0904	.6697		
Sexual	Inicial	31	3.1155	.8503	.9082	.4067
	Intermedia	30	3.0111	1.0492		
	Avanzada	29	3.3536	.9880		
Relación de Pareja	Inicial	31	3.8677	1.2685	2.5453	.0836
	Intermedia	30	3.2683	1.4030		
	Avanzada	29	3.9115	1.27008		

Los perfiles descritos por cada muestra de pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad muestran el proceso de deterioro de la calidad de vida de los pacientes seropositivos, en cada una de las áreas se pueden observar algunos matices diferenciales en las áreas de la calidad de vida a lo largo del proceso de su condición seropositiva. (Figura 1). Esto sugiere que existe un deterioro progresivo en el funcionamiento global de los pacientes determinado la enfermedad.

Figura 1. **Calidad de Vida de los Pacientes Seropositivos a VIH/SIDA**



Área Física: El área física no presenta diferencias estadísticamente significativas, esta área comprende reactivos indicativos del estado de salud del paciente, la presencia de ciertos síntomas, las reacciones secundarias ante los medicamentos y el grado de incapacidad para realizar actividades cotidianas, laborales y de disfrutar de actividades recreativas. En esta área se puede observar que el deterioro físico mantiene un avance continuo a lo largo de la condición seropositiva afectando algunas de las principales capacidades y funciones de los pacientes.

Área de Interacción con el equipo de salud: No ocurrieron diferencias estadísticamente significativas en relación a la calidad de vida y la interacción con el equipo de atención médica. En esta área se exploran aspectos referentes a la relación médico-paciente y cómo esta contribuye a la efectividad de tratamiento y a la satisfacción del paciente con la atención y trato que se le brinda. De ella se derivan aspectos en la actuación profesional del equipo de salud relacionados con la adherencia terapéutica.

Área Psicosocial: No hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al área psicosocial y la calidad de vida de los pacientes, en esta área se encuentran integrados los principales aspectos emocionales, tales como: ansiedad, depresión, temores y preocupaciones, autoconcepto y algunos aspectos de interacción social. Aún cuando no se mostraron diferencias cuantitativas significativas, el análisis cualitativo integra factores que ilustran la manera en que el paciente está afrontando su condición seropositiva. Su evaluación permitiría instrumentar medidas psicoterapéuticas que favorezcan la adaptación funcional.

Área Sexual: No se dieron diferencias estadísticamente significativas en relación al área sexual y la calidad de vida en los pacientes en las diferentes etapas de la condición seropositiva, incluyendo el interés sexual, la presencia de disfunciones sexuales, y la habilidad para establecer nuevas relaciones de pareja. Es el área sexual una de las que muestran el mayor índice de deterioro en la calidad de vida, y es de las primeras afectadas dada su relación directa como vía de contagio, se convierte en punto de preocupación inmediata, con efectos en la alteración de las prácticas sexuales. En la mayoría de los pacientes hay el temor de infectar a otros y de reinfectarse a sí mismos.

Área de Relación de Pareja: No ocurrieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la relación de pareja y la calidad de vida de los pacientes seropositivos. El área se integran aspectos como: comunicación, expresiones afectivas e interacción de pareja. Junto con el área sexual, esta área refleja el efecto de la condición seropositiva en la interacción con personas significativas para el paciente. La reacción de otros hacia la condición seropositiva se convierte en un factor que influye fuertemente en el estado de calidad de vida.

Estudio 3: Efectos de un Programa de Mejoramiento de Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos al VIH / SIDA

El objetivo de la tercera fase de esta investigación consistió en evaluar la efectividad de un programa con componentes psicoterapéuticos y educativos enfocados a mejorar la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH / SIDA. Esta intervención se instrumentó en una muestra de 30 pacientes diagnosticados en las diferentes etapas clínicas del padecimiento.

Sujetos:

Los sujetos que participaron en este estudio conformaron una muestra de 30 pacientes con diagnóstico confirmado de alguna de las etapas clínicas de la condición seropositiva al VIH/SIDA (A) inicial, (B) intermedia y (C) avanzada, reclutados de las diferentes Instituciones que colaboraron en este proyecto: Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, Hospital de Infectología del Centro Médico, "La Raza" y Hospital "Gabriel Mancera", ambos del IMSS.

Criterios de inclusión:

Los sujetos incluidos fueron mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado en alguna de las categorías de la condición seropositiva al VIH/SIDA: (A) inicial, (B) intermedia y (C) avanzada, y que hubieran consentido en participar.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron de este estudio a los pacientes que presentaban dificultad para confirmar su diagnóstico seropositivo al VIH, o que su condición de salud les impidiera concluir completamente su participación en el programa psicoterapéutico.

Variables:

Variable Independiente: La estructura, los procedimientos y las técnicas terapéuticas empleadas en la instrumentación del programa psicoterapéutico enfocado a mejorar la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA (Veáse Anexo 3)..

Variable Dependiente: Magnitud de la diferencia y consistencia de los cambios en puntajes de la escala de calidad de vida "EsCaViPS" y en una serie de categorías conductuales de adaptación y competencia, antes y después del tratamiento (Véase Anexo 4).

Diseño:

Se empleo un diseño de línea base múltiple a través de dos grupos (por el agrupamiento de datos, aunque el tratamiento se administró individualmente), y se determinó el porcentaje de cambio en puntajes y conductas relativas a calidad de vida de los pacientes seropositivos antes y después de su participación en el Programa psicoterapéutico. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a dos submuestras de 15 sujetos cada una.

Procedimiento:

Para la instrumentación del "Programa psicoterapéutico educativo enfocado a mejorar la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH / SIDA", se solicitaba la colaboración de los médicos responsables de la atención de los pacientes seropositivos con el propósito de que nos refirieran a los posibles candidatos a participar en esta tercera fase de la investigación, posteriormente, con cada uno de los pacientes que accedían a participar en este programa se realizaba una breve entrevista en la cual se les informaba el carácter confidencial de cualquier dato personal que ellos proporcionaran, así mismo se aclaraba cualquier duda en relación a su participación, se les explicaba que la intervención psicoterapéutica educativa era de tipo individual y se les pedía que acudieran a una serie de sesiones psicoterapéuticas por un periodo de ocho semanas. Se les especificaba que cada sesión tendría una duración de una hora a la semana, y se les solicitaba el completamiento al inicio y final del programa de la escala de calidad de vida "EsCaViPS", con el propósito de documentar con mayor precisión la efectividad del "Programa psicoterapéutico educativo enfocado a mejorar la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH / SIDA", se integró a esta intervención un registro conductual identificando específicamente algunas de las conductas asociadas con los indicadores de la escala de calidad de vida "EsCaViPS" y de acuerdo con las áreas evaluadas en este mismo programa, se pidió a los pacientes que realizarán un registro personal en una tarjeta de monitoreo conductual sobre algunas de las actividades diarias más frecuentes (Véase Anexo 5). Al finalizar del programa se agradecía la participación de los pacientes.

Análisis estadístico

Los resultados de esta aplicación se analizaron a través de una prueba t de student, la cual permite conocer las posibles diferencias en el índice de deterioro de la calidad de vida de los pacientes seropositivos y en el cambio conductual antes y después de su participación en el programa psicoterapéutico educativo enfocado a mejorar su calidad de vida..

Resultados:

Los 30 pacientes diagnosticados seropositivos al VIH/SIDA en las diferentes etapas de la enfermedad, que participaron en esta fase del estudio, tienen las siguientes características demográficas (Tabla 5):

Tabla 5

Etapla clínica:	Inicial	Intermedia Avanzada	
	(A1,A2,A3)	(B1,B2,B3)	(A1,A2,A3)
	13	13	4
Estado civil:			
Solteros	10	11	4
Casados	2	2	0
Unión libre	1	0	0
Ocupación:			
Profesionistas	3	4	2
Empleados	6	4	2
Comerciantes	1	1	0
Otra actividad	2	1	0
Sin ocupación	1	6	0
Edad (en años):			
20-25	0	1	0
26-30	0	1	1
31-35	3	4	2
36-40	5	3	0
41-45	2	1	0
46-50	2	2	0
51-55	1	0	1
56-60	0	1	0

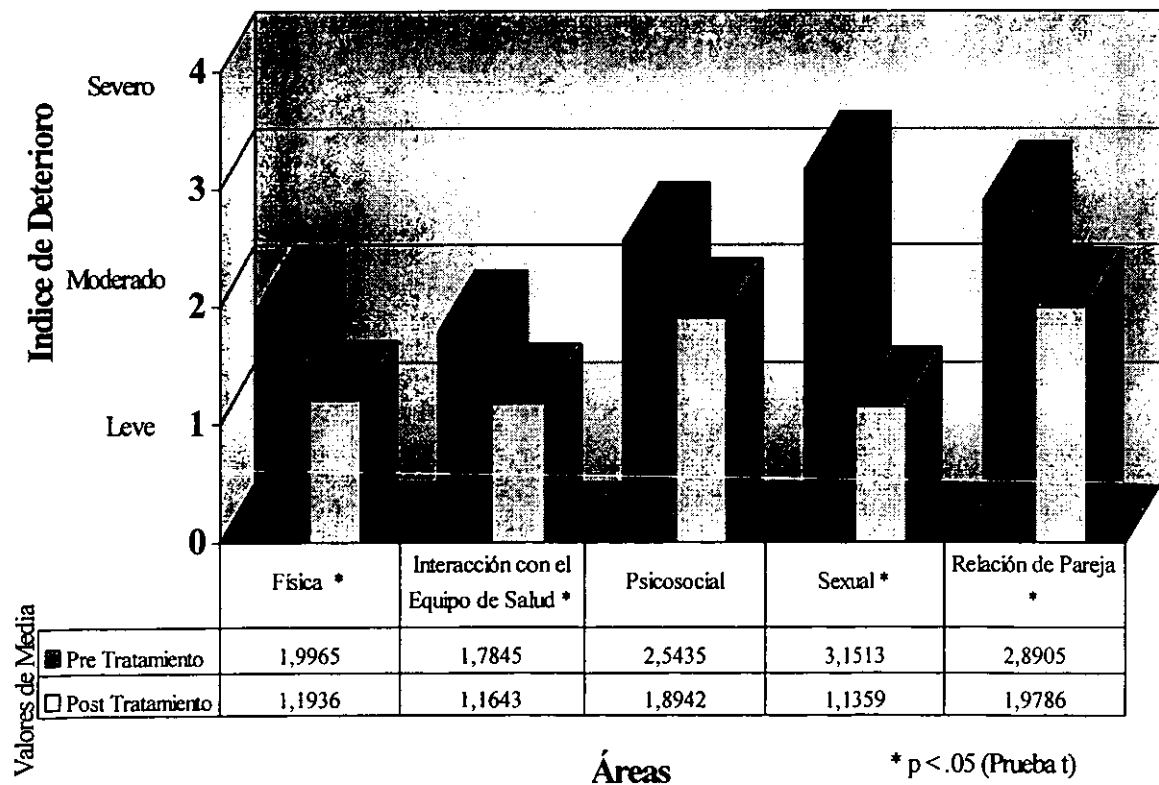
Los resultados de esta tercera fase del estudio muestran diferencias estadísticamente significativas en los incrementos de cuatro de las cinco áreas que conforman el constructo calidad de vida (Tabla 6).

Tabla 6 Prueba t de Student

Factor	Condición	N	Media	Desviación Estándar	Valor t	Grados De Libertad	F	Signif.
Físico	Pre Tratamiento	30	1.9965	.9638	3.288	29	.109	.002
	Post Tratamiento	30	1.1936	.9271				
Interacción Equipo de Salud	Pre Tratamiento	30	1.7845	.6670	3.575	29	.055	.001
	Post Tratamiento	30	1.1643	.6767				
Psicosocial	Pre Tratamiento	30	2.5435	1.6224	1.640	29	2.554	.106
	Post Tratamiento	30	1.8942	1.4390				
Sexual	Pre Tratamiento	30	3.1513	1.4633	6.438	29	9.604	.000
	Post Tratamiento	30	1.1359	.8936				
Relación de Pareja	Pre Tratamiento	30	2.8905	.8388	.2277	29	.135	.000
	Post Tratamiento	30	1.9786	.9232				

Las áreas que mostraron cambios significativos son: la física, de interacción con el equipo de salud, sexual y de relación de pareja, no encontrándose diferencias significativas en el conjunto de factores contenidos en el área psicosocial. Los pacientes seropositivos refieren de acuerdo con estos resultados una mejoría que puede acreditarse a su participación en el programa psicoterapéutico educativo, los efectos específicos de cada una de las áreas son descritos en forma más precisa en las siguientes figuras (Figura 2).

Figura 2. Reducción del Deterioro de la Calidad de Vida en los Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA

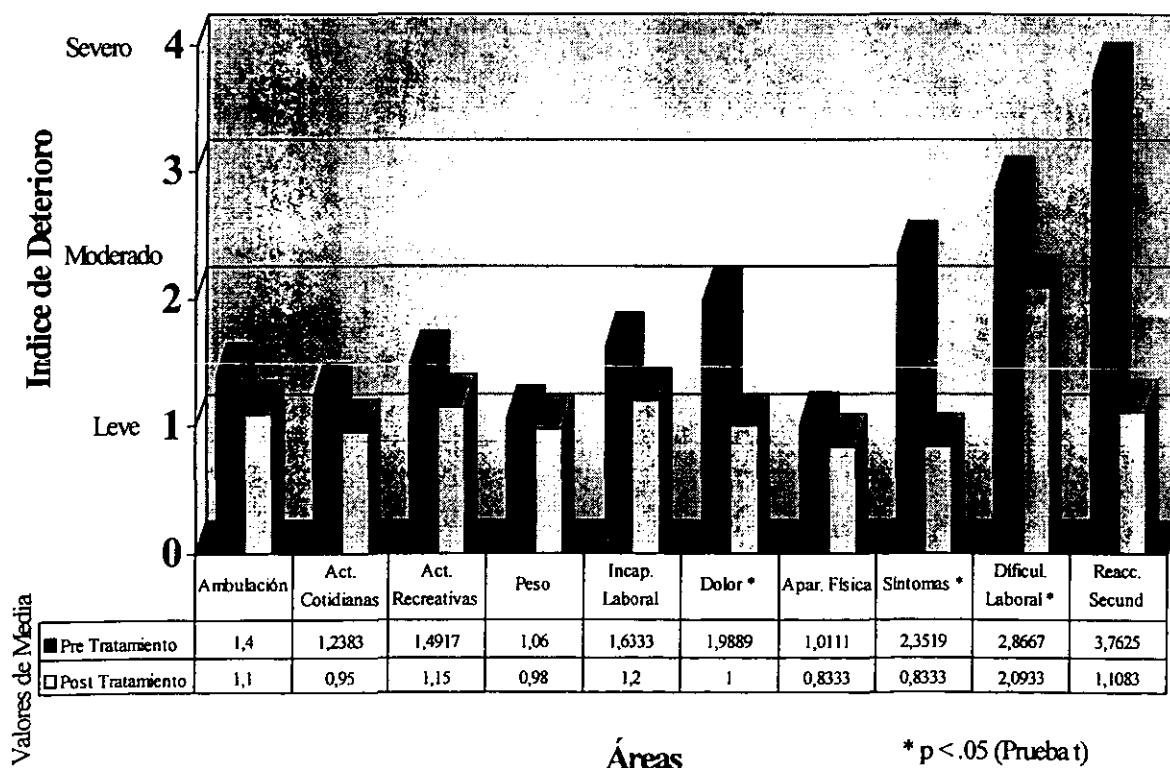


Área Física:

En esta área ocurrieron mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes antes y después de su participación en el programa psicoterapéutico.

La figura 3 muestra los 10 factores contenidos en el área física, y el cambio registrado en cada uno de estos indicadores, destaca el grado significativo de reducción en: dolor, presencia de nuevos síntomas, dificultad para realizar actividades laborales y reacciones secundarias a medicamentos. Mejoraron aunque no significativamente: ambulación, capacidad para realizar actividades cotidianas y recreativas, incapacidad laboral y apariencia física. El peso corporal mostró una ligera disminución.

Figura 3. Reducción del Deterioro Físico en los Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA

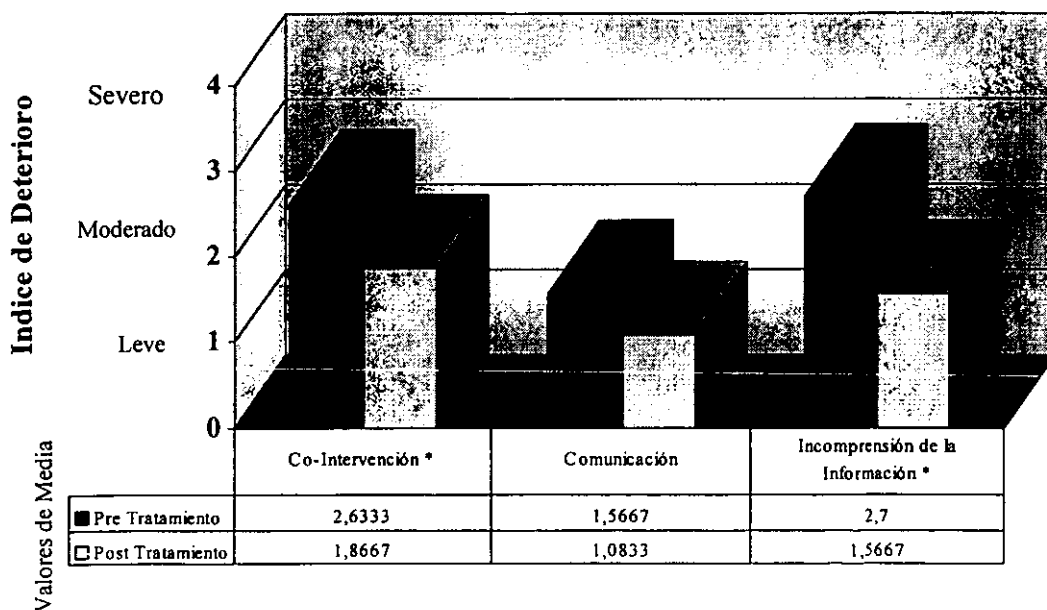


Área de Interacción con el Equipo de Salud:

Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en la relación a la calidad de vida de los pacientes seropositivos antes y después de su participación en el programa psicoterapéutico.

La figura 4 muestran los tres factores que conforman el área de interacción con el equipo de salud, de los cuales se registro modificación significativa en los indicadores de co-intervención en el tratamiento y comprensión de la información, el grado de comunicación mejoró sin mostrar significancia estadística.

Figura 4. Reducción del Deterioro en la Interacción con el Equipo de Salud en los Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA



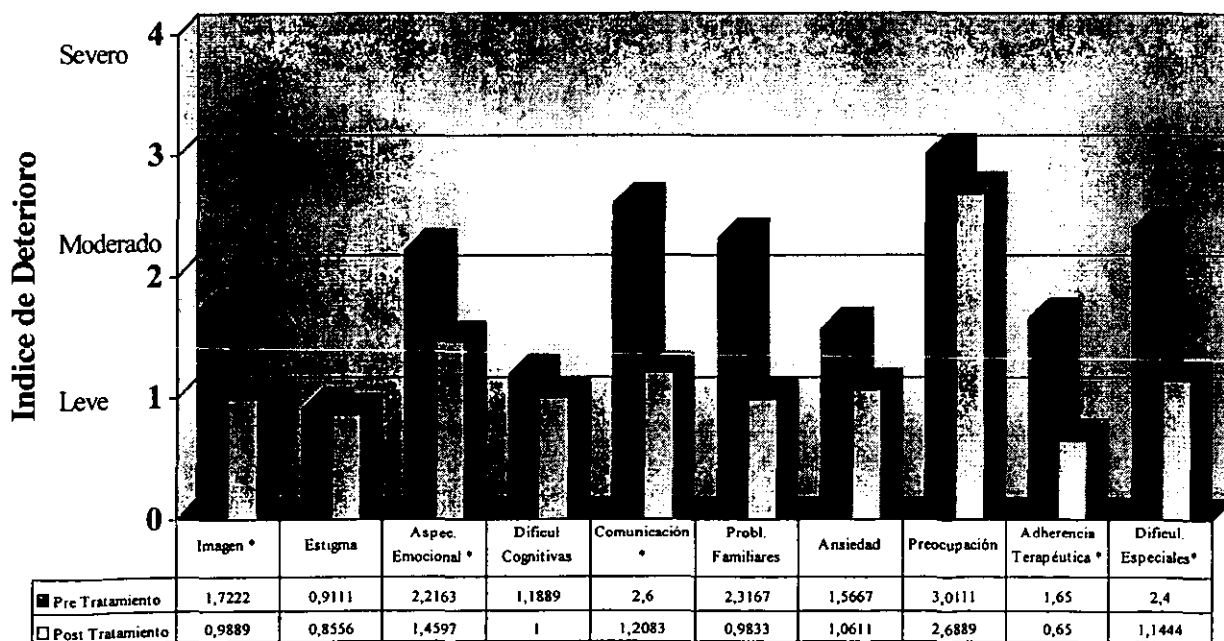
Áreas

* p < .05 (Prueba t)

La figura 5 muestra los efectos en los diez factores del Área Psicosocial.

Aunque mostró mejoría en todos los indicadores, en conjunto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se registró cambio significativo en los indicadores de imagen corporal, reacciones emocionales, comunicación con parientes y amigos, adherencia al tratamiento, resolución de problemas con servicios especiales, manteniéndose con poco cambio los factores: estigma, dificultades cognitivas, problemas con familiares, ansiedad ante situaciones médicas y preocupaciones relativas a la enfermedad.

Figura 5. Reducción del Deterioro Psicosocial en los Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA



Valores de Media

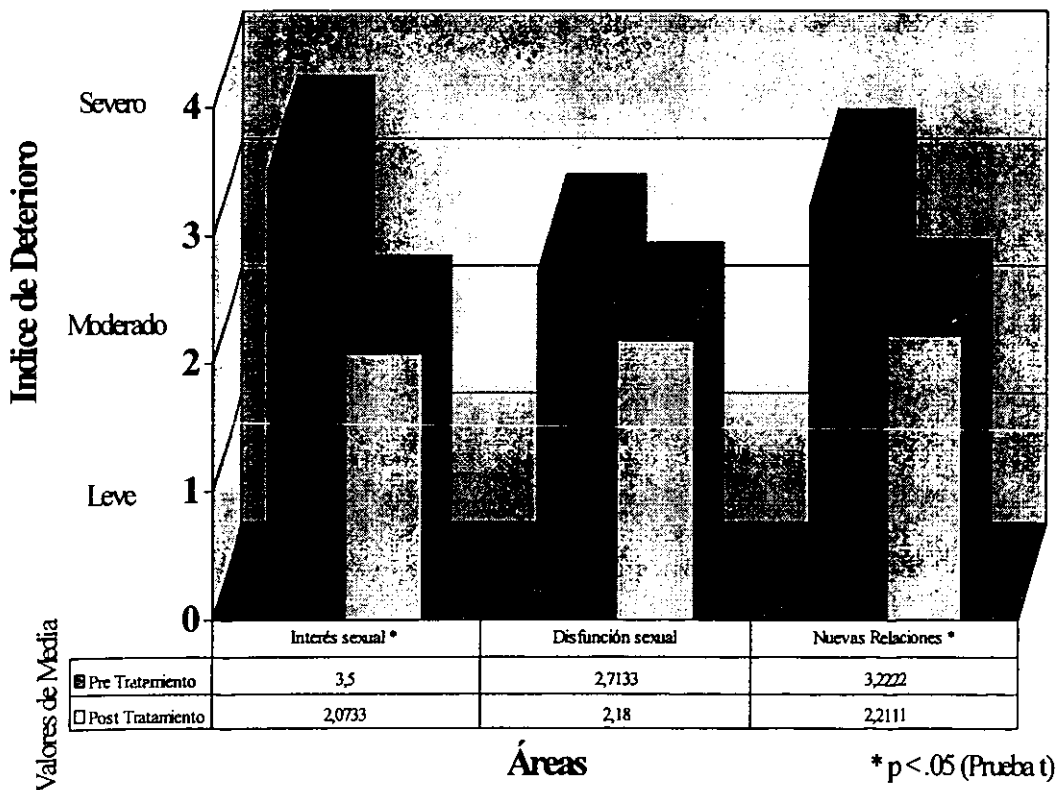
Áreas

* $p < .05$ (Prueba t)

Área Sexual:

El área sexual mostró mejoría estadísticamente significativa en relación a la calidad de vida de los pacientes seropositivos antes y después de participar en el programa psicoterapéutico, los factores comprendidos son el interés sexual y en el establecimiento de nuevas relaciones, sin embargo el factor que se refiere a las disfunciones sexuales mejoró sin llegar a un valor estadísticamente significativo (Figura 6).

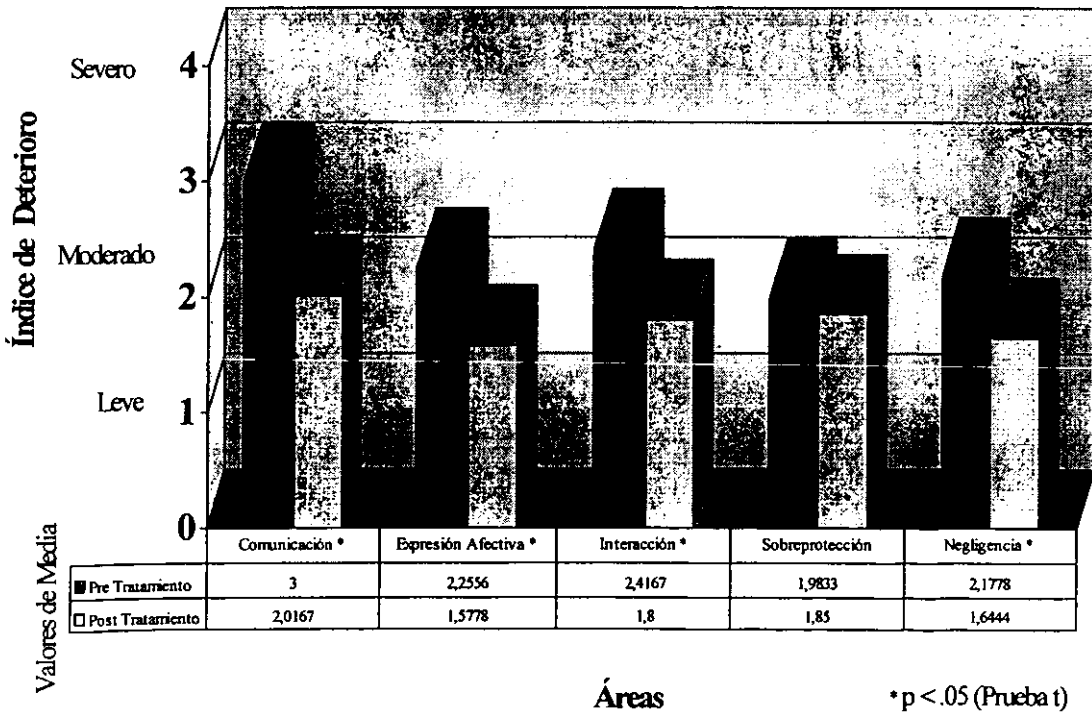
Figura 6. **Reducción del Deterioro de Sexual en los Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA**



Área de Relación de Pareja:

Por último en el área de relaciones significativas se encontraron diferencias con significación estadística en relación a la calidad de vida de los pacientes que participaron el programa psicoterapéutico, los factores contenidos en esta área son: comunicación con la pareja, interacción y expresión afectiva con la pareja, negligencia de la pareja en el cuidado del paciente sin llegar a la significación estadística, también hubo mejoría en el factor de sobreprotección de la pareja en el cuidado del paciente (Figura 7).

Figura 7. Reducción del Deterioro en la Relación de Pareja en los Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA



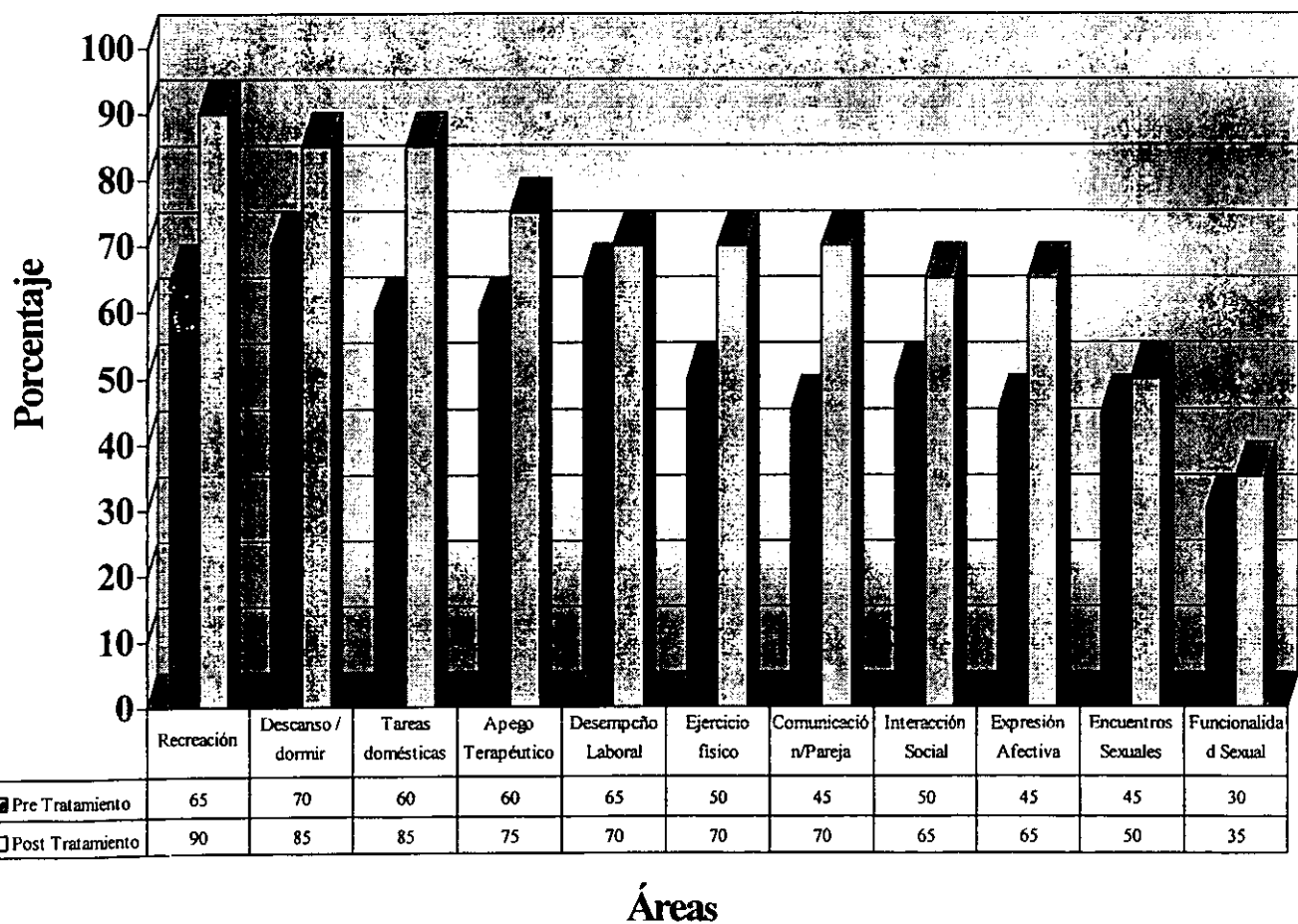
En relación a los cambios conductuales registrados antes y después de la participación de los pacientes seropositivos al VIH/ SIDA en el programa psicoterapéutico educativo, los resultados muestran una modificación significativa en el conjunto de conductas evaluadas a través del monitoreo cotidiano realizado antes y después de su participación en el programa (Tabla 7).

Tabla 7 Prueba t de Student

Registro Conductual	N	Media	Desviación Estándar	Valor t	Grados de Libertad	F	Signif.
Pre-Tratamiento	11	3.6364	.869				
Post-Tratamiento	11	4.8636	1.142	6.71	10	.852	.000

La figura 8 muestra los cambios del pre al post-tratamiento en las once categorías de autoregistro conductual. Los datos se presentan en términos de porcentajes derivados de las frecuencias de conducta observadas antes del tratamiento y después de concluido éste. La abscisa enlista las categorías conductuales ordenadas del mayor al menor porcentaje de cambio. Se seleccionó ordenar los datos como puntos unidos por líneas a pesar de no tratarse de la misma categoría, con objeto de denotar al área entre las dos líneas como la proporción de aumento o "ganancia" para cada una de ellas y para facilitar su apreciación visual. Las tres primeras categorías: recreación, comunicación de pareja y realización de tareas domésticas mostraron un aumento de 25%. Las siguientes dos: ejercicio físico y expresión afectiva aumentaron 20%. Las siguientes tres: descanso/dormir, apego terapéutico e interacción social arrojaron ganancias de 15% y las últimas dos que mostraron aumento: desempeño laboral y número de encuentros sexuales lo hicieron en el orden del 5%. La categoría relativa a disfunciones sexuales mostró un cambio en sentido de empeorar, del 5%.

Figura 8. Aumento Porcentual de Conductas de Autocuidado y Bienestar en Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA



Valores de Media

Capítulo 5

Discusión

Discusión

Como se ha reconocido por algunos autores dedicados al estudio de la calidad de vida, la salud constituye un determinante y factor aglutinante de los componentes de la misma (Bowling, 1992; Font, 1988; Kaplan, 1985; Moreno & Ximénez, 1996; Torrance, 1987; Ware, Brook, Davies & Lohr, 1981). Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida con relación a la salud se han incluido el estudio de las incapacidades que producen algunos trastornos los efectos secundarios de los tratamientos así como de los efectos del estado emocional de los pacientes. Los resultados de estas investigaciones han revelado el alto costo económico y social que representa el tratamiento de estos padecimientos (Isacsson, 1994; Ringdal, Ringdal, Kvinnsland & Göttestam, 1994).

A partir de los resultados obtenidos en los tres estudios que conforman esta investigación se puede considerar lo siguiente:

Una de los hallazgos de este estudio a la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, lo constituye la instrumentación del "Programa psicoterapéutico educativo enfocado a mejorar la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA", esta intervención permitió mejorar el bienestar de los pacientes en las diferentes áreas que conforman el constructo calidad de vida.

La participación de los pacientes seropositivos en este programa psicoterapéutico les facilitó la adquisición de habilidades cognoscitivas y conductuales de afrontamiento que les permiten una mayor y mejor capacidad de respuestas adaptativas.

Los pacientes seropositivos que participaron en este programa mostraron mejoría en su condición física a través de una mayor tolerancia del dolor, la disminución de reacciones secundarias a medicamentos, y la recuperación moderada de algunas de capacidades para realizar actividades cotidianas y recreativas, asimismo en su interacción con el equipo de salud, los pacientes seropositivos mostraron una mayor comprensión de las indicaciones médicas lo que contribuyó de manera significativa en su apego al tratamiento. El entrenamiento de recursos psicológicos y habilidades sociales a través de técnicas cognoscitivas y conductuales, atenuaron algunas de las respuestas emocionales ante la condición seropositiva, y de esta manera mejoraron una de las áreas que conlleva una amplia gama de reacciones interpersonales en

los ámbitos familiar, laboral, de relación de pareja y con los amigos (Bayés, 1994; Rossi, 1993). En armonía con los resultados referidos por la evaluación de la calidad de vida de los pacientes seropositivos que participaron en este programa, el autoregistro conductual mostró los beneficios reportados por los pacientes en su condición pre y post a su participación; las áreas que conformaron este monitoreo nos permite destacar que los cambios de mejoría oscilan en un orden del 5 al 25% en las categorías de: recreación, comunicación con la pareja, labores cotidianas, ejercicio físico, expresión afectiva, descanso satisfactorio, apego al tratamiento, interacción social, desempeño laboral y número de encuentros sexuales, siendo únicamente la categoría de funcionamiento sexual, en la que los pacientes refirieron un disminución del 5%.

Por otra parte, una contribución adicional de esta investigación al estudio de la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA consistió en la validación confiabilidad y adaptación de la escala de calidad de vida "EsCaViPS" en población mexicana, esta escala posee las propiedades psicométricas adecuadas para utilizarse en investigaciones que evalúen calidad de vida en relación con otros factores en pacientes seropositivos.

En relación al empleo de la escala de calidad de vida "EsCaViPS", a fin de determinar el índice de deterioro de la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA, algunas de las principales conclusiones de este estudio nos permiten identificar y describir los aspectos más sobresalientes de la condición seropositiva:

Los perfiles de la calidad de vida descritos en las diferentes etapas de la enfermedad se comportan de forma similar, lo que parece mostrar que el proceso de deterioro de la calidad de vida en los pacientes seropositivos describe tendencias relativamente uniformes y graduales a medida que se avanza en las etapas clínicas de la enfermedad.

En el área física se pudo observar que el deterioro físico mantiene un avance continuo a lo largo de la condición seropositiva afectando gradualmente algunas de las principales capacidades y funciones de los pacientes.

En relación a la calidad de vida y la interacción con el equipo de atención médica, se derivan aspectos en la actuación profesional del equipo de salud relacionados con la adherencia terapéutica, destacando la evidencia de que la relación médico-paciente contribuye de manera significativa a la efectividad

de tratamiento y a la satisfacción del paciente con la atención y trato que se le brinda.

El análisis de los factores contenidos en el área psicosocial ilustra la manera en que los pacientes afrontan su condición seropositiva, y su evaluación permitió la instrumentación de medidas psicoterapéuticas y educativas empleadas en la intervención propuesta esta en este estudio.

El área sexual fue una de las áreas que mostró el mayor índice de deterioro en la calidad de vida, y es considerada de las primeras afectadas dada su relación directa como vía de contagio, por lo que se convierte en punto de preocupación inmediata y constante desde el momento del conocimiento de la condición seropositiva, alterando las practicas sexuales, se observo además que en la mayoría de los pacientes hay el temor de infectar a otros y de reinfectarse a sí mismos.

Junto con el área sexual, el área de relación de pareja refleja para el paciente el efecto de la condición seropositiva en la interacción con personas significativas, mostrando que la reacción de otros hacia la condición seropositiva se convierte en un factor que influye fuertemente en el estado de calidad de vida (Bayés, 1994).

Por otra parte es importante considerar algunos de los principales aspectos cualitativos de la condición seropositiva que se han podido evaluar a través de las entrevistas clínicas y que se verifican en el siguiente análisis:

En la mayoría de los pacientes se manifiesta una gran ansiedad ante el avance de la enfermedad, la presencia de molestias físicas, la pérdida de capacidades y las reacciones secundarias provocadas por los medicamentos así como las situaciones que le refieren al paciente información adversa, por ejemplo el conocer la relación entre el número de células CD4 y su carga viral o la presencia de algunos signos nuevos de la enfermedad, le pudieran hacer pensar que su tratamiento no esta funcionando adecuadamente y convertirse esta situación en una fuente de constante preocupación para el paciente.

Algunos pacientes muestran dificultades cognoscitivas provocadas por estados de ansiedad o depresión que no les permiten concentrarse en sus actividades cotidianas, asimismo se ha observado que junto con la ansiedad algunos pacientes presentan frecuentes quejas de naturaleza psicosomática por lo cual se ven obligados a descuidar sus actividades para acudir al hospital a recibir

tratamiento médico o a internarse por algunos días y en determinados casos, debido al avance de la enfermedad, permanecer por períodos prolongados.

En su interacción con el equipo médico algunos pacientes encuentran dificultad para comunicarse, les resulta difícil hablar sobre nuevos síntomas y dudas que les surgen al respecto de su estado, así como comprender lo que se les informa sobre su enfermedad, lo que impide a su vez que puedan conocer más sobre su estado clínico, y cooperar de manera efectiva con su auto cuidado, por lo que resulta sumamente importante el promover una buena relación médico-paciente que contribuya a la adherencia terapéutica y que tenga como fin una mayor efectividad del tratamiento.

El saberse en la condición seropositiva sin duda conlleva un fuerte impacto emocional. Dado el conjunto de aspectos involucrados en este estado, el paciente vera reflejado en los cambios en su apariencia física evidentes como en el caso de la pérdida de peso, esta modificación en la percepción de su imagen corporal incide en la autoestima y se manifiesta a través de la inseguridad, vergüenza, molestia, e impotencia que siente el paciente ante una serie de alteraciones ante las cuales poco o nada puede hacer.

En el terreno de la interacción social ha quedado manifiesto que el paciente teme tanto a la respuesta de otros hacia sí mismo, como a las consecuencias de su enfermedad; en muchos de los casos la familia, el grupo de compañeros de trabajo y los amigos aún cercanos no están enterados de su situación. Algunos de estos pacientes tratan por todos los medios de ocultar su condición seropositiva, lo que envuelve todo un continuo estado de incertidumbre por el temor a ser descubiertos, y algunos inventan excusas en relación a su estado de salud y a su necesidad de acudir frecuentemente a recibir atención médica,

Dado que la infección de la enfermedad está asociada al ejercicio de la sexualidad, algunos pacientes experimentan sentimientos de culpa relacionados con el placer que esta produce, la mayoría de los pacientes presentan disfunción sexual, algunos experimentan períodos de impotencia o inhibición sexual, también es posible que algunos de ellos rechacen participar en cualquier actividad sexual debido al temor de contagiar a otros o de reinfectarse ellos mismos. Sin embargo, es frecuente observar que algunos pacientes parecen encontrarse enojados por estar infectados con el VIH, e incluso en casos extremos continúan teniendo relaciones sexuales con el mayor número de parejas posible, ya que de esa manera afectarán a otros, descargando su ira por haber sido infectados. Asimismo, algunos de estos

pacientes desconocen que esta acción los expone al riesgo de ser reinfectados por lo que tal conducta en realidad se convierte en autodestructiva.

Existen diversos factores situacionales en relación a la pareja sexual, en algunos casos la pareja que infectó muere, en otros, al enterarse de la condición seropositiva de la pareja, se termina la relación, y en este último caso aunado al impacto emocional del conocimiento de la enfermedad, se sufre una pérdida adicional. En otros casos la relación de pareja se conserva, sin embargo, es probable experimentar una serie de dificultades tales como: problemas en la comunicación, en las muestra de afecto y pudieran darse los extremos en el cuidado de la persona enferma tanto, de sobreprotección como de negligencia.

Uno de los aspectos más importantes es el psicosocial, en este sentido se puede observar como los pacientes transitan por las diferentes etapas emocionales. Algunos manifiestan conductas agresivas, muestran enojo hacia los demás o hacia sí mismos por encontrarse infectados, el paciente se muestra irritable, es una fase muy complicada, no sólo para el paciente sino también para la familia y las personas cercanas a él.

En la mayoría de los casos el paciente se siente deprimido, al encontrarse en esta etapa le es difícil comunicarse e interactuar con familiares y amigos, hablar sobre lo que piensa o siente, y en ocasiones temiendo el rechazo no externa su necesidad de compañía. Sufre por sus pérdidas, principalmente la salud, el trabajo, los amigos; en algunos casos la tristeza de ver amigos que llegaron a enfermarse y morir, lo conduce a una condición de depresión más profunda.

Algunos pacientes niegan la evidente condición seropositiva o el avance de su enfermedad, pues a pesar de encontrarse hospitalizados, mencionan que no les han dado un diagnóstico confirmatorio de estar infectados, algunos llegan a morir negando la enfermedad.

Finalmente la etapa que es deseable que los pacientes alcancen es la aceptación de su condición seropositiva, esta se manifiesta en algunos pacientes incluso los que se encuentran en la fase (C), los pacientes llegan a replantearse un proyecto de vida, empiezan a modificar sus planes adaptándose a su condición y se proponen alcanzar objetivos fijados, por ejemplo, en el aspecto de pareja pueden llegar a establecer nuevas relaciones, en las cuales tratan de encontrar una relación estable.

Como resultado de la evaluación cuantitativa y clínica se puede comprender que la experiencia seropositiva implica una variedad infinita de diversas reacciones que solo pueden ser interpretadas adecuadamente conociendo las historias individuales de cada uno de los pacientes, lo cual hace evidente la necesidad de instrumentar un programa psicoterapéutico enfocado a incrementar la calidad de vida de estos pacientes de acuerdo con las áreas en las cuales se perciba que existe un mayor nivel de deterioro.

Los resultados obtenidos en este trabajo podrían servir de base para futuras investigaciones las cuales podrían orientarse a la estructuración de una forma abreviada de la escala de calidad de vida "EsCaViPS", lo cual facilitara su aplicación, registro de las respuestas y análisis de los resultados. Un aspecto que resultaría importante integrar en estudios posteriores se refiere a identificar las diferencias en el impacto de la condición seropositiva en la calidad de vida entre hombres y mujeres. También resultaría muy valioso conocer la influencia de factores de tipo cultural en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes seropositivos mediante la comparación de diferentes grupos sociales.

En relación a los programas de intervención psicoterapéutica resultaría conveniente evaluar el efecto psicoterapéutico de distintos modelos de intervención, por ejemplo, considerando la conveniencia de integrar la atención grupal de los pacientes seropositivos.

Asimismo se podrían incorporar en una intervención integral las contribuciones de otros profesionistas de la salud como son trabajadores sociales, enfermeras y tanatólogos quienes se han ocupado directamente de asistir a los pacientes seropositivo y de dar atención a familiares y amigos de estos pacientes.

Trabajos posteriores también podrían enfocarse a la instrumentación de programas preventivos en donde se enfatice la manera en que es alterada la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH y la de sus allegados.

Se puede concluir que este estudio ha permitido integrar una mayor comprensión de los elementos que conforman la calidad de vida de los pacientes seropositivos, y asimismo reconocer que los resultados de este tipo investigaciones revelan la importancia de los factores psicosociales en el tratamiento de padecimientos como la condición seropositiva lo cual coincide con la posición de Isacson (1994) Ringdal, Ringdal, Kvinnsland y Göttestam (1994).

Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Abbey, A. D. & Andrews, F. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. Social Indicators Research, 16, 1-34.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L. & Ganz, P. A. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services and others health research. Quality of Life Research, 3, 365-371.
- Andrews, F. M. & Whitey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality, Nueva York: Plenum Press.
- Arranz, P. & Albornoz, C. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(2), 183-191.
- Bagne, C. A., Luscombe, F. A. & Damiano, A. (1995). Relationship between glycemic control, diabetes-related symptoms, and SF-36 Health Survey, scales scores in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. Quality of Life Research, 4, 393-394.
- Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de SIDA en situación terminal: Enfoque multidisciplinario. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(2), 201-208.
- Bayés, R. (1994). SIDA y Psicología: Realidad y perspectivas. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(2), 125-127.
- Blanco, A. & Chacón, F.(1986). La evaluación de la Calidad de Vida. En J. Morales. (Ed). Psicología Social Aplicada. Bilbao, España, 183-210.
- Bonet, R., Ferrer, M. J. & Vilajoana, J. C. (1994). Estrategias de grupo y SIDA: Ayuda mutua. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(2),193-200.
- Boletín SIDA / ETS (2000). Situación del Sida hasta el 1o de Diciembre del 2000, México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
- Bowling, A. (1992). Measuring health: A review of quality of life measurement scales. London: Open University Press.

Borrás, F. X. (1994). SIDA: Aportaciones desde la psiconeuro-inmunología. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(2), 225-229.

Bradburn, N. (1969). The structure of psychological well-being, Chicago: Aldine.

Bradburn, N. & Caplovitz, D. (1965). Reports on happiness, Chicago: Aldine.

Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of Health: Physical, mental and social well-being. In M.C. Nussbaum & S. Amartya (Eds.). The Quality of Life. New York: Oxford University Press, Inc.

Bryant, F. B. & Veroff, J. (1984). Dimensions of subjective mental health in American men and women. Journal of Personality and Social Psychology, 43(4), 653-673.

Burgess, A. P., Dayer, M., Catalan, J. Hawkins, D. & Gazzard, B. (1993). The reliability and validity of two HIV-specific health-related Quality of Life measures: A preliminary analysis. AIDS, 7(7), 1001-1008.

Bybjerg, I. (1983). AIDS in a Danish surgeon (Zaire,1976), Lancet, 1, 78-89.

Cahn, P., Cahn, R., Casiro, A., Goodking, K., Maglio, F., Maldavski, C., Mangone, C., Noguero, B., Pagano, M., Pérez, H., Soriano, A. & Sumay, A. (1992). PSIDA; Un Enfoque Integral. Argentina: Paidós.

Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. (1976). The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions, New York: Ruseell Sage Foundation.

Cantril, H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers Univ. Press.

Carmines, E. G. & Zeller, R. A. (1979). Reliability and validity assessment. Beverly Hill, CA: Sage Publications, Inc. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. Vol. 17.

Casillas, E. (1989). Nuevo enfoque de una Epidemia. Información científica y tecnológica, 11 (148).

Cleary, P., Fowler, F., Weissman, J., Massagli, M. P., Wilson, Y., Seage, G. R., Gatsonis, C. & Epstein, A. (1993). Health-related quality of life in persons with acquired immunodeficiency syndrome. Medical Care, 31(7), 569-580.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 668-678.

Cunningham, A. J., Edmonds, C. V., Hampson, A. W. & Hanson, H. (1991). A group psychoeducational program to help cancer patients cope with and combat their disease. Advances, 7(3), 41-56.

Day, R. L. (1987). Relationships between life satisfaction and consumers satisfaction. In A. Coskum Samli (Ed.). *Marketing and the quality of life interface*, New York: Quorum Books.

Diaz-Guerrero, R. (1986) *El ecosistema sociocultural y la calidad de vida*. México, D.F.: Ed. Trillas.

Díaz, L. (1992). Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. *La psicología social en México*, México, D.F.

DeVita, V., Hellman, S. & Rosenberg, S. (1990) *SIDA, Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*. España: Salvat Editores.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542-575.

Diener, E., Larsen, R. Levine, S. & Emmons R. (1985). Intensity and frequency dimensions underlying positive and negative affect. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 580-592.

Dupuy, H. J. (1978). Self representations of general psychological well-being of American adults. En R. Kamman, M. Farry, & P. Herbison, (1984). *The analysis and measurement of happiness as a sense of well-being*. Social Indicators Research.

Durham, J. & Cohen, F. (1994). *Pacientes con SIDA: Cuidados de enfermería*. México, D.F.: Manual Moderno.

Faugstad, A. S. & Hanestad, B. R. (1995). Perception of quality of life before and after coronary artery bypass grafting (CABG). Quality of Life Research, 4, 423-424.

Ferrell, B.R., Hássey, D. & Grant, M. (1995). Measures of quality of life in cancer survivors. Quality of Life Research, 4, 523-531.

Flanagan, J. (1978). A research approach to improving our quality of life. American Psychologist, 33(2), 138-147.

Font, A. (1988). Valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. En J. A. Grau (Ed.) *Calidad de vida: problemas en su investigación*, Cuba.

Fordyce, M. (1986). The Psychap inventory: a multi-item test to measure happiness and its concomitants. Social Indicators Research, 18, 1-33.

Fusilier, M., Monning, M., Santini, A. & Torres, D.(1998) AIDS Knowledge and Attitudes of Health-Care Workers in Mexico. The journal of social Psychology. 138(2), 203-210.

Ganz, P. A., Schag, C. A. C., Kahn, B., Petersen, L. & Hirji, K. (1993). Describing the related-quality of life impact of HIV infection: Findings from a study using the HOPES. Quality of Life Research, 2, 109-119.

Gellert, G.A. (1993). The importance of quality of life research for health care reform in USA and the future of public health. Quality of Life Research, 2, 357-361.

Gómez, R. D. (1992). Epidemiología del SIDA y la infección por el VIH. En G. Velásquez & R. D. Gómez (1993). *SIDA, enfoque integral*, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, (CIB).

Goodking, K. (1992) Enfoque psiconeuroinmunológico de la infección por HIV-1 y el SIDA. En Cahn, P. (Ed.). *PSIDA; Un Enfoque Integral*, Argentina: Paidós.

Grau, J. A. (1996). *Calidad de vida: Problemas en su investigación*, (material elaborado para el taller sobre calidad de vida, presentado en las Conferencias Latinoamericanas de Psicología de la Salud) Junio 17-21, México, D. F.

Groenland, E. (1990). Structural elements of material well-being: An empirical test among people on social security. Social Indicators Research, 22, 367-384.

Headey, B., Holmstrom, E. & Wearing, A. (1984). Well-being and ill-being: Different dimensions? Social Indicators Research, 14, 115-139.

Hernández, A., Bonilla, M. & Andrade, P. (1994) Actitudes hacia el enfermo VIH/SIDA en adolescentes. La psicología social en México, México, D.F.

Hirsch, A., Wernecke, J., Dreyer, M. & Jackle, R. (1992). Depressive states in coping with diabetes mellitus? Psychoterapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 42(2), 60-62.

Holland, J. C. (1992). Psychooncology: Where are we, and where are we going? Journal of Psychosocial Oncology, 10(2), 103-112.

Holzemer, W. L., Bakken, H. S., Stewart, A. & Janson-Bjerklie. (1993). The quality audit marker (HIV-QAM): An outcome for hospitalized AIDS patients. Quality of Life Research, 2, 99-107.

Isacsson, S. O. (1994). Ischaemic heart disease: Disability and costs. Quality of Life Research, 3, 93-96.

Iseminger, K. (1994). Philosophy as an underpinning for quality of life research. Quality of Life Research, 3, 81-82.

Kamman, R., Farry, M. & Herbison, P. (1984). The analysis and measurement of happiness as a sense of well-being. Social Indicators Research, 15, 19-115.

Kaplan, R. M. (1985). Quality of life measurement. En J. A. Grau (ed.). Calidad de vida: Problemas en su investigación, Cuba.

Kaplan, R. M., Andersen, J. P., Patterson, T. L., McCutchan, J. A., Weinrich, J. D., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., Thal, L., Chandler, J. & Grant, Y. (1995). Validity of the quality of being scale for persons with human immunodeficiency virus infection. Psychosomatic Medicine, 57, 138-147.

Kazdin, A. E. (1992). Research design in clinical psychology, Massachusetts: Simon & Schuster, Inc.

Kozma, A. & Stones, M.J. (1980). The measurement of happiness: development of the Memorial University of Newfoundland scale of happiness (MUNSH). Journal of Gerontology, 35,906-912.

Kübler-Ross, E. (1970). *On death and Dying*. New York, NY: The MacMillan Company,

Lawton, M. P. (1983). The varieties of well-being. Experimental Aging Research, 9, 65-72.

Larsen, R. J., Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. Social Indicators Research, 17, 1-18.

Lawrence, J., Husfelat, B., Kelly, J. & Smith, S. (1990). The Stigma of AIDS: Fear of disease and prejudice toward gay men. Journal of homosexuality. 19(3), 85-101.

Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the doctor in his community*, New York: McGraw-Hill Books Company.

Leelakulthanit, O. & Day, R. L. (1992). Quality of life in Thailand. Social Indicators Research, 27, 41-57.

Lenderking, W. R., Gelbert, R. D., Cotton, D. J., Cole, B. F., Goldhirsch, A., Volberding, P. A. & Testa, M. A. (1994). The evaluation of the quality of life associated with zidovudine treatment in asymptomatic human immunodeficiency virus infection. New England Journal of Medicine, 330(11), 738-743.

Levi, L. & Anderson, L. (1975). *Psychosocial stress: Population, environment and quality of life*, New York: S. P. Books division of Spectrum Publications, Inc.

Lindberg, E., Harting, T., Garvill, J. & Garling, T. (1992). Residential-location preferences across the life span. Journal of Environmental Psychology, 12, 187-198.

Loyer-Carlson, V. (1992). Pets and perceived family life quality. Psychological Reports, 70, 947-952.

Lubeck, D. P. & Fries, J. F. (1993). Healthy status among persons with human immunodeficiency virus. Medical Care, 31(3), 269-276.

Mathenson, D. W., Bruce, R. L. & Beauchamp, K. L. (1985). *Psicología Experimental*, México, D. F.: C.E.C.S.A.

Mannetti, L. & Pierro, A.(1994) Social representations of AIDS among Italian health care workers. Revista de Psicología Social. 9(1), 31-41.

Michalos, A. C. (1980). Satisfaction and happiness. Social Indicators Research, 8, 365-422.

Michalos, A. C. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). Social Indicators Research, 18, 347-414.

Miller, D. (1989). *Viviendo con SIDA y VIH*, México, D. F.: Manual Moderno.

Miller, D., Weber, J. & Green, J. (1989). *Atención de pacientes de SIDA*, México, D. F.: Manual Moderno.

Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En J.A. Grau (Ed.). *Calidad de vida: Problemas en su investigación*, Cuba.

Moriwaki, S. Y. (1974). The Affect Balance Scale: A validity study with aged samples. Journal of Gerontology, 29, 73-78.

Nadelsticher, M. A. (1983). *Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales, (INACIPE).

Nussbaum, M. C. & Amartya, S. (1993). *The quality of Life*, New York: Oxford University Press, Inc.

Oppong, J. R., Ironside, R. G. & Kennedy, L. W. (1988). Perceived quality of life in a center-periphery framework. Social Indicators Research, 20, 605-620.

Palomar, J., (1995). *Diseño de un instrumento de calidad de vida*. Tesis de maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.

Peterman, T. A., Drotman, D. & Curram, J. (1985). Epidemiology of the Acquired Immunodeficiency Syndrome, Epidemical Rev. vol. 7.

Price, M. J. (1993). An experiential model of learning diabetes self management. Qualitative Health Research, 3(1), 29-54.

Pullium, R. M. (1989). What makes good families: Predictors of family welfare in Philippines. Journal of Comparative Family Studies, 20(1), 47-66.

Reidy, M. & Taggart, M. E. (1992). Mental health and perceived quality of life in HIV infected persons: A heuristic view. Canada's Mental Health, 40(4), 16-23.

Ringdal, G. I. & Ringdal, K. (1993). Testing the EORTC Quality of Life Questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses. Quality of Life Research, 2, 129-140.

Ringdal, G. I., Ringdal, K., Kvinnsland, S. & Göttestam, K. G. (1994). Quality of life of cancer patients with different prognoses. Quality of Life Research, 3, 143-154.

Rodríguez, J. L. (1994). Mujer, maternidad y SIDA. Psicología Iberoamericana, 2(1), 45-54.

Rossi, L. (1993). Prácticas sexuales en población con factores de riesgo por VIH. Tesis de doctorado en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.

Rozenbaum, W., Seux, D. & Kouchner, A. (1985). SIDA, Realidades y fantasmas, México, D. F.: Katún.

Sánchez Sosa, J. J. (1984). La adherencia al Tratamiento un enfoque preventivo en la salud mental. En F.G. Puente-Silva, (Ed.). Adherencia terapéutica: Implicaciones para México, México, D.F.: Le petit.

Sánchez Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención- investigación en psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Comps.) La Psicología de la salud en América Latina. México: M.A. Porrúa. 33-44.

Schag, C. A. C., Ganz, P. A., Kahn, B. & Petersen, L. (1992). Assessing the needs and quality of life of patients with HIV infection: Development of the HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES). Quality of Life Research, 1, 397-413.

Sepúlveda, A. J. (1989). Sida, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica; Biblioteca de la Salud.

Solomon, G. F. & Temoshok, L. (1987). A psychoneuro-immunologic perspective on AIDS research: Questions, preliminary findings, and suggestions. Journal of Applied Social Psychology, 17, 286-308.

Stewart, A. L., Hays, R. D. & Ware, J. E. (1988). The MOS short-form General Health Survey: Reliability and validity in a patient population. Medical Care, 26, 724-735.

Sutherland, H. J. & Till, J. E. (1993). Quality of life assessment and levels of decisions making: Differentiating objectives. Quality of Life Research, 2, 297-303.

Torrance, G. H. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. En J. A. Grau (Ed.). *Calidad de vida: Problemas en su investigación*, Cuba.

Valencia, A. (1989). Aspectos psicológicos y neuropsiquiátricos en pacientes con infección por VIH. En J. Sepúlveda (Ed.). *Sida, Ciencia y Sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica; Biblioteca de la Salud.

Velásquez, G. & Gómez, R. D. (1993). SIDA, enfoque integral, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, (CIB).

Ware, J. E., Brock, R. H., Davies, A. R. & Lohr, K. N. (1981). Choosing Measures for health status for individuals in general populations. En J. A. Grau (Ed.). *Calidad de vida: Problemas en su investigación*, Cuba.

Wheatley, D. & Smith, K. (1994). Clinical sleep patterns in human immune infection. Human Psychopharmacology Clinical and Experimental, 9(2), 111-115.

Wikby, A., Hörnquist, J. O., Stremström, U., & Anderson, P.O. (1995). Background factors, long-term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. Quality of Life Research, 2, 281-286.

Wredling, R., Stålhammar, J., Adamson, U., Berne, C., Larsson, Y. & Östman, J. (1995). Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: A Swedish population-based study. Quality of Life Research, 4, 515-522.

Anexos

		¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?				
		NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
		0	1	2	3	4
1	Me cuesta trabajo agacharme o levantarme	0	1	2	3	4
2	Me cuesta trabajo caminar y/o moverme	0	1	2	3	4
3	Me cuesta trabajo hacer actividades físicas tales como correr o practicar un deporte	0	1	2	3	4
4	No tengo la misma energía que antes	0	1	2	3	4
5	Me cuesta trabajo manejar el coche	0	1	2	3	4
6	Me cuesta trabajo hacer el quehacer de la casa	0	1	2	3	4
7	Me cuesta trabajo bañarme, lavarme los dientes o arreglarme	0	1	2	3	4
8	Me cuesta trabajo preparar mis comidas	0	1	2	3	4
9	No estoy interesado en actividades recreativas como antes	0	1	2	3	4
10	No me dedico a actividades recreativas como antes	0	1	2	3	4
11	No tengo suficientes actividades agradables para llenar mi día	0	1	2	3	4
12	Me cuesta trabajo planear mis actividades por causa de la infección del VIH o sus tratamientos	0	1	2	3	4
13	No puedo subir de peso	0	1	2	3	4
14	Sigo bajando de peso	0	1	2	3	4
15	La comida no se me antoja	0	1	2	3	4
16	La comida me sabe mal	0	1	2	3	4
17	Me cuesta trabajo tragar los alimentos	0	1	2	3	4
18	La infección del VIH o su tratamiento no me permite trabajar.	0	1	2	3	4

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?

	NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO			
	0	1	2	3	4			
19	La infección del VIH o su tratamiento no me permiten realizar mis actividades laborales.			0	1	2	3	4
20	Frecuentemente tengo dolor			0	1	2	3	4
21	Tengo dolor que no se me quita con los medicamentos			0	1	2	3	4
22	Tengo dolor que se me quita con los medicamentos			0	1	2	3	4
23	Me parece que mi ropa no se me ve bien			0	1	2	3	4
24	Me parece que mi ropa ya no me queda			0	1	2	3	4
25	Me cuesta trabajo encontrar ropa que me quede			0	1	2	3	4
26	Me parece que el equipo de salud que me atiende no me dice todo acerca de mi enfermedad			0	1	2	3	4
27	Me parece que las enfermeras no me dan suficiente información			0	1	2	3	4
28	Me cuesta trabajo hacerle preguntas a los doctores			0	1	2	3	4
29	Me cuesta trabajo hacerle preguntas a las enfermeras			0	1	2	3	4
30	Me cuesta trabajo hablar de mis sentimientos con los doctores y enfermeras			0	1	2	3	4
31	Me cuesta trabajo decirle a mi doctor sobre un nuevo síntoma			0	1	2	3	4
32	Me cuesta trabajo entender lo que el doctor dice de mi enfermedad o de los tratamientos			0	1	2	3	4
33	Me cuesta trabajo entender lo que las enfermeras dicen de mi enfermedad o de los tratamientos			0	1	2	3	4
34	Me gustaría intervenir más sobre lo que me hacen los doctores			0	1	2	3	4

		¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?				
		NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
		0	1	2	3	4
35	Me gustaría intervenir más sobre lo que me hacen las enfermeras	0	1	2	3	4
36	Estoy preocupado por mi apariencia física a causa de la infección del VIH	0	1	2	3	4
37	Me avergüenza mostrar mi cuerpo a otros a causa de la infección del VIH	0	1	2	3	4
38	Estoy molesto por los cambios de mi cuerpo	0	1	2	3	4
39	Estoy molesto conmigo mismo desde que tengo la infección del VIH	0	1	2	3	4
40	Me siento culpable por tener la infección del VIH	0	1	2	3	4
41	Frecuentemente me siento angustiado	0	1	2	3	4
42	Frecuentemente me siento deprimido	0	1	2	3	4
43	Frecuentemente me siento enojado	0	1	2	3	4
44	Frecuentemente me siento molesto	0	1	2	3	4
45	Frecuentemente me encuentro dominado por mis emociones y sentimientos sobre mi enfermedad	0	1	2	3	4
46	Emocionalmente me siento tenso por la muerte de otros que estaban infectados con el VIH	0	1	2	3	4
47	No puedo dormir bien	0	1	2	3	4
48	Me cuesta trabajo concentrarme	0	1	2	3	4
49	Me cuesta trabajo recordar cosas	0	1	2	3	4
50	No puedo pensar con claridad	0	1	2	3	4
51	Me siento solo debido a la infección del VIH	0	1	2	3	4

		¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?							
		NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO			
		0	1	2	3	4			
52	Me cuesta trabajo decirle a mis amigos que vengan a verme menos seguido				0	1	2	3	4
53	Me cuesta trabajo decirle a mis amigos que parientes que me dejen solo cuando me siento bien				0	1	2	3	4
54	Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes que hagamos algo divertido juntos				0	1	2	3	4
55	Creo que no puedo explicarle a otros lo que se sobre la infección del VIH				0	1	2	3	4
56	No se que decir a mis amigos y parientes				0	1	2	3	4
57	Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes que hagan cosas por mi				0	1	2	3	4
58	Me cuesta trabajo hablar con mis amigos y parientes sobre la infección del VIH				0	1	2	3	4
59	Me cuesta trabajo decirle a mis parientes o amigos que vengan más seguido a verme				0	1	2	3	4
60	Me parece que mis amigos o parientes me dicen que me veo bien cuando se que no es cierto				0	1	2	3	4
61	Me parece que mis amigos o parientes no me dicen algunas cosas sobre mi enfermedad				0	1	2	3	4
62	Me parece que mis amigos o parientes no quieren hablar conmigo sobre mi enfermedad				0	1	2	3	4
63	Me parece que mis amigos o parientes evitan tocarme				0	1	2	3	4
64	Me parece que mis amigos o parientes no me visitan muy seguido				0	1	2	3	4
65	Me parece que mis amigos o parientes no me llaman muy seguido				0	1	2	3	4

¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?

NADA **UN POCO** **REGULAR** **MUCHO** **MUCHISIMO**
0 **1** **2** **3** **4**

66	Me parece que mis amigos o parientes están molestos cuando me visitan	0	1	2	3	4
67	Me parece que a mis amigos o parientes les cuesta trabajo hablar conmigo sobre mi enfermedad	0	1	2	3	4
68	Me siento incómodo cuando veo a otros pacientes	0	1	2	3	4
69	Me pongo nervioso cuando tengo que ir al hospital	0	1	2	3	4
70	Me pongo nervioso cuando estoy esperando ver al doctor	0	1	2	3	4
71	Me pongo nervioso cuando estoy esperando los resultados de mis exámenes médicos	0	1	2	3	4
72	Me pongo nervioso cuando me dan los resultados de mis exámenes médicos	0	1	2	3	4
73	Me pongo nervioso cuando me toman muestras de mis sangre	0	1	2	3	4
74	Me preocupa saber si mi tratamiento esta funcionando	0	1	2	3	4
75	Me preocupa que la infección del VIH me este avanzando	0	1	2	3	4
76	Me preocupa infectar a otros con mi enfermedad	0	1	2	3	4
77	Me preocupa no poder cuidarme a mí mismo	0	1	2	3	4
78	Me preocupa estar solo cuando la infección del VIH me avance	0	1	2	3	4
79	Me preocupa como mis amigos o mi familia se las arreglaran si muero	0	1	2	3	4
80	A veces no tomo mi medicamento como me dijo el médico	0	1	2	3	4

		¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?				
		NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
		0	1	2	3	4
81	A veces no le hago caso a las instrucciones del médico	0	1	2	3	4
82	Me cuesta trabajo resolver el problema de mi testamento	0	1	2	3	4
83	No puedo pagar mis medicamentos	0	1	2	3	4
84	Me cuesta trabajo encontrar un dentista u otros especialistas que me quieran atender	0	1	2	3	4
85	Me cuesta trabajo encontrar peluquería, salones de belleza, o quién lave mi ropa, etc.	0	1	2	3	4
86	Tengo problemas con las compañías de seguros	0	1	2	3	4
87	Me cuesta trabajo transportarme para ir y venir a las citas médicas	0	1	2	3	4
88	Tengo mucha tos	0	1	2	3	4
89	Me parece que algunos tratamientos médicos son muy dolorosos	0	1	2	3	4
90	Tengo fiebre y/o sudores	0	1	2	3	4
91	En ocasiones me enfermo del estómago o tengo diarrea muy seguido	0	1	2	3	4
92	En ocasiones no puede controlar mi vejiga	0	1	2	3	4
93	Frecuentemente tengo estreñimiento	0	1	2	3	4
94	En ocasiones me cuesta trabajo respirar al hacer mis actividades diarias	0	1	2	3	4
95	Han aumentado mis problemas de la vista	0	1	2	3	4
96	Tengo granitos o fuegos en la boca	0	1	2	3	4

¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?

NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
0	1	2	3	4

¿ Está usted trabajando o ha estado empleado durante el mes pasado?
Si no, pase a la siguiente sección.

97	Me cuesta trabajo decirle a mi jefe que estoy infectado con el VIH	0	1	2	3	4
98	Me cuesta trabajo decirle a mis compañeros de trabajo que estoy infectado con el VIH	0	1	2	3	4
99	Me cuesta trabajo decirle a mi patrón que no puedo hacer algunas cosas por causa de la infección del VIH	0	1	2	3	4
100	Me cuesta trabajo pedir permiso en mi trabajo para ir al doctor	0	1	2	3	4
101	Estoy preocupado de que me despidan	0	1	2	3	4

¿Ha intentado usted alguna actividad sexual desde el diagnóstico de la infección del VIH ?
Si no, pase a la siguiente sección.

102	Me parece que mi vida sexual ha disminuido	0	1	2	3	4
103	Me cuesta trabajo tener una vida sexual activa	0	1	2	3	4
104	Me cuesta trabajo lograr o mantener una erección (hombres)	0	1	2	3	4
104	Me cuesta trabajo lubricar (mujeres)	0	1	2	3	4
105	Tengo dolor o molestia al tener actividad sexual	0	1	2	3	4
106	Me cuesta trabajo alcanzar el orgasmo	0	1	2	3	4

¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?

NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
0	1	2	3	4

¿ Esta usted casado (a) o tiene una relación de pareja significativa ?
Si no, pase a la siguiente sección.

107	A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros sentimientos	0	1	2	3	4
108	A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar acerca de nuestros temores	0	1	2	3	4
109	A mi pareja a mí nos cuesta trabajo hablar de lo que pasará después de mi muerte	0	1	2	3	4
110	A mi pareja a mí nos cuesta trabajo hablar sobre nuestro futuro.	0	1	2	3	4
111	A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar sobre mi enfermedad y de lo que podría suceder	0	1	2	3	4
112	A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de el testamento o de dinero	0	1	2	3	4
113	MI pareja no se siente con ganas de abrazarme, besarme o cuidarme	0	1	2	3	4
114	No me dan ganas de tocar a mi pareja	0	1	2	3	4
115	A mi pareja no le dan ganas de tocarme	0	1	2	3	4
116	Mi pareja y yo no nos llevamos tan bien como antes	0	1	2	3	4
117	Mi pareja y yo nos enojamos más seguido que antes	0	1	2	3	4
118	Mi pareja y yo pasamos tanto tiempo juntos que cambia nuestro estado de ánimo	0	1	2	3	4
119	Mi pareja y yo estamos más distanciados que antes	0	1	2	3	4

¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?

	NADA 0	UN POCO 1	REGULAR 2	MUCHO 3	MUCHISIMO 4
120 Mi pareja no me deja hacer cosas que aún puedo hacer	0	1	2	3	4
121 Mi pareja ocupa mucho de su tiempo cuidándome	0	1	2	3	4
122 Mi pareja no se ocupa lo suficiente de mí	0	1	2	3	4
123 Me cuesta trabajo pedirle a mi pareja que me cuide	0	1	2	3	4
124 Me preocupa que mi pareja me vaya a dejar por estar infectado con el VIH	0	1	2	3	4

¿Es usted, soltero o tiene una relación significativa ?
Si no, pase a la siguiente sección.

125 Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos	0	1	2	3	4
126 Me cuesta trabajo decirle a mis nuevos amigos que recibo tratamiento para el VIH	0	1	2	3	4
127 Tengo miedo de tener relaciones sexuales porque podría afectar la salud de mi pareja	0	1	2	3	4

¿Ha decrecido su interés en al actividad sexual desde su diagnóstico de la infección del VIH ?
Si no, pase a la siguiente sección

128 He perdido interés en tener sexo porque temo infectar a otros	0	1	2	3	4
129 He perdido interés en el sexo porque me siento poco atractivo	0	1	2	3	4
130 He perdido interés en el sexo porque mi pareja tiene miedo a que la infecte	0	1	2	3	4
131 He perdido interés en el sexo porque no tengo suficiente energía	0	1	2	3	4

	¿QUE TANTO APLICA EN SU CASO?				
	NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
	0	1	2	3	4
132 He perdido interés en el sexo porque me da miedo reinfectarme con el VIH	0	1	2	3	4
133 Me siento cansado por la medicina que me dan	0	1	2	3	4
134 Siento nauseas o tengo otras molestias estomacales por la medicina que me dan	0	1	2	3	4
135 Tengo dolor de estómago por la medicina que tomo	0	1	2	3	4
136 Creo que mis muestras de sangre salen mal por las medicinas que me dan	0	1	2	3	4
137 Me duele el cuerpo a causa de la medicina que tomo	0	1	2	3	4
138 Me dan dolores de cabeza a causa de la medicina que me dan	0	1	2	3	4
139 Me siento mareado o aturdido por la medicina que tomo	0	1	2	3	4
140 Tengo otras molestias que me causa la medicina que me dan	0	1	2	3	4

Por favor mencione cualquier problema relacionado con su infección o tratamiento, o problemas relacionados con su enfermedad que no hayamos considerado

ANEXO (2)

Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos al VIH/SIDA ("EsCaViPS")

	Reactivos
FISICA	
Ambulación	1-4
Actividades cotidianas	5-8
Actividades recreativas	9-12
Pérdida de peso	13-17
Incapacidad laboral	18-19
Dolor	20-22
Vestimenta/apariencia	23-25
Síntomas	88-96
Dificultades laborales	97-101
Reacciones secundarias	133-140
INTERACCION CON EL EQUIPO MEDICO	
Incomprensión de la información	26,27
Dificultades en la comunicación	28-33
Co-intervención en el tratamiento	34,35
PSICOSOCIAL	
Imagen corporal	36-38
Estigmatización	39,40,51
Aspectos emocionales	41-47
Dificultades cognitivas	48-50
Dificultad en la comunicación con parientes y amigos	52-59
Problemas en la interacción con parientes y amigos	60-67
Ansiedad en situaciones médicas	68-73
Preocupaciones	74-79
Adherencia terapéutica	80,81
Dificultades específicas	82-87
SEXUAL	
Interés sexual	128-132
Disfunción sexual	102-106
Nuevas relaciones	125-127
RELACIONES DE PAREJA	
Comunicación con la pareja	107-112
Expresiones afectivas	113-115
Interacción con la pareja	116-119
Sobreprotección de la pareja	120-121
Negligencia de la pareja en el cuidado	122-124

ANEXO (3)

Características del Programa psicoterapéutico educativo

El programa posee las siguientes características: es una intervención individual de terapia breve, con fundamento en los principios de la psicoterapia cognoscitiva conductual, el programa se administra en ocho sesiones, programadas semanalmente.

El programa se estructura en tres fases de intervención:

- 1) evaluación individual del estado previo a la intervención psicoterapéutica,
- 2) instrumentación de las técnicas y entrenamiento de habilidades pertinentes y
- 3) evaluación individual de las metas alcanzadas.

Programa psicoterapéutico- educativo enfocado a mejorar la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA.

1. Familiarizar al paciente con el Modelo Cognoscitivo-Conductual.
2. Generar una lista de "problemas", obtenida a partir de los resultados de la aplicación de la escala de calidad de vida "EsCaViPS" y de la jerarquización que el paciente les otorgue áreas: física, interacción con el equipo de salud, psicosocial, sexual, y de relación de pareja.
3. Concepción del caso: Identificación de las peculiaridades del caso en particular
4. Desarrollo del un plan de trabajo.
5. Exploración de la actitud hacia el terapeuta
6. Identificación de los pensamientos subyacentes (creencias básicas) en cada una de las áreas evaluadas por la escala de calidad de vida "EsCaViPS"
7. Entrenamiento de habilidades cognoscitivas y conductuales de enfrentamiento, a través de la selección y empleo de las siguientes técnicas:

Interrogatorio directo, consiste en la exploración de las suposiciones subyacentes del paciente.

Imaginación guiada, esta técnica se refiere a la representación cognoscitiva de situaciones personales inducidas por el terapeuta en el paciente, por ejemplo, el paciente se imagina a sí mismo en la ejecución de que le es muy difícil o que es altamente productora de ansiedad,

Role-playing, esta técnica consiste en la representación actuada de una situación problemática y puede utilizarse para enseñar un nuevo comportamiento,

Detección de los cambios en el estado de ánimo durante la sesión, consiste en la identificación de las emociones presentes en algún incidente específico con el propósito de modificar positivamente la reacción del paciente.

Registro del pensamiento disfuncional, consiste en el reconocimiento de la irracionalidad de ciertas creencias,

Reestructuración cognoscitiva, esta técnica consiste en una evaluación más realista de los incidentes trastornantes, a fin de conducir a respuestas emocionales y conductuales más adaptativas,

Exageración y sentido del humor, consiste en considerar de manera chusca algunas situaciones que son interpretadas como catastróficas.

Programación de actividades, esta técnica consiste en el entrenamiento de la planificación, organización y consecución de actividades propuestas a realizarse en un corto plazo.

Asignación de tareas, por ejemplo, la práctica de nuevos comportamientos.

Terapia de exposición, se trata del entrenamiento en habilidades de enfrentamiento que intensifica la capacidad de responder a situaciones estresantes con emociones menos perturbadoras y un nivel alto de adaptación del comportamiento.

Ejercicios de relajación, esta técnica implica el entrenamiento en el contraste de tensión-relajación. Se instruye al paciente para que alterne el tensar y liberar cada zona muscular importante: manos, brazos, ojos, frente, abdomen, pies, etc.

Distracción, consiste en la utilización de actividades recreativas ("hobbies") que contribuyan a liberar al paciente de emociones y conductas disfuncionales.

8. Rol activo del paciente.
9. Exploración de las creencias y actitudes con relación al tratamiento.
10. Revisión de las metas obtenidas
11. Preparación para la terminación y evaluación de posibles recaídas.

ANEXO (4)

Registro conductual

1. Ejercicio físico (caminar, correr, practicar un deporte), desempeño de las actividades laborales (rendimiento o dificultades al realizar el trabajo),
2. Realización de los quehaceres domésticos (preparar alimentos, lavar trastos, lavar ropa),
3. Actividades recreativas (leer, oír música, ir al cine, ir a bailar), descanso satisfactorio (número de horas de sueño),
4. Interacción social (platicar con amigos, hablar por teléfono, visitar amigos),
5. Apego al tratamiento (tomar los medicamentos, seguir las instrucciones del equipo de salud),
6. Actividad sexual (número de encuentros sexuales),
7. Disfunciones sexuales (impotencia, desinterés sexual, eyaculación precoz, dolor genital),
8. Comunicación con la pareja (platicar con la pareja),
9. Expresión afectiva (tocar, besar, abrazar o dar palabras de cariño)

ANEXO (5)

REGISTRO CONDUCTUAL COTIDIANO
 A continuación indique SI ha realizado las siguientes actividades
 Marque con una paloma ()
Por favor realice este registro todos los días

Actividad	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
Ejercicio físico (Por lo menos 30 minutos al día de alguna de estas actividades: Caminar, correr o practicar un deporte).							
Desempeño laboral (Ausentarse del trabajo, fatiga o falta de concentración para realizar sus actividades laborales)							
Quehacer domésticos (Al menos una de estas actividades: preparación de alimentos, lavar trastos, ropa, etc.,)							
Recreación (Al menos una de estas actividades: leer, oír música, ir al cine, ir a bailar, etc)							
Dormir bien (Descanso satisfactorio , y número total de horas al día)							
Interacción social (Platicar con amigos, hablar por teléfono, visitar a amigos)							
Apego al tratamiento <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">MAÑANA</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">(tomar los medicamentos) TARDE</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">NOCHE</div>							
Encuentros sexuales (Número de encuentros)							
Disfunción sexual (Impotencia, desinterés Sexual, eyaculación precoz, dolor genital)							
Comunicación con su pareja (Platicar con la pareja)							
Expresión afectiva (Tocar, besar, abrazar a la pareja o dar palabras de cariño)							