



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON VIH/SIDA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA :

SOTO ANGELES , LUIS ALBERTO

ASESORES: LIC. JUANA OLVERA MENDEZ MTRA. HERMINIA MENDOZA MENDOZA LIC. MARIA OLGA MEJIA ANZURES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

RESUMEN

En este trabajo se analiza la relación entre la calidad de vida y el desarrollo del S.I.D.A. en personas infectadas por V.I.H. Se analiza además la importancia que tiene evaluar la calidad de vida en personas infectadas con este virus.

Con este fin, en el capítulo I se hizo una revisión de los antecedentes históricos de la Psicología de la salud, así como de las estrategias de evaluación e intervención que se emplean en esta área.

En el capítulo II se define el concepto de calidad de vida, su importancia dentro del desarrollo humano, y además se describen algunas investigaciones que han abordado este concepto.

Y por último en el capítulo III se habla de lo que es V.I.H., sus síntomas iniciales, las pruebas de laboratorio para la detección del virus, y las recomendaciones que se les hace a las personas que son notificadas como portadoras del virus. También se define que es el S.I.D.A., cuáles son sus manifestaciones clínicas, los cofactores de riesgo que están presentes en la evolución de la enfermedad así como los aspectos psicológicos relacionados con la infección, y los tratamientos médicos que son empleados para controlar el V.I.H./S.I.D.A.

En general se encontró que hay factores relacionados con el huésped, microorganismo, ambiente y conductas individuales que influyen en el contagio del V.I.H., en la eficacia de la transmisión, y en el desarrollo del S.I.D.A. Llegando a la conclusión de que a pesar de saber que el V.I.H. es el agente etiológico del S.I.D.A., no se da importancia desde el modelo médico a factores que también pueden contribuir a su desarrollo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	4
1.1 Antecedentes históricos de la Psicología de la salud.....	4
1.2 ¿Que es la Psicología de la salud?.....	7
1.3 Estrategias de evaluación en la Psicología de la salud.....	10
1.4 Estrategias de intervención en la Psicología de la salud.....	13
CAPITULO II CALIDAD DE VIDA.....	17
2.1 Definición de la Calidad de vida.....	17
2.2 Importancia de medir una Calidad de vida.....	21
2.3 Medición de la Calidad de vida.....	23
2.4 Líneas de investigación sobre la Calidad de vida.....	25
CAPITULO III V.I.H./S.I.D.A.....	31
3.1 ¿Qué es el V.I.H.?.....	31
3.2 Síntomas iniciales de la infección por el V.I.H.....	32
3.3 Pruebas de laboratorio para la detección del V.I.H.....	33
3.3.1 Recomendaciones para personas con V.I.H.....	35
3.4 Manifestaciones clínicas del S.I.D.A.....	36
3.4.1 Cofactores de riesgo en la evolución del S.I.D.A.....	38

3.5 Aspectos psicológicos relacionados con la infección de V.I.H./S.I.D.A.	39
3.6 Tratamientos médicos para controlar la infección por V.I.H.	41
CONCLUSIONES.....	44
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS.....	54

INTRODUCCION

En los últimos años ha existido entre los profesionales de la salud una discusión sobre la poca capacidad que puede llegar a tener el modelo médico para dar respuesta a múltiples interrogantes en la etiología y tratamiento de algunas enfermedades considerando únicamente el ámbito biológico de las personas. Existiendo la posibilidad de que también los procesos de salud-enfermedad se explican no sólo como resultado de agentes patógenos que alteran el equilibrio biológico, sino también de algunos procesos emocionales y de lo que hacen o dejan de hacer los seres humanos durante toda la vida.

De acuerdo con lo anterior se puede decir que las emociones y conductas negativas de las personas constituyen un riesgo para la salud. Los estados emocionales afectan los hábitos de salud, ciertas enfermedades y distorsionar la conducta de los enfermos (Fernández, 1994). Por esto se han creado pruebas que miden el estrés psicológico ocasionado por el impacto de alguna enfermedad, tomando en cuenta, principalmente las áreas que conforman la calidad de vida de las personas: funcionamiento físico, psicológico, social, relaciones sexuales y sentimientos acerca de la salud (Secchi, 1996).

Al respecto la investigación en la salud, se ha preocupado por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de y para la salud. Especialmente en la investigación clínico-epidemiológica, el concepto de calidad de vida ha sido utilizado sobre todo para describir y evaluar las condiciones de supervivencia de enfermos a los que se les prolonga la vida, como resultado de la intervención médica y de la tecnología para la salud.

Una población que se ha vuelto susceptible para evaluar en los últimos 15 años este concepto son aquellas que están infectadas por el V.I.H./S.I.D.A., que es el virus de inmunodeficiencia humana que puede destruir las defensas naturales del sistema inmunológico humano (Fernández, 1999a).

El V.I.H. penetra al organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo, es cuando se dice que la persona es un portador asintomático; es decir que tiene el virus pero éste no se ha desarrollado. Poco a poco este virus ataca y destruye las células del sistema inmunológico (etapa sintomática) y deja al organismo expuesto a infecciones o enfermedades conocidas como oportunistas y que pueden si no se atiende el portador, causarle S.I.D.A.

La infección por V.I.H. no sólo afecta la parte biológica del individuo, sino que también repercute ampliamente en la esfera psicológica (Fernández, 1999b) ya que también al recibir la notificación de una enfermedad tan estigmatizada y sobre la cual existen tantos mitos y tabúes algunas personas experimentan cambios en su calidad de vida.

Así la calidad de vida de las personas y principalmente de las que tienen algún padecimiento crónico degenerativo, en el momento actual, va cobrando más relevancia en sus estados emocionales y conductuales desde la detección de la enfermedad hasta la evolución de ésta. Indicando también algún tipo de relación entre variables de edad, sexo y nivel socioeconómico. En el caso de las personas con V.I.H. y/o S.I.D.A. las evidencias acumuladas en atención psicológica, señalan que las reacciones son muy diferentes de una persona a otra, en algunas la experiencia puede ser tan dolorosa que el individuo no se da cuenta del proceso de la enfermedad repercutiendo en su estado de salud y en su calidad de vida.

Determinando entonces para esta tesina, los siguientes objetivos:

1. Realizar un análisis de la relación que puede existir entre la calidad de vida y el desarrollo del S.I.D.A. en personas infectadas por V.I.H.
2. Reconocer la importancia que tiene evaluar la calidad de vida en personas con V.I.H.

Para tal fin en el capítulo I se hará una revisión de los antecedentes históricos de la Psicología de la salud, así como de las estrategias de evaluación e intervención que se emplean en esta área.

En el capítulo II se definirá el concepto de calidad de vida, su importancia dentro del desarrollo humano, y además se describirán algunas investigaciones que han abordado este concepto.

Y por último en el capítulo III se hablará de lo que es V.I.H., sus síntomas iniciales, las pruebas de laboratorio para la detección del virus, y las recomendaciones que se les hace a las personas que son notificadas como portadoras del virus. También se definirá que es el S.I.D.A., cuáles son sus manifestaciones clínicas, los cofactores de riesgo que están presentes en la evolución de la enfermedad así como los aspectos psicológicos relacionados con la infección, y los tratamientos médicos que son empleados para controlar el V.I.H./S.I.D.A.

CAPITULO I PSICOLOGIA DE LA SALUD

En este capítulo se hará una revisión de los antecedentes históricos de la Psicología de la salud, así como de las estrategias de evaluación e intervención que se emplean en esta área.

1.1 Antecedentes históricos.

La poca capacidad del modelo médico para dar respuesta a múltiples interrogantes en la etiología y tratamiento de enfermedades considerando únicamente el ámbito biológico, dio como resultado el surgimiento de una hipótesis que sostenía que los procesos de salud-enfermedad se explican no sólo como resultado de agentes patógenos que alteran el equilibrio biológico, sino también de procesos emocionales. La salud depende no sólo de lo que el sujeto tiene o no tiene, sino también de lo que hace o deja de hacer. En este sentido, las prácticas individuales y culturales que se adoptan para potenciar ese estado de bienestar físico y psíquico que es la salud están íntimamente relacionadas con el modo de entenderlo y explicarlo.

Según Amigo, Fernández y Pérez (1998) el problema de la dualidad cuerpo-mente, tiene grandes implicaciones en el tema de la salud y de la enfermedad. Durante mucho tiempo ha sido objeto de diferentes conceptualizaciones a lo largo de la historia y en las diferentes culturas. Dicha conceptualización tiene mucho que ver con las prácticas culturales que se adoptan dentro de cada sociedad para definir aquello que es sano y con las prácticas terapéuticas utilizadas para tratar las enfermedades. Mientras que en algunas culturas mente y cuerpo han sido entendidos como un todo indisociable, en otras, por el contrario, se postulan como elementos separados.

El modelo que más se utiliza para tratar las enfermedades es el biomédico. Engel (1977) afirma que el modelo biomédico descansa sobre dos supuestos; el primero de ellos es la doctrina del dualismo mente cuerpo, descrita en el párrafo anterior, en virtud de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual. El segundo principio es el del reduccionismo, aquí se asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas.

Ante las dificultades planteadas al modelo biomédico y a las que se hace referencia al principio de este capítulo, diversos autores como Jasniski y Schwartz (1985) han sugerido la necesidad de formalizar una nueva conceptualización que permita comprender y controlar mejor la enfermedad. Lo que se pretende es superar la formulación dualista mente-cuerpo, y al respecto se plantea un nuevo modelo que es llamado biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad. De este modo, tanto los que se podrían calificar como macroprocesos y microprocesos interactúan en el proceso de salud-enfermedad. De lo cual se desprende que la salud y la enfermedad tienen una causa múltiple, y múltiples, también son sus efectos. El modelo biopsicosocial, además, pone en el mismo ámbito de su interés a la salud y la enfermedad (frente el modelo biomédico que se ocupa fundamentalmente de la enfermedad) y sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concedido como un don (Amigo y Cols., 1998).

En el ámbito de la investigación, este modelo sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables antes mencionadas.

Amigo y Cols. (1998) mencionan que el modelo biopsicosocial conlleva, distintas implicaciones clínicas, en primer lugar, sostiene que el proceso de diagnóstico debería considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o enfermedad de un individuo. Por lo tanto, el mejor diagnóstico es el que se hace desde una perspectiva multidisciplinar.

En segundo lugar éste recomienda que para el tratamiento, habrá que tener en cuenta los tres tipos de variables mencionadas con anterioridad. Se trata de ajustar la terapia a las necesidades particulares de cada persona, considerando su estado de salud globalmente y haciendo aquellas recomendaciones de tratamiento que sirvan para abordar globalmente los problemas que esa persona plantea. Y en tercer lugar, el modelo biopsicosocial destaca la importancia de la relación entre el paciente y el clínico. Se reconoce que una buena relación entre ambos puede mejorar de un modo sustancial la adhesión del paciente al tratamiento, la efectividad del mismo y acortar el tiempo de recuperación de la enfermedad.

Es entonces que en este contexto que el modelo biopsicosocial de la salud, surge de una manera formal dentro de la psicología de la salud. Esto coincide con la propuesta formulada a fines de los sesenta de considerar la psicología como profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad (Ballesteros, 1998).

Según Amigo y Cols. (1998), básicamente son tres las razones que se suelen plantear como causas particulares en el surgimiento de la psicología de la salud. En primer lugar, desde mediados de este siglo, vimos un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo propio de las sociedades industrializadas. El incremento de estas nuevas enfermedades como el cáncer o los problemas

cardiovasculares es, en definitiva, producto de hábitos poco saludables o insanos que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de una enfermedad.

En segundo lugar, este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suele conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas como podría ser mantener una buena adhesión a los tratamientos.

Finalmente, el modelo médico de la enfermedad, como ya hemos señalado, entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico o cambios químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo entendiendo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas. Esta perspectiva es, a todas luces, insuficiente tanto para entender, como para tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX como el cáncer, problemas cardiovasculares, entre ellos la infección por V.I.H./S.I.D.A.

Por todas estas razones, Stone, Cohen y Adler (1979) reportan entre sus investigaciones históricas el surgimiento de la psicología de la salud; que en 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) la creó como una más de sus divisiones (la 38 concretamente). Al año siguiente se publica un primer manual: *Health Psychology. A Handbook* y en 1982 aparece la revista de la división de la APA con el título *Health Psychology*.

1.2 ¿Qué es la psicología de la salud?

La psicología de la salud es un área dentro de la psicología general que en el plano práctico aplica estrategias o procedimientos que permiten disminuir algunas causas que incrementan la gravedad de las enfermedades.

La psicología de la salud es definida por Matarazzo como: "...las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y diagnóstico de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas con ésta última. El mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de profesionales de la salud...", (Matarazzo, 1980 en Taylor, 1990, pág. 40).

Recientemente se define como "...una actividad clínica derivada de la terapia conductual, de la cual retoma métodos de evaluación y técnicas de intervención para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades..." (Selligson, Reynoso y Nava, 1993 en Mejía 2000, pág. 24).

A pesar de existir numerosas definiciones de lo que es la psicología de la salud, sólo la que propone Matarazzo (1980 en Taylor, 1990, pág.40) engloba lo que el modelo biopsicosocial propone frente al modelo médico; que es considerar a la salud y a la enfermedad como centro de interés.

En la formulación de Matarazzo, Amigo et al. (1998) afirman que se recogen cuatro líneas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud. En primer lugar se destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, que incluye todo el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables.

Con respecto a esta primera línea de trabajo Cortéz y Ramírez (2000) sostienen que la identificación de comportamientos relacionados a la salud y la enfermedad es uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta en la elaboración de programas de promoción y prevención de la salud. También dicen que la evaluación de la salud permite conocer las características y los requerimientos de una población específica, ya que a partir de los datos obtenidos es posible el planteamiento de programas adecuados para la promoción, prevención y mantenimiento de la salud. Sin embargo hay escasez de instrumentos para medir

el funcionamiento integral de la salud en la población mexicana y los que hay no toman en cuenta los siguientes aspectos: a) los indicadores nacionales que señalan a las enfermedades de mayor incidencia, b) la identificación a partir de estos indicadores de las conductas relacionadas a la aparición y desarrollo de tales enfermedades y, c) la revisión de literatura especializada.

La segunda línea de trabajo la constituye la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La psicología de la salud enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con el objeto de prevenir la enfermedad, sin olvidar que se puede trabajar con aquellos pacientes que sufren enfermedades en las cuales tienen gran importancia ciertos factores conductuales, además de enseñar a la gente que ya se ha enfermado a adaptarse exitosamente a su nueva situación o aprender a seguir los regímenes de tratamiento.

En tercer lugar, la psicología de la salud también se centra en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones. En este contexto la etiología hace referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud y enfermedad. Dentro de las mismas se incluyen hábitos como el consumo del alcohol, el tabaco, el ejercicio físico o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés.

Y finalmente, también se atribuye como competencia de la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. En definitiva, se trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3 Estrategias de evaluación.

La evaluación es una de las actividades que realiza el psicólogo como parte de su trabajo profesional y dado que ésta es una de las contribuciones más importantes para el cuidado de un paciente, se desprende la necesidad de hacer una evaluación específica y completa de dichos fenómenos.

Dentro de la psicología de la salud Belard, Deardoff y Kelly (1987) han propuesto un modelo integral de evaluación al paciente partiendo de la conceptualización Biopsicosocial del sujeto explicada en el punto anterior de este capítulo, y dada la necesidad de incorporar información fisiológica, psicológica y sociológica, al abordar el proceso de salud enfermedad. A partir de esta idea Belard y Cols. (1987) elaboraron un modelo de evaluación que es útil en ambientes clínicos, debido a que facilita la organización de la información y la subsecuente toma de decisiones sobre las estrategias del tratamiento.

Este modelo parte de una evaluación centrada en la identificación de problemas relacionados con la enfermedad, el paciente, y aspectos del medio dentro de los cuales interactúa éste. De esta manera, se plantean dos tipos de objetivos: 1. Los objetivos del paciente, y 2. Los objetivos del medioambiente. Los objetivos del paciente se describen a continuación:

1.- Biológico: aquí se evalúan datos como la raza, la apariencia física, la edad, el sexo, etcétera. Además se necesitan entender los síntomas fisiológicos del paciente y la similitud o diferencia con los síntomas del pasado. También se necesita obtener información sobre las especificidades de la enfermedad en particular, su localización y frecuencia de los síntomas, el régimen de tratamiento en curso y el estado de salud dentro del proceso de la enfermedad. Además se crean estrategias que tienden a modificar las respuestas orgánicas derivadas de los trastornos sufridos e intentando controlar síntomas específicos que se asocian con la enfermedad o tratamiento.

2.- **Afectivo:** aquí se interviene con el fin de modificar estados emocionales como la ansiedad, depresión y hostilidad a través de intervenciones como inoculación de estrés, estrategias conductuales, etcétera. La evaluación de las metas afectivas incluyen los afectos y el humor del paciente en ese momento, sus elementos contextuales y desórdenes afectivos anteriores.

3.- **Cognitivo:** las intervenciones que se dan a este nivel consisten en dar información dentro de una dimensión psicoeducacional para modificar en lo posible la manera en que el paciente conceptualiza su problema. La evaluación del funcionamiento cognitivo incluye toda la información acerca de sus conocimientos, percepciones y actitudes.

4.- **Conductual:** aquí el tratamiento incluye el cambio en las conductas del paciente, utilizando principalmente la teoría del aprendizaje. Esta evaluación incluye lo que hace el paciente ahora y la manera como lo hace; siendo importante evaluar los hábitos previos de salud.

En estos objetivos del paciente, cabe señalar que sólo se hace referencia a la evaluación de la enfermedad ya presente en las personas, sin embargo es claro el interés que se hace por considerar los factores biológicos y psicológicos así como resaltar el papel interactivo que tienen dos de los tres factores que propone el modelo biopsicosocial como determinantes de la salud y la enfermedad.

Los objetivos del medioambiente son tres:

1.- **La familia:** al evaluar el dominio físico del medio familiar es importante saber sobre la disponibilidad de los recursos económicos y tal vez de las características físicas de su casa como escenario, dependiendo del problema a evaluar. La historia del desarrollo de la familia y la experiencia de los cambios recientes, son aspectos importantes a considerar. Es relevante a su vez conocer sobre las enfermedades de otros miembros de la familia. También se deben retomar los

objetivos conductuales, afectivos y cognitivos a nivel familiar. En el área conductual es importante saber el grado en el cual los miembros de la familia participan en el cuidado de la salud del paciente. La evaluación de estas conductas puede influir sobre la enfermedad del paciente o su adaptación.

2.- El sistema de cuidado de la salud: aquí se deben evaluar los rubros físico, afectivo, cognitivo y conductual. En cuanto al primero, el clínico debe conocer las características físicas del lugar en el que el paciente será tratado. En el plano afectivo, es importante saber cómo se sienten los proveedores del cuidado de la salud acerca de los problemas del paciente, su enfermedad y tratamiento. Es necesario también evaluar sus actitudes y expectativas acerca de estos temas, así como de las expectativas del futuro de los pacientes. Cuando evalúa la conducta del sistema del cuidado de la salud en general, el clínico necesita estar consciente de las políticas y reglas que puedan afectar al paciente y su tratamiento. Es necesario también conocer que conductas específicas podrían presentarse en el personal que pudieran afectar la conducta del paciente.

3.- Medio sociocultural: los aspectos físicos del ambiente sociocultural del paciente incluyen los requerimientos físicos y flexibilidades de la ocupación del paciente, los recursos sociales, financieros y los servicios disponibles para el sujeto. Así mismo es relevante que conozca el clínico la naturaleza del círculo social del paciente incluyendo el tamaño, la densidad, proximidad y frecuencia del contacto del usuario con este grupo. A veces se hace necesario evaluar el ambiente natural del paciente en términos de salud ecológica. En el aspecto afectivo, es conveniente conocer los sentimientos culturales acerca del grupo étnico, estilo de vida y enfermedad. En relación a las características cognitivas, es necesario saber en qué consiste el modelo de la salud en dicha cultura; en términos de conducta de grandes sistemas socioculturales, es necesario conocer las costumbres étnicas que pudieran estar relacionadas con los síntomas reportados y la utilización del cuidado de la salud.

En los objetivos del medioambiente se resalta el factor social en la evaluación de la enfermedad en el paciente, considerando también la parte de la relación entre el paciente y el clínico que va permitir una mejor adhesión por parte del paciente a los tratamientos.

Para llevar a cabo la evaluación de los dos objetivos en este modelo, existen numerosos métodos que pueden utilizarse. Entre los métodos que más se utilizan son: la entrevista, los cuestionarios, los diarios, los Test psicométricos, la observación, medidas psicofisiológicas, y el archivo de datos, entre otros.

1.4 Estrategias de intervención en psicología de la salud.

Después de que se ha definido el problema y se ha integrado la información obtenida en la evaluación, el siguiente paso es elaborar un plan de intervención. El modelo que sugieren Belard y Cols. (1987) es un proceso flexible y sin preferencia específica por ninguna técnica ya que la elección variará de acuerdo a los objetivos y al problema particular. Las estrategias de intervención más comunes son:

1. El efecto placebo: es un procedimiento de cambio conductual y se sostiene en el hecho de que los cambios de conducta ocurren debido a las expectativas del paciente respecto al tratamiento que se le da.
2. Asesorías de apoyo: son consideradas como una forma no específica de intervención psicoterapéutica dirigida a la reducción del estrés del sujeto. Las asesorías pueden dirigirse a la familia, al individuo o bien haciendo uso de grupos de apoyo. Estas pueden ser administradas por otros profesionales de la salud, específicamente entrenados para ello. Las asesorías con el individuo y la familia, generalmente están basadas en modelos de tratamiento a corto plazo, y se enfoca a ayudar al paciente y a su grupo familiar para que haya un adecuado manejo del estrés y de las recomendaciones del tratamiento médico. A través de éstas, se establece una relación adecuada entre el médico, el paciente y el

psicólogo, y se asegura que los sentimientos de ansiedad y depresión sean normales. Los grupos de apoyo, permiten al paciente la confrontación y discusión de problemas similares al suyo, ya que se tocan temas como la ansiedad, diferentes tipos de afrontamiento así como información sobre las tratamientos médicos y sus consecuencias.

3. Psicoterapia verbal: existe una gran variedad de aproximaciones, como: la cognitivo conductual, la racional emotiva, la sistemática, etcétera. Se ha encontrado que puede reducir la utilización de algunos fármacos, decrementa el uso de narcóticos post-operación y reduce síntomas asociadas con úlceras.
4. Educación e información: en el tratamiento de la psicología de la salud, la educación enfocada al modelo Biopsicosocial y sus aplicaciones específicas en el paciente y en el problema, es considerada como esencial para todo tipo de tratamiento. La información es necesaria para obtener el consentimiento del paciente o de los familiares para todo tipo de tratamiento asegurando así el seguimiento adecuado.
5. Intervención en crisis: los tres objetivos principales para intervenir en una crisis son: la liberación del estrés del sujeto, b) el establecimiento del paciente a su anterior nivel de funcionamiento, y c) ayudar a la comprensión del sujeto de todas las acciones que están involucradas en su caso. Haciéndolo de una manera clara y detallada. Este procedimiento debe involucrar a la familia y a los profesionales que trabajan con el paciente.
6. Procedimientos de entrenamiento en relajación: es la estrategia de intervención más común, y generalmente se emplea combinada con las otras técnicas. Además es fácil de aprender y se administra a todo tipo de pacientes. Este procedimiento puede ser de tres tipos: relajación diafragmática, relajación progresiva, y relajación autógena entre otras.
7. Imaginación: esta estrategia hace uso del mundo interno, privado del sujeto, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigir a una relajación general, a una reducción de la ansiedad, del síntoma, y al cambio conductual. Puede ser de dos tipos: Imaginación guiada, y desensibilización encubierta.

8. Hipnosis: su propósito es producir cambios fisiológicos directos, cambios de percepción de un síntoma. Se ha considerado una técnica útil en el tratamiento del dolor y en el afrontamiento de la enfermedad crónica.
9. Bioretroalimentación: su objetivo principal es entrenar al paciente en el control voluntario de sus procesos fisiológicos.
10. Desensibilización sistemática: básicamente se entrena al sujeto a emitir una respuesta inconsistente con la ansiedad. Se presenta una jerarquía de circunstancias asociadas progresivamente a la ansiedad, y se repasan las escenas en orden creciente, buscando siempre que el sujeto esté evocando dichas escenas y se mantenga relajado.
11. Modelamiento: está basado en la teoría del aprendizaje, facilita la adquisición de conductas adaptativas mostradas por un modelo.
12. Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual: esta estrategia incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Se les enseñan habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico del paciente: ante la situación hospitalaria, ante el personal médico y ante la enfermedad.
13. Manejo de contingencias: su objetivo es incrementar las conductas adaptativas y decrementar aquellas que no lo son. Los procedimientos más empleados son: el reforzamiento positivo, el reforzamiento negativo, el castigo, respuestas de costo, y aproximaciones sucesivas.
14. Estrategias cognitivas: existe una gran variedad de éstas, para producir un cambio conductual entre ellas está, la distracción, la reestructuración cognitiva, y atención-distracción. El propósito de todas ellas es alejar la atención del sujeto de los eventos estresantes para lo cual se utiliza la imaginación placentera, tareas de destreza mental, conteo en voz alta, etcétera.

La evaluación, el diagnóstico y el tratamiento deben hacerse desde una perspectiva multidisciplinaria como lo propone el modelo biopsicosocial. Las estrategias de intervención descritas en los párrafos anteriores deben ajustarse a los tratamientos médicos que se utilizan para combatir las enfermedades y así la

16
terapia multidisciplinar servirá para abordar globalmente las necesidades que presenta cada persona frente a una enfermedad.

CAPITULO II CALIDAD DE VIDA

En este capítulo se definirá el concepto de calidad de vida, su importancia dentro del desarrollo humano y de la salud, y además se describirán algunas investigaciones que han abordado este concepto.

2.1 Definición de calidad de vida.

Frases como "Lo importante no es como muere un hombre, sino como vive" o "En la vida sucede igual que en el teatro. Lo importante no es cuanto dura la actuación sino cuan buena es"; relatan lo importante que es tener una buena calidad de vida.

Los aspectos positivos del estilo de vida (amar, trabajar, reír, y aprender), así como la importancia de conocerse a si mismo y a otros, conocer su medio ambiente, su misión en la vida y las formas de existencia en este planeta son tan importantes como conocer las consecuencias de un estilo de vida inadecuado: obesidad, alcoholismo, tabaquismo, el uso de drogas y otras enfermedades sociales.

La duración de la vida se define mejor como el potencial máximo de supervivencia de una especie determinada: la edad máxima a la que una persona puede llegar. En los seres humanos el tiempo máximo de supervivencia registrado es entre 110 y 115 años y no ha cambiado durante el último siglo. La duración de vida máxima posible, probablemente oscile entre 110 y 120 años. La duración de vida máxima para los humanos parece ser de unos 115 años; del elefante indio, 70; del caballo, 46; del gato doméstico, 28; del puerco, 27; de la oveja y del perro ,20; de la rata ,5; y del ratón casero ,3 (Viamonte, 1993).

No ha habido extensión alguna del límite de la duración de la vida. Solo está aumentando aquella proporción de la población que alcanza el límite biológico aparente de alrededor de 85 años. A pesar de los ensayos con vitamina E, diversos antioxidantes, hormonas y otros agentes no han logrado prolongar la vida de los animales experimentales, cada vez son menos los pronósticos de una vida prolongada.

Sin embargo, resultados como el aumento de 20 % a 40% de la duración de la vida alcanzado por las abejas reinas alimentadas con jalea real continúan avivando la imaginación humana con la esperanza de que alguna manipulación ambiental o producto, logre afectar los límites de la supervivencia humana. Una persona genéticamente favorecida y lo bastante afortunada para evitar enfermedades podría vivir mucho más de lo pronosticado.

Desde el punto de vista de crecimiento y desarrollo, es importante reconocer que no sólo los factores genéticos, sino también factores ambientales puedan afectar en forma importante la calidad de vida (Salamanca en: García, 1997).

La precariedad de las condiciones de vida de fracciones importantes de la población en casi todos los países del mundo así como las crisis políticas, socioeconómicas y ambientales que afectan a muchos individuos; tienen repercusiones directas sobre sus capacidades físicas y mentales para vivir una vida sana y productiva (Lassonde, 1997).

En el nivel teórico, la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye diversas dimensiones, tales como las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y calidad del entorno. La calidad se modela de acuerdo a la confrontación

permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos para el desarrollo vital del ser humano.

Es en esa contradicción entre lo que protege y lo que deteriora, donde se presenta este concepto, así la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano, es mejor, mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas. Es decir la capacidad de una sociedad de resolver satisfactoriamente en cantidad y calidad el conjunto de necesidades humanas y posibilitar el desarrollo humano, es lo que permite que su población tenga una mejor calidad de vida (Breih en: García 1997).

En la conceptualización que se hace de la calidad de vida en los párrafos anteriores parece ser que se hace a partir de las condiciones sociales y medio ambientales en la que el individuo vive y que repercuten en la calidad de vida individual y social. Sin embargo también existen autores que parten de una visión más individual para conceptualizar la calidad de vida.

En este intento, han surgido diversos postulados; Nussbaum (1993) propone que el concepto se refiere al sentido de bienestar que percibe una persona derivado de su experiencia ante la vida.

Lewis (citado en: Alvaradejo 1996) considera la calidad de vida como el grado en que el individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad. De tal manera Setién (1993) considera que es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material así como de buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal.

Secchi (1996) analiza el concepto de calidad de vida como un fenómeno transcultural y subjetivo; sostiene que no hay poca ni mucha calidad, sino sencillamente se tiene o no; la vida tiene calidad cuando se vive con vida. La transculturación es el elemento que nos permite generalizar al concepto, ya que aún dentro de una misma cultura y también dentro de un mismo nivel económico, cada individuo tiene su medida de calidad de vida.

Palomar (1995) ha considerado que la calidad de vida es el nivel de satisfacción que informa el individuo de acuerdo a la importancia que concede a cada una de las áreas que conforman su vida.

García (1997) define la calidad de vida como un constructor multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico) que determinan su bienestar.

Para un estudio más completo de la calidad de vida hay que retomar las dos visiones de las que parten los autores de los párrafos anteriores y al respecto, diversos especialistas y diferentes disciplinas han hecho aportaciones tanto en el terreno del entorno físico y biológico, de producción, de síntomas y signos de bienestar - malestar, como en necesidades humanas sociales de satisfacción. Igualmente se ha pretendido hacer uso del concepto con el fin de mejorar el bienestar social e individual a través de la interpretación estatal, logrando cubrir las necesidades humanas. Con estos elementos podemos decir que se trata de un concepto multidimensional (Setién, 1993).

González (1997) menciona que el concepto de calidad de vida tomando una visión más multidimensional, se refiere a la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose a los derechos humanos y laborales, tomando en cuenta los bienes económicos y la preocupación por la experiencia del individuo en su

vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. Sin embargo, no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por las circunstancias materiales; podemos encontrar a la infelicidad y la enfermedad psíquica bajo condiciones favorables de bienes materiales.

Por último la definición adoptada por las naciones unidas sobre calidad de vida como medida de bienestar físico, mental y social tal como la percibe cada individuo y cada grupo, comprende un estado satisfactorio en nueve factores que la componen: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social y derechos humanos.

2.2 Importancia de medir una calidad de vida.

Ahora que conocemos lo que es la calidad de vida, es importante también conocer la importancia de evaluar o medirla y al respecto Setién (1993) menciona que en el campo de la salud, los objetivos más altos de tener calidad estarían representados en una vida muy larga con un estado bueno de salud.

Recordemos que la salud se da con el bienestar físico, mental y social. Existen prácticas de conductas insanas como el beber alcohol en exceso o fumar, y sin embargo, son aspectos aceptados por la sociedad. Pero también se ha observado que existe una relación entre un mejor estado de salud con el no fumar, hacer ejercicio, consumir moderadamente alcohol, tener un peso adecuado, descansar de 7 a 8 horas diarias por la noche y llevar una buena alimentación.

Existen otros factores que influyen en la calidad de vida como puede ser la genética, la familia o un contexto disfuncional (Sumay, 1996). Pero también las emociones juegan un papel importante, sirviendo como punto de interacción continua entre las personas y su entorno físico y social (Poch, 1995).

Fernández (1994) trata el punto anterior argumentando más la importancia de la relación que existe entre las emociones y la salud. El principal problema para desarrollar esta idea reside en el gran contraste entre lo tangible y lo concreto de un diagnóstico médico, y lo subjetivo y un cambiante de las emociones humanas. La vía de acción más conocida de las emociones sobre la salud, es el estrés. Cuando éste se torna crónico, aumenta la vulnerabilidad de manera específica, ante las enfermedades. Con respecto a esta respuesta se ha descubierto que los mecanismos neuroendócrinos se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas, como psicológicas.

Font (1994) sostiene que el estudio científico de la calidad de vida en el ámbito de la salud es importante porque permite:

1. Conocer el impacto de la enfermedad y/o tratamiento a un nivel relevante diferente y complementario al nivel biológico-fisiológico.
2. Conocer los efectos secundarios de los tratamientos.
3. Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
4. Evaluar mejor las terapias paliativas.
5. Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
6. Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

De acuerdo con lo anterior se puede decir que las emociones y conductas negativas constituyen un riesgo para la salud. Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud, los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades como el cáncer y las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. (Fernández, 1994). Así se han creado pruebas que miden el estrés psicológico por el impacto de la enfermedad, tomando en cuenta, principalmente las áreas del funcionamiento físico, psicológico, social, relaciones sexuales y sentimientos acerca de la salud (Secchi, 1996).

2.3 Medición de la calidad de vida.

La medición de la calidad de vida es un aspecto que muestra el grado en que el individuo satisface sus necesidades (físicas, sociales, psicológicas, es decir de manera integral, sean materiales o no). El óptimo de calidad de vida coincide con las metas del desarrollo personal. Los indicadores sociales son un conjunto de indicadores integrados dentro de un marco de referencia coherente que permite la medida de los componentes de la calidad de vida.

Nussbaum (1993) señala la existencia de tres comportamientos fundamentales dentro del campo de la calidad de vida. El primero es la función física que comprende la discapacidad, ocupación, manejo del hogar, sueño, nutrición, sexo y entretenimientos. La segunda función es social, familiar, vida social y dependencia. Y por último una tercera función: la emocional que comprende aislamiento, la depresión y la ansiedad.

Bock (1993) menciona que la mayor dificultad, en el desarrollo de medidas de calidad de vida estandarizadas, es la ausencia de una definición universal; es por esto que para su medición; la calidad de vida se ha dividido en subjetiva y en objetiva.

La perspectiva objetiva depende de lo que puede ser observable desde el exterior. En pacientes enfermos existen algunos aspectos importantes que no pueden ser visibles, por lo que se reporta como calidad de vida, en el sentido de bienestar, alegría y satisfacción hacia la vida, es decir, de manera subjetiva Baker y Curbow (citados en: Alvaradejo 1996).

A continuación se presentan los rubros que Font (1994) considera que debe contemplar un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas:

1. Medir la calidad de vida en relación con la salud.
2. Constatar la reducción de calidad de vida producida por la enfermedad.
3. Incluir diferentes aspectos o niveles (físico, psicológico, familiar y social).
4. Centrarse en los temas de la vida diaria del paciente.
5. Considerar el aspecto subjetivo de la calidad de vida.
6. Ofrecer diferentes posibilidades de valoración.
7. Satisfacer los requerimientos metodológicos de especificidad y claridad de los reactivos, sensibilidad, discriminación longitudinal.
8. Ser repetible, autoadministrable, sencillo y presentar un grado aceptable de fiabilidad y validez.

Para el estudio y la aplicación en la calidad de vida de personas que no presentan enfermedades de ningún tipo, dichas aspectos exige establecer lineamientos metódicos, que delimiten las competencias multidimensionales a nivel categorías. En ese sentido, San Martín y Pastor (1990) la dividen en cinco áreas básicas:

1. Capacidad funcional para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y participación en actividades recreativas.
2. Funciones sociales en relación con los amigos, la familia y la comunidad.
3. Funciones intelectuales, capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.
4. Estado emocional y bienestar general incluyendo evaluación a nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta, tenor y cólera.
5. Situación económica en función de mantener su nivel de vida en caso de perder la seguridad de solvencia.

Las medidas de calidad de vida se han aplicado a distintos ámbitos geográficos. También se han medido temas concretos como la calidad de vida respecto al trabajo, a la vivienda, entre otros. Igualmente se ha estudiado la calidad de vida de grupos específicos de población como los enfermos o los ancianos. A continuación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se expondrán algunas investigaciones que han evaluado la calidad de vida en diferentes poblaciones y con distintos objetivos.

2.4 Líneas de investigación sobre calidad de vida.

En los últimos años, la investigación en la salud, se ha preocupado por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de y para la salud. Especialmente en la investigación clínico-epidemiológica, el concepto de calidad de vida ha sido utilizado sobre todo para describir y evaluar las condiciones de supervivencia de enfermos a los que se les prolonga la vida, como resultado de la investigación médica y de tecnología para la salud; tal es el caso en los estudios de Esquivel y Jiménez (2000) quienes hicieron una evaluación subjetiva del bienestar y la salud en ancianos. En su introducción ellos mencionan que los estudios de la Calidad de Vida tienen como objetivo principal identificar las variables que están relacionadas con el bienestar, la salud y la susceptibilidad de enfermar. La evaluación subjetiva de la calidad de vida emplea las valoraciones de los individuos sobre las condiciones de su propia vida. En los ancianos, como grupo en riesgo, la adquisición de conductas saludables como la práctica de actividad física cobra importancia como factor que conduce al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida, disminuyendo los efectos que conlleva una vida sedentaria. El deterioro que caracteriza al envejecimiento puede tener repercusiones en la salud bucal, asimismo en la auto percepción. Los objetivos de la investigación fueron los siguientes 1) Analizar la relación entre el bienestar subjetivo y la auto percepción de salud de un grupo de ancianos que realiza actividad física, 2) Conocer sus niveles y tipo de actividad física, y 3) Estudiar la percepción que tienen de su salud bucal. Para realizar esta investigación se llevó a cabo un estudio *expost - facto*, transversal con un grupo de 80 ancianos (60 a 85 años, media 71) que practican actividad física en Centros Sociales del INSEN. También se aplicaron 4 instrumentos para valorar subjetivamente el bienestar, salud, actividad física y

salud bucal. Encontrando en sus resultados que la muestra estuvo constituida por 78.8% de mujeres y 21.3% de hombres, que en su mayoría (60%) no contaban con pareja (solteros, viudos o divorciados), mientras que el 40% estaba casado o con pareja; tres cuartas partes tienen como mínimo la educación básica, para más de la mitad (55%), el hogar es su actividad principal. Las actividades físicas que realizan con más frecuencia son de tipo anaeróbico y el promedio de práctica a la semana es de 5.5 horas. El 68.8% percibe que está bien el estado de su boca; el 80% usa prótesis, principalmente del tipo parcial removible; el 68% considera que la salud bucal tiene efecto en su salud general. Cerca de 80% dijo estar satisfecho o muy satisfecho con su vida. En base a estos resultados los investigadores concluyeron que son importantes las evaluaciones que los individuos hacen sobre su salud y su asociación con el bienestar subjetivo, el cual puede ser decisivo en su estado de salud y en los procesos de enfermar. La práctica deportiva mejora la percepción de la salud y el bienestar. Por último reconocen el efecto que la salud bucal tiene en la salud general permitiendo tomar acciones encaminadas a su mantenimiento.

Continuando con la exploración de líneas de investigación sobre la calidad de vida existe una que fue realizada por Vargas e Ibáñez (2000). Ellos dicen que las enfermedades físicas son una parte de la vida con la cual los seres humanos tenemos que convivir. Existen todo tipo de enfermedades, sin embargo, se pueden dividir de manera general en dos: agudas y crónicas, estos dos tipos de enfermedades tienen a su vez diferentes implicaciones psicológicas. Los cuidados que se deben proporcionar también son diferentes. En el caso de una enfermedad crónica en donde el paciente ni se cura ni se muere, redundando en una baja calidad de vida, la cual se ha evaluado de diferentes formas. Algunas formas de evaluación están elaboradas en Estados Unidos y no son apropiadas por la tanto para nuestro país. Por lo tanto era necesario elaborar un cuestionario que evaluará la calidad de vida, aplicándolo a enfermos crónicos de nuestro país y así generar estrategias de intervención para mejorar su calidad de vida. Su investigación fue cuantitativa, descriptiva, transversal, no experimental. Se elaboró

un cuestionario con las áreas más importantes para la evaluación de la calidad de vida: salud, sexual, familiar, interpersonal, laboral, emotivo - afectiva, planes a futuro, cuidado y apariencia personal, nivel socioeconómico y académico. Se contestaba con una escala Likert y fue piloteado con 30 personas y constaba de 50 reactivos, posteriormente se aplicó a 50 personas con enfermedades crónicas del Hospital General de Zona 2-a del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los resultados se compilaron en una base de datos dentro del programa de computadora SPSS. De acuerdo con los resultados se encontró que tienen una autopercepción negativa de su calidad de vida, se aíslan de las demás personas, lo que no les permite ampliar su campo social y tienen constantes problemas familiares principalmente debido a problemas de comunicación.

Recientemente J. Cabrera (2001) llevó a cabo una investigación donde evaluó la calidad de vida de personas obsesas y anoréxicas. La muestra de los sujetos estuvo dividida en dos grupos conformados por 99 anoréxicas y 97 obesas, estudiantes de preparatorias particulares, con un rango de edad de 15 a 21 años. La finalidad de la investigación era comparar la calidad de vida en relación con su salud total, salud reciente, hábitos positivos, hábitos negativos, vigilancia de salud y estado ansioso. Para tal efecto, se utilizó un cuestionario de calidad de vida, constituido por 127 ítems, en dos subescalas, la primera de ellas, evalúa el funcionamiento de la salud, en cinco áreas y la segunda evalúa el funcionamiento psicosocial en cuatro áreas. En los resultados se encontró que existen diferencias significativas entre ambos grupos, en las áreas revisadas las cuales son salud total, salud reciente, hábitos positivos, hábitos negativos, vigilancia de salud y solamente no hubo diferencias significativas, en el área relacionada con el estado ansioso. Este investigador concluye que la calidad de vida en las mujeres anoréxicas es diferente que en las obesas, en esta edad, y en ambos casos sólo se sugiere la atención psicológica.

Utilizando ese mismo instrumento S. Cabrera (2001) realizó una investigación donde se analizaron algunas áreas. El instrumento se aplicó a 96 adolescentes consumidores de cocaína y 99 que no consumían ninguna sustancia. Los resultados indicaron que existen diferencias significativas en las categorías de salud reciente, hábitos negativos, vigilancia de salud y apoyo emocional, entre consumidores y no consumidores. En las categorías de hábitos positivos y tratamiento de emergencia, no se encontraron diferencias significativas. De lo anterior, el investigador concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida de adolescentes consumidores de cocaína y no consumidores, siendo inferior el nivel de calidad de vida de los primeros.

A partir del año anterior la calidad de vida fue un concepto cada vez más investigado por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Un grupo de psicólogos (González, Moreno, Pérez, y Ramos 2001) realizaron un trabajo que forma parte de un proyecto de investigación sobre psicología de la salud, donde argumentan que los pacientes con alguna enfermedad crónica tienen muchos problemas para mantener una calidad de vida aceptable. Sin embargo, es poca la investigación que se ha llevado a cabo para describir con precisión este fenómeno. En este sentido, la investigación tuvo como objetivo describir la calidad de vida de mujeres que sufren cáncer de mama en diferentes etapas. Se trabajó con 100 mujeres en edades entre 27 y 90 años que acuden a consulta externa del servicio de cáncer en el hospital de oncología del centro médico siglo XXI. Se utilizó un cuestionario que evaluó la calidad de vida, el cual fue administrado en forma de entrevista a cada una de las pacientes con el fin de conocer el estilo de vida de cada una de ellas. Los resultados obtenidos muestran que hay diferencias significativas en lo que corresponde a la información que buscan sobre su enfermedad, el consumo de bebidas alcohólicas y a buscar ayuda de los demás para afrontar su enfermedad. Estos investigadores concluyeron que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama se ve deteriorada por la enfermedad, ya que al ser

diagnosticados con cáncer de mama en cualquier etapa, experimentan un cambio de vida bastante drástico, que afecta completamente su vida.

La calidad de vida en los adultos en plenitud constituye un aspecto central de su bienestar general y está relacionada con otros elementos de funcionamiento humano como son la salud física y psicológica, el desarrollo de habilidades sociales y la interacción con el medio ambiente. Al respecto González y Rodríguez (2001) evaluaron la calidad de vida y analizaron la contribución de los cuatro componentes que la integran: salud física y psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. En sus resultados encontraron diferencias significativas entre la percepción de la salud física y psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. La conclusión a la que llegaron estos investigadores sostiene que los recursos con que cuentan los adultos mayores para tener una buena calidad de vida son reducidos, principalmente en los aspectos de relaciones sociales y medio ambiente; sin embargo, en cuanto a la salud física y psicológica son comparables, hasta cierto punto. Por lo que destacan la necesidad de implementar programas interdisciplinarios que contribuyan a fortalecer y mejorar la calidad de vida de los adultos en plenitud.

Después de describir algunas investigaciones donde el objetivo principal común era evaluar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas y en edad adulta; cabe resaltar que un aspecto por considerar en los instrumentos de evaluación es precisamente la valoración subjetiva que hacen las personas de su salud así como también considerar las áreas de la calidad de vida. En las conclusiones de manera general puede decirse que una buena calidad de vida en las personas es influida en primer lugar por la valoración subjetiva que hagan ellas de su salud, como se menciona en la conceptualización de calidad de vida, en segundo lugar los hábitos insanos que presentan las personas son factores que influyen notablemente en la calidad de vida; en tercer lugar la importancia del impacto emocional que pueden llegar a presentar algunas personas al momento de diagnosticarles o presentar enfermedades crónicas y repercutir en el agravio de

la misma enfermedad; y por último, la necesidad de crear formas de evaluación apropiadas que se puedan aplicar a los enfermos y personas mexicanas y después generar estrategias de intervención para los enfermos y programas interdisciplinarios que permitan mejorar la calidad de vida de las personas.

CAPITULO III V.I.H./S.I.D.A.

En este capítulo se hablará de lo que es V.I.H., sus síntomas iniciales, las pruebas de laboratorio para la detección del virus, y las recomendaciones que se les hace a las personas que son notificadas como portadoras del virus. También se definirá que es el S.I.D.A., cuáles son sus manifestaciones clínicas, los cofactores de riesgo que están presentes en la evolución de la enfermedad así como los aspectos psicológicos relacionados con la infección, y los tratamientos médicos que son empleados para controlar el V.I.H./S.I.D.A.

3.1 ¿Que es el V.I.H.?

El V.I.H. es el Virus de Inmunodeficiencia Humana. El V.I.H. puede destruir las defensas naturales del Sistema Inmunológico Humano y es el causante del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.).

Según Fernández (1999a) el VIH significa: (V) Virus con gran capacidad de mutación, ataca las células del sistema inmunológico, para reproducirse y sobrevivir necesita estar dentro de células vivas. (I) Inmunodeficiencia; significa que el sistema inmunológico está disminuido y no es capaz de defender eficazmente al organismo contra el ataque de microorganismos. (H) Humana; que solamente el virus puede replicarse en los humanos.

El virus del V.I.H. fue llamado en un principio LAV/HTLV III (Romo y Salido, 1997) y después por acuerdo internacional Virus de Inmunodeficiencia Humana. Clasificado en el grupo Lentiviridae, forma parte del género retrovirinae, que incluye agentes con capacidad oncogénica capaces de causar también enfermedades no neoplásicas. El virión, de 100Nm de diámetro, tiene genoma monocatenario de RNA cuyo peso molecular es de 10×10^8 Daltons; la nucleocápsula de simetría helicoidal y forma cilíndrica de extremos convexos, está protegida por una doble clamide provista de espículas en su hoja externa,

recíprocas, desde el punto de vista antigénico, del receptor molecular CD4, mismas que contienen la glucoproteína gp 110/120 y la glucoproteína transmembranosa gp41, antígenos con que se identifica al virus y no unidas de modo covalente. En el seno de la nucleocápsula existen dos moléculas gemelas de RNA a las que están asociadas las moléculas correspondientes de DNA-polimerasa, dependiente del RNA, una parte de lo que se conoce como transcriptasa de inversión; tal estructura genética, le difiere al V.I.H. marcada capacidad citocida para las células susceptibles, al tiempo que la clámide, por su naturaleza lipoproteica, lo hace sensible a los agentes físicos y químicos y le confiere también la propiedad de alterar su fenotipo, fenómeno que más tarde dará como resultado la adquisición de antígenos nuevos, diferentes. Este hecho favorece la aparición de nuevas cepas y con ello agrega mayor dificultad a la obtención de las tan ansiadas vacunas (Romo y Salido, 1997).

3.2 Síntomas iniciales por la Infección de VIH.

La infección del V.I.H., Fernández (1999a) señala que puede identificarse por los siguientes síntomas: 1. Ganglios inflamados por más de tres meses. 2. Fiebres o escalofríos inexplicables y persistentes. 3. Diarrea persistente. 4. Pérdida de peso inexplicable. 5. Fatiga inexplicable y prolongada. 6. Tos seca persistente con dificultades respiratorias. 7. Manchas anormales en la piel, rojas o moradas, que no desaparecen. 8. Una capa espesa y blanca en la lengua. 9. Propensión a las hemorragias.

Este mismo autor menciona que las etapas de la infección con el V.I.H. son tres: Asintomática, Sintomática y S.I.D.A. En la etapa Asintomática estar infectado con el V.I.H. no significa que la persona tenga S.I.D.A. La mayoría de las personas infectadas con el V.I.H. son asintomáticas, es decir, no presentan ningún síntoma de la enfermedad. Cuando una persona contrae la infección del V.I.H., puede verse y sentirse saludable durante un largo período. Las investigaciones han

indicado que el período medio de incubación del V.I.H. (el tiempo que transcurre entre el contagio inicial con el virus y la aparición de los primeros síntomas relacionados con éste) es de cinco a diez años. Las personas asintomáticas pueden transmitirle el V.I.H. a otras personas

La segunda etapa es la sintomática y es cuando una vez que se ha contraído la infección del V.I.H., éste comienza a desarrollar síntomas. En esta etapa la persona puede presentar una variedad de síntomas tales como inflamación de ganglios, fatiga, fiebre, escalofríos nocturnos, diarrea crónica y pérdida de peso. Estos síntomas pueden hacer que la persona tenga que dejar de trabajar o que no pueda funcionar normalmente en su vida diaria, aunque aún no reúna los criterios para un diagnóstico de S.I.D.A. Las personas sintomáticas también pueden transmitir el V.I.H. a otras personas.

En la tercera etapa que es el S.I.D.A. es sólo cuando una persona está infectada con el V.I.H. y ha desarrollado una variedad específica de infecciones oportunistas u otras enfermedades potencialmente mortales. Algunos síntomas del S.I.D.A. son semejantes a los de muchas otras enfermedades, incluyendo el resfrío simple. Sólo los médicos están en la capacidad de diagnosticar el S.I.D.A.

3.3 Pruebas de laboratorio para la detección del V.I.H.

La forma de saber si se tiene el V.I.H. es preguntándose primero si se ha tenido relaciones sexuales de riesgo, es decir sin protección; o si ha estado expuesto a transfusiones de sangre o trasplantes de órganos y/o tejidos afectados; y por último si se ha compartido jeringas para drogarse. Después de haber hecho estas preguntas y si se tiene la duda de que se ha incurrido en alguna de estas circunstancias, la mejor forma de confirmar si se tiene o no el V.I.H., es mediante pruebas de laboratorio. Se analiza el suero sanguíneo y se buscan los anticuerpos que produce el sistema inmunológico contra el V.I.H. Si se encuentran dichos

anticuerpos, se dice que la persona es seropositiva o que vive con V.I.H. Si aún no desarrolla algún síntoma o enfermedad que caracteriza a la etapa del S.I.D.A., se dice que es asintomático. Sin embargo, pueden pasar varios años sin que una persona asintomática desarrolle el síndrome.

Desde la aparición de la infección por V.I.H. los diferentes países o más bien sus científicos se han estado preocupando por los diferentes tratamientos para detener el progreso de la enfermedad así como también realizar una detección más oportuna de la infección del V.I.H. Para llevar a cabo las pruebas de detección es importante obtener una muestra sanguínea de la persona interesada, esta toma de muestra debe llevarse a cabo con un promedio de cuatro horas de ayuno. Según Fernández (1999a) existen dos tipos de métodos para diagnosticar anticuerpos para V.I.H.:

Directo: Aislamiento del virus, determinación de antígeno, e hibridación por sondas de DNA.

Indirecto: Ensayo inmunoenzimático (Elisa), aglutinación, y la Western Blot.

El método más usado es el indirecto (sólo las pruebas de Elisa y la Western Blot), además de ser más práctico también es el que más se tiene al alcance en México. La prueba de aglutinación es un método que solo se lleva a cabo en laboratorios de urgencia donde es importante saber el estado serológico del paciente al que se va intervenir de inmediato.

Existe otra forma de llamar las pruebas que detectan los anticuerpos contra el V.I.H.): pruebas iniciales de detección o tamizaje y pruebas suplementarias o confirmatorias (Fernández, 1999a). Las pruebas de tamizaje son las de Elisa y aglutinación. Entre las pruebas suplementarias o confirmatorias, están la inmunoelectrotransferencia o Western Blot. En pacientes sin manifestaciones clínicas ni otras pruebas disponibles, las pruebas de tamizaje siempre deben ser confirmadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una vez tomadas las muestras de sangre y realizadas posteriormente las pruebas, el diagnóstico de la infección por V.I.H. se considera generalmente de dos formas, positivo y negativo. Se considera como persona infectada por V.I.H. o seropositiva aquella que presente dos resultados positivos de pruebas de Elisa o Aglutinación y prueba suplementaria; así como también dos resultados positivos en las pruebas de Elisa o Aglutinación; y por último un resultado positivo en solo una prueba de Western Blot. Un resultado es considerado como negativo cuando solo una de las pruebas de Elisa o Aglutinación resultó positiva, o cuando el resultado de la pruebas de Western Blot es negativa.

Las pruebas de anticuerpos V.I.H. definen la ausencia o presencia de la enfermedad, pero no determinan la etapa de la infección en la persona. Los avances recientes en el tratamiento de personas asintomáticas infectadas con V.I.H. obligan a las personas a ir con un médico especializado para determinar el tipo de tratamiento a seguir.

3.3.1 Recomendaciones para personas con V.I.H.

Las recomendaciones para limitar la transmisión del V.I.H. de personas infectadas a otras deben recalcar la función de los líquidos corporales, en especial sangre y semen. Se piensa que las prácticas sexuales con mayor riesgo de transmisión del virus son el coito anal y el coito vaginal. Se recomiendan métodos de protección como el condón para cualquier manera de coito, incluso coito oral-vaginal.

Autores como Durham y Cohen (1994) sugieren que es valioso investigar si la persona comprende el uso del condón, el sentimiento que le despierta el empleo de éste y la posible resistencia a utilizarlo. Para muchas personas el consejo de evitar el embarazo o el usar condón es una cosa difícil de aceptar. Suprimir la lactación al seno materno también es un problema emocional para algunas mujeres con V.I.H.

Durham y Cohen (1994) hacen también algunas recomendaciones basadas en el sentido común que proporcionan al sujeto un mayor sentido de control y que mejoran su estado básico de salud, son las siguientes: las bebidas alcohólicas, drogas y el hábito de fumar, dormir lo suficiente, y alimentarse con una dieta saludable.

3.4 Manifestaciones clínicas del S.I.D.A.

Según Daniels (1998) el S.I.D.A. son las siglas que significan Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una infección que ataca el sistema de defensas del cuerpo humano y lo deja desprotegido ante el ataque de microorganismos. S.I.D.A. significa: (S) síndrome y es la enfermedad o condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente, (I) inmuno y se refiere que el sistema inmunológico, es decir, al sistema del organismo que combate las enfermedades, (D) deficiencia e indica la falta o carencia de algo, en este caso se refiere a la debilidad del sistema inmunológico, y (A) adquirido y quiere decir que no es una condición genética o hereditaria, sino que se adquiere después de la concepción a consecuencia de acciones específicas.

El S.I.D.A. es una enfermedad que ataca al sistema inmunológico, debilitando las defensas naturales del organismo contra microbios e infecciones. Esta deja a la persona vulnerable a una variedad de infecciones y enfermedades potencialmente mortales que no la dañarían si tuviera un sistema inmunológico sano.

El S.I.D.A. es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.). Este virus actúa de la siguiente manera: el V.I.H. ataca las células T, una variedad de glóbulos blancos que actúan como coordinadores del sistema inmunológico y como mecanismo de alarma que provocan una respuesta de defensa inmunológica para combatir diferentes gérmenes (como virus y bacterias) que invaden el cuerpo. El V.I.H. preferentemente ataca las células CD4 de las células T. Una persona en condiciones normales tiene aproximadamente 1000 células CD4 por mililitro de sangre, en los pacientes con infección por V.I.H. el número de estas células disminuye. Las personas ya con S.I.D.A. usualmente presentarán una cuenta de células CD4 por debajo de 200 células por mililitro de sangre (Fernández, 1999a).

Cuando las células T activan la alarma, las células B acuden a identificar la sustancia extraña al organismo, en este caso el V.I.H., y la contraatacan produciendo anticuerpos. Los anticuerpos normalmente trabajan para controlar al invasor (antígeno). En el caso del V.I.H., las células B producen un anticuerpo defectuoso el cual, aunque sirve como indicador de la infección del V.I.H., no las elimina (Fernández, 1999a).

Los principales síntomas del S.I.D.A., Daniels (1998) dice que son: 1. Diarrea continua por más de un mes, sin causa identificada; 2. Fiebre, escalofríos o sudores nocturnos sin explicación por más de un mes; 3. Ganglios inflamados en cuello, axilas o ingle por más de un mes; 4. Pérdida del 10% del peso corporal habitual que no se deba a dieta; 5. Tos persistente no relacionada a fumar o gripe; 6. Cansancio, mareos o dolores de cabeza persistentes sin explicación; y 7. Manchas rosadas o púrpuras, planas o elevadas en piel, boca, nariz, párpados o recto que no desaparezcan con el tiempo.

Cabe aclarar que la diferencia entre tener V.I.H. y tener S.I.D.A. está en el número de defensas con que se cuenta en el Sistema Inmunológico de la persona afectada. Cuando el V.I.H. está en su desarrollo, hace caer a las defensas del sistema inmunológico, por lo tanto hay que apoyar y proteger a este sistema para no desarrollar infecciones que se conviertan en enfermedades y por lo tanto evitar así que se convierta en S.I.D.A. Cuando el V.I.H. no se controla y se desarrolla el S.I.D.A., es porque las defensas del sistema inmunológico ya no responden a ningún tratamiento y debido a esto aparecen una o varias de los síntomas que caracterizan a esta etapa.

3.4.1 Cofactores de riesgo en la evolución del S.I.D.A.

Aunque el V.I.H. es el agente etiológico del S.I.D.A., Durham y Cohen (1994) argumentan que existen otros factores que también pueden contribuir. Los cofactores son elementos que pueden influir desde el contagio del V.I.H. eficacia de transmisión, desarrollo de manifestaciones clínicas específicas del S.I.D.A., avance de la enfermedad y etapa final. Los cofactores pueden actuar junto con el V.I.H. para modular la expresión clínica de la enfermedad. Entre los cofactores se incluyen los relacionados con el huésped, microorganismo, ambiente y efecto de la interacción de los factores individuales. Varios factores pueden actuar en conjunto para producir un efecto común como la disfunción subclínica inmunológica previa. Esto puede ser por exposición repetida al antígeno, exposición repetida a semen absorbido en la sangre, exposición a enfermedades infecciosas. La importancia de estos factores determinantes de susceptibilidad es especulativa.

Los factores conductuales como las prácticas sexuales y el uso de drogas pueden también intervenir. Muchas otras personas con periodo de incubación aparentemente tienen un estilo de vida que los expone a multitud de microorganismos patógenos, sea por instrumentos contaminados para

administrarse drogas o por el contacto con múltiples parejas y prácticas sexuales. Las conductas de alto riesgo se pueden considerar cofactores del huésped y hay que continuar estos esfuerzos además de prevención incluyendo educación orientada a cambios objetivos de conducta.

3.5 Aspectos psicológicos relacionados por la infección con V.I.H./S.I.D.A.

También la detección del V.I.H. es un momento difícil para la mayoría de las personas, cuyas reacciones frente a este hecho dependen de una serie de variables tales como: historia personal, característica de la personalidad, sexo, edad, religión, antecedentes culturales, entre otras. Sin embargo, las reacciones emocionales son muy diferentes en cada caso ante la noticia de un resultado positivo y un diagnóstico de S.I.D.A. (Romo y Salido, 1997).

Fernández (1999b) afirma que la infección por V.I.H./S.I.D.A. no sólo afecta la parte biológica del individuo, sino también repercute ampliamente en la esfera psicológica, ya que al recibir la notificación de una enfermedad tan estigmatizada y sobre la cual existen tantos mitos y tabúes, algunas personas experimentan una sensación de desesperación e inestabilidad emocional. Son muchos los aspectos del V.I.H./S.I.D.A. que originan estrés en las personas afectadas, que se han identificado como períodos críticos a nivel psicológico y éstos son ante la detección de la infección, el inicio de un tratamiento, y la aparición de los síntomas clínicos y el diagnóstico de S.I.D.A.

En el caso de las personas que reciben un resultado positivo, la experiencia acumulada en atención psicológica a estos pacientes señala que las reacciones son muy diferentes de una persona a otra, en algunos ocasiones la vivencia puede ser tan dolorosa que el individuo no da cuenta del proceso y el período de ajuste es muy variado (Carovano y Ramos, 1991). Sin embargo se han expuesto algunos modelos que describen lo que pasa una persona que enfrenta esta experiencia.

Entre las reacciones iniciales más frecuentes ante la notificación; Fernández (1999b), Romo y Salido (1997) señalan las siguientes: conmoción o crisis, los individuos suelen sentirse aturridos, confundidos, no pueden pensar con claridad, en ocasiones se acompaña de llanto. En otros la reacción es ira, o bien puede guardar silencio, aparentemente tranquilos y sin extremar ninguna emoción. Una vez que ha pasado este periodo inicial, algunas personas se sienten abrumadas emocionalmente y experimentan una sensación de pérdida de control, seguida de una sucesión de emociones, pensamientos e interrogantes.

Después de estas reacciones inmediatas, la persona puede atravesar por una serie de estadios, que según Arango (1989) son:

- 1.- Estadio de choque: la persona experimenta un aturdimiento, una gama de sentimientos y vivencias; temor al rechazo y al abandono, miedo al deterioro físico, ideas suicidas, impotencia, desesperación, culpabilidad y autocensura.
- 2.- Estadio de negación: a menudo se presenta la negación, que actúa como defensa y se manifiesta por no reconocer el hecho, por ejemplo, en este período el paciente puede repetir su examen en varias instituciones, buscando un error en el diagnóstico.
- 3.- Estadio de depresión: se manifiesta por retraimiento; desinterés y apatía en actividades cotidianas; pérdida de la atención, la concentración y la memoria, pérdida del apetito, trastornos del sueño y sentimientos de tristeza. Puede variar desde un estado leve o severo y con frecuencia se acompaña de pensamientos suicidas.
- 4.- Estadio de rabia o ira: la rabia es un sentimiento que se presenta frecuentemente y puede expresarse contra amigos, familiares personal de salud y hacia sí mismo.

Según Miller, Weber y Green (1989) la familia, amigos y pareja del enfermo con V.I.H./S.I.D.A. pasan por fases similares y requieren apoyo para enfrentar el diagnóstico, ya que el desgaste físico y emocional que esta situación produce, genera estados de estrés que repercuten en la salud y actitud de la familia hacia el enfermo.

3.6 Tratamientos médicos para controlar la infección por V.I.H.

Los efectos del V.I.H. en el sistema inmunológico Durham y Cohen (1994) afirman que incrementan la susceptibilidad de la persona afectada a una gran variedad de infecciones oportunistas, muchas de las cuales rara vez se observaban antes de 1980. Las personas infectadas con V.I.H. pueden mostrar una amplia gama de efectos que van desde una infección aguda seguida por un cuadro asintomático hasta S.I.D.A. declarado. La naturaleza exacta de las infecciones y de los órganos y sistemas afectados puede ser específica de cada persona, complicando la presentación clínica individual. Así también los signos y síntomas de pacientes con infección de V.I.H. dependen de la naturaleza de la infección oportunista subyacente y de los órganos y sistemas directa o indirectamente afectados.

En los últimos años el mayor esfuerzo terapéutico para combatir el virus, se orienta hacia la propia infección del V.I.H. Los conceptos del tratamiento actual pueden resumirse de la siguiente manera:

- 1.- El tratamiento se dirige al propio V.I.H. tratando de eliminarlo o de prevenir su reactivación o avance.
- 2.- Fortalecer la inmunocompetencia de la persona.
- 3.- Terapéutica orientada a prevenir o tratar infecciones por oportunistas o recurrencia de las mismas.
- 4.- Terapéutica dirigida al tratamiento de neoplasias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.- Terapéutica encaminada a combatir efectos colaterales de las diferentes modalidades de tratamiento.

6.- Combinaciones de estas terapéuticas.

De esta forma el tratamiento médico que se asigna a cada persona con V.I.H. dependerá del cuadro clínico que presente en ese momento. El cuadro clínico que presenta la persona infectada por V.I.H. depende del tipo de clasificación que se utilizó para evaluar su situación. En la actualidad existen muchos tipos de clasificación pero los más importantes y los que más se utilizan son los que se presentan a continuación.

El Center for Disease Control desarrolló un sistema de clasificación para las diversas enfermedades ocasionadas por V.I.H (Durham y Cohen, 1994). Este sistema establece definiciones y clasificaciones más utilizables en el cuidado de pacientes, planeación de la atención a la salud, estrategias de salud pública, actividades de prevención y control y estudios epidemiológicos. El sistema ordena las manifestaciones de la infección V.I.H. en cuatro grupos mutuamente excluyentes (ver anexo 1). La clasificación no asigna a cada grupo un pronóstico o gravedad del padecimiento. En cada grupo hay una jerarquía, en la que no se puede reclasificar a una persona ya incluida en alguno de los grupos precedentes en caso que los datos clínicos se resuelvan. La justificación de este sistema es que la mejoría clínica no refleja con exactitud cambios en la gravedad de la enfermedad. Existe una revisión periódica de esta clasificación a medida que evolucionen nuevas técnicas de diagnóstico y avanza el conocimiento. Las nuevas clasificaciones no cambian la definición de S.I.D.A. según se emplea en este centro para la publicación nacional y los pacientes cuyo cuadro clínico satisfaga la definición.

Otro sistema de clasificación es el llamado Walter Reed (Durham y Cohen, 1994), este sistema se emplea para el seguimiento de pacientes desde la exposición al V.I.H. (ver anexo 2). En las etapas se incorporan anticuerpos V.I.H. o exposición al virus, presencia o ausencia de linfadenopatía, número de células T-cooperadoras, reacción de hipersensibilidad retardada según se mide con pruebas cutáneas, presencia o ausencia de moniliasis bucal. Se considera el desarrollo de neoplasias. Pero no se comprende en los criterios esenciales para cada etapa. Linfadenopatía y anomalías en células T4 y pruebas cutáneas deben persistir cuando menos tres meses antes de aceptarlas como criterios.

De manera general puede decirse entonces que los tratamientos médicos para combatir la infección por V.I.H. van dirigidos para destruir el V.I.H. de manera directa en la que suministran antivirales; o reforzar la respuesta inmunológica natural mediante el tratamiento llamado Inmunomodulación en el que se han desarrollado dos estrategias; una emplea fármacos o productos derivados de células para estimular la respuesta inmunológica y otra se orienta a desarrollar una vacuna para proteger contra infecciones futuras.

CONCLUSIONES

El propósito de la presente tesina fue realizar un análisis de la relación que puede existir entre la calidad de vida y el desarrollo del S.I.D.A. en personas infectadas por V.I.H. La revisión e integración bibliográfica que hice en este trabajo me permite reconocer que efectivamente existen cofactores en la calidad de vida de las personas infectadas con V.I.H. que pueden influir determinadamente en el pronto desarrollo del S.I.D.A. Y por lo tanto esto también argumenta entonces la importancia que tiene evaluar la calidad de vida de las personas infectadas con V.I.H.

Los cofactores influyen en el contagio del V.I.H., en la eficacia de la transmisión, en el desarrollo de manifestaciones clínicas específicas del S.I.D.A., en el avance de la enfermedad y por último en la etapa final. Los cofactores actúan junto con el V.I.H. para modular la expresión clínica de la enfermedad. Aunque el V.I.H. es el agente etiológico del S.I.D.A., existen entonces otros factores que también pueden contribuir a su desarrollo. Entre los cofactores se incluyen los relacionados con el virus, el cuerpo de la persona, el ambiente y el efecto de la interacción de comportamientos individuales.

Los comportamientos individuales son las prácticas sexuales y el uso de drogas. Las personas en periodo de incubación tienen un estilo de vida que las expone a multitud de microorganismos patógenos, sea por instrumentos contaminados para administrarse drogas o por el contacto con múltiples parejas y prácticas sexuales. Lo que se llama socialmente promiscuidad sexual y homosexualidad se han identificado en algunos estudios como grupos de riesgo. Las conductas de alto riesgo se pueden considerar cofactores de la persona y hay que modificar la forma de las prácticas sexuales de riesgo además de prevención incluyendo educación orientada siempre a cambios objetivos de la conducta.

Las recomendaciones que se les da a las personas una vez que son notificadas portadoras de V.I.H. siempre van dirigidas a prevenir la transmisión del virus a otras. Las personas infectadas deben evitar el intercambio de los líquidos corporales, en especial sangre y semen. Porque las prácticas sexuales con mayor riesgo de transmisión del virus son el coito anal y el coito vaginal sin protección. Por lo que entonces se recomienda el uso del condón para cualquier manera de coito, incluso coito oral-vaginal.

Algunas recomendaciones que se le proporcionan al sujeto para tener un mayor sentido de control en su conducta que mejoran su estado básico de salud son las siguientes: las bebidas alcohólicas, drogas y el hábito de fumar, dormir lo suficiente, y alimentarse con una dieta saludable.

En este mismo sentido, las pruebas de anticuerpos V.I.H. definen la ausencia o presencia de la enfermedad, pero no determinan la etapa de la infección en la persona, es por esto que son importantes las recomendaciones que se hace a las personas infectadas con el virus para que no se dé pronto el desarrollo del S.I.D.A. Para un mejor control del virus es necesario que las personas asintomáticas infectadas con V.I.H. acudan con un médico especializado para determinar el tipo de tratamiento a seguir.

Como se menciona en los párrafos anteriores, los cofactores que influyen en un pronto desarrollo del S.I.D.A. son los relacionados con el virus, el cuerpo de la persona, el ambiente y el efecto de la interacción de comportamientos individuales. Aspectos que forman parte de la conceptualización que se hace de la calidad de vida en las personas, siendo las condiciones ambientales y sociales en las que el individuo vive, parte importante en la calidad de vida individual y social.

También estos cofactores de riesgo tocan de manera importante las áreas o aspectos de la vida que conforman la calidad de vida como son: familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico. Así como también el bienestar físico, social e individual.

Por todo esto es importante reconocer que la calidad de vida de las personas será determinante durante todo el proceso de la enfermedad ya que los cofactores ambientales, individuales y sociales, como ya vimos, ayudan al pronto desarrollo del S.I.D.A.

Pero también la detección del V.I.H. es un momento difícil para la mayoría de las personas, cuyas reacciones frente a este hecho dependen de una serie de variables tales como: historia personal, característica de la personalidad, sexo, edad, religión, antecedentes culturales, entre otras. Es por esto que la infección por V.I.H./S.I.D.A. no sólo afecta la parte biológica del individuo, sino también la esfera psicológica, esto durante todo el proceso de la enfermedad (la detección de la infección, el inicio de un tratamiento, y la aparición de los síntomas clínicos y el diagnóstico de S.I.D.A.).

Entre las reacciones iniciales más frecuentes ante la notificación están la conmoción o crisis, la ira, o bien se puede guardar silencio aparentemente acompañada de tranquilidad y sin extremar ninguna emoción. Aspectos que también influyen en la calidad de vida, sirviendo como punto de interacción continua entre las personas y su entorno físico y social.

De acuerdo con lo anterior las emociones y conductas negativas constituyen un riesgo para la salud y por consiguiente en la calidad de vida. Los estados emocionales inmediatos a la notificación de un resultado positivo si se vuelven crónicos afectan los hábitos de salud, y estos episodios emocionales pueden agravar el proceso de enfermedad y conducta de los enfermos. De aquí la importancia que tiene la calidad de vida de las personas con algún tipo de

enfermedad crónica y por lo consiguiente necesario evaluarla desde el diagnóstico hasta el tratamiento

Los tratamientos médicos para combatir la infección por V.I.H. van dirigidos siempre a destruir el V.I.H. de manera directa en los que suministran antivirales; o reforzar la respuesta inmunológica natural mediante el tratamiento llamado Inmunomodulación en el que se han desarrollado dos estrategias; una emplea fármacos o productos derivados de células para estimular la respuesta inmunológica y otra se orienta a desarrollar una vacuna para proteger contra infecciones futuras.

Con estos tipos de tratamientos es evidente el predominio del modelo biomédico y de sus premisas para hacer frente a las enfermedades considerando únicamente el ámbito biológico, específicamente limitando al V.I.H./S.I.D.A. a una cuestión de reacciones físicas y químicas. Pero como ya hemos visto durante este trabajo los procesos de salud-enfermedad relacionados con el V.I.H./S.I.D.A. se puede explicar no sólo como resultado de agentes patógenos que alteran el equilibrio biológico, sino también de procesos emocionales. Además de que la salud depende no sólo de lo que el sujeto infectado tiene o no, sino también de lo que hace o deja de hacer.

Al respecto podemos decir que efectivamente como lo sostiene el modelo biopsicosocial, todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad. De lo cual la salud y la enfermedad tienen una causa múltiple, y múltiples, también son sus efectos. Además de que una diferencia entre el modelo biopsicosocial y el tradicional es que el primero pone en el mismo ámbito de su interés a la salud y la enfermedad considerando también a la salud como algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concedido como un don.

Por todo esto puedo concluir que el tratamiento de cualquier enfermedad y en este caso el V.I.H./S.I.D.A. tiene algunas implicaciones clínicas, en primer lugar el proceso de diagnóstico debe considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o enfermedad del individuo. Por lo tanto, el mejor diagnóstico es el que se hace desde una perspectiva multidisciplinar.

Por otra parte las recomendaciones para el tratamiento deben tener en cuenta los tres tipos de variables mencionadas con anterioridad. Siendo por esto ajustar la terapia a las necesidades particulares de cada persona, considerando su estado de salud globalmente y haciendo aquellas recomendaciones de tratamiento que sirvan para abordar globalmente los problemas que esa persona plantea. Y también destacar la importancia de la relación entre el paciente, el clínico, los familiares, la sociedad y los gobiernos de los países. Ya que a través de la revisión documental se puede ver que una buena relación entre todos puede mejorar de un modo sustancial la adhesión del paciente al tratamiento y su afrontamiento a la enfermedad. Ya que al final de todo, el objetivo de todos los profesionales de la salud es ayudar a las personas a tener una vida con calidad.

REFERENCIAS

Alvaradejo, G. (1996). *Estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a padecimientos Oncológicos*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D.F., México.

Amigo, I. , Fernández, C. & Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide. P.p. 21-32.

Arango, V. (1989). *Aspectos psico-sociales de la infección VIH/SIDA*. Madrid: Salvat. P.p. 110-127.

Ballesteros, R. (1998). *Introducción a la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.

Belard, D., Dearduff, W. & Kelly, K. (1987). *The Practice of Clinical Health Psychology*. New York: Pergamon Press.

Bock, D. (1993). *Calidad de vida, medidas en salud, cuidados y ética médica*. Nueva York: Marth.

Cabrera, J. (2001). *"Calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas."* Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México FESI, Edo. Méx., México. P.p. 52-83.

Cabrera, S. (2001). *"Calidad de vida en personas que consumen cocaína."* Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México FESI, Edo. Méx., México. P.p. 71-107.

Carovano, K. & Ramos, M. (1991). A través del espejo. En: **Guía de consejería**. Washington: AIDSCOM. P.p. 1-31.

Cortez, E. y Ramírez, E. (2000, noviembre). Distinción entre conductas de detección de la enfermedad y conductas de promoción de la salud. Página y memorias del XIX coloquio de investigación de la ENEP iztacala los días 29 y 30 de Noviembre del 2000 (En red). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/index.php3>.

Daniels, V. (1988). **SIDA**. México: Manual Moderno. P.p. 79-97.

Durham, J. & Cohen, F. (1994). **Pacientes con SIDA**. México: Manual Moderno. P.p. 24-173.

Engel, G. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". Science, 196, 129-136.

Esquivel, R. y Jiménez, J. (2000, noviembre). Evaluación subjetiva del bienestar y la salud en ancianos. Página y memorias del XIX coloquio de investigación de la ENEP iztacala los días 29 y 30 de Noviembre del 2000 (En red). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/index.php3>.

Fernández, C. (1994). "Emociones y Salud". Anuario de Psicología. 61 25-32.

Fernández, P. (1999a). SIDA. En: **Manual para el buen morir para enfermos de SIDA**. México: Fundación mexicana de lucha contra el SIDA.

Fernández, P. (1999b). Etapas por las cuales atraviesa un paciente una vez que ha sido diagnosticado. En: **Manual para el buen morir para enfermos de SIDA**. México: Fundación mexicana de lucha contra el SIDA.

Font, A. (1994). *Cáncer y calidad de vida*. Anuario de psicología. 61 41-50

García, R. (1997). *Calidad de vida*. México: UNAM.

González, A. y Rodríguez, M. (2001, noviembre). Evaluación de la calidad de vida de adultos en plenitud. XX coloquio de investigación los días 29 y 30 de Noviembre del 2001. (En red). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/coloquio/resúmenes>.

González, K.; Moreno, S.; Pérez, E. y Ramos, J. (2001, noviembre). Descripción de la calidad de vida en pacientes Oncológicos. XX coloquio de investigación de la los días 29 y 30 de Noviembre del 2001. (En red). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/coloquio/resúmenes>.

González, P. (1997). *"La calidad de vida en pacientes VIH-SIDA, seropositivos"*. Proyecto de tesis Doctoral en Psicología. México: UNAM.

Jasnoski, M. y Schwartz, G. (1985). "A synchronous systems model for health. American Behavioral". Scientist. 28, 468-485.

Lassonde, L. (1997). *Los desafíos de la demografía*. México : UNAM.

Mejía, O. (2000). *"Evaluación cognitiva, representación y estrategias de afrontamiento en personas con VIH/SIDA. Una aproximación desde la Psicología de la salud"*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México FESI, Edo. Méx., México. P.p. 13-24.

Miller, D., Weber, J. & Green, O. (1989). *Atención de pacientes de SIDA*. México: Manual moderno. P.p. 159-181.

Nussbaum, M. (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de cultura económica.

Palomar, J. (1995). "*El desarrollo de un instrumento de medición sobre calidad de vida*". Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. División de estudios de posgrado, D.F., México. P.p. 51-128.

Poch, J. (1995). *Enciclopedia de la psicología*. España: Crédito Reymo.

Romo, J. & Salido, F. (1997). *SIDA*. México: Manual moderno. P.p. 1-67.

San Martín, H y Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la vejez*. Madrid:Mac. Graw Hill.

Secchi, J. (1996). "Reflexiones sobre calidad de vida en paciente con SIDA". Actualizaciones en SIDA. 4 (12) 86-91.

Setién, M. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida: un sistema de medición aplicado al país vasco*. España: Siglo veintiuno.

Stone, G., Cohen, F. & Adler, N. (1979). *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.

Sumay, A. (1996). "La calidad de vida y la calidad debida". Actualizaciones en sida. 4(12) 91-96.

Taylor, S. (1990). "Health Psychology. The Science and the Field". American Psychology. Vol.45. No.1 January.

Vargas, J. & Ibañez, J. (2000, noviembre). La importancia de determinar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas. Página y memorias del XIX coloquio de investigación de la ENEP iztacala los días 29 y 30 de Noviembre del 2000 (En red). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/index.php3>.

Viamonte, M. (1993). *Al encuentro de la Salud, felicidad y longevidad*. México: Trillas. P.p. 66-80.

54

ANEXOS

Cuadro 6-1. Resumen de los sistemas de clasificación para la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)

- Grupo I. Infección aguda
- Grupo II. Infección asintomática^a
- Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente^a
- Grupo IV. Otras enfermedades por HIV
 - Subgrupo A. Enfermedad constitucional
 - Subgrupo B. Enfermedad neurológica
 - Subgrupo C. Enfermedades infecciosas secundarias
 - Categoría C-1 Enfermedades infecciosas secundarias especificadas en las listas de vigilancia CDC para definición del SIDA^b
 - Categoría C-2 Otras enfermedades infecciosas secundarias especificadas
 - Subgrupo D. Cáncer secundario^b
 - Subgrupo E. Otros padecimientos

^a Los pacientes de los subgrupos II y III se pueden subclasificar con base en la evaluación de laboratorio.

^b Incluye pacientes cuyo cuadro clínico satisface por completo la definición del SIDA utilizada por los CDC para las comunicaciones nacionales.

Fuente: "Classification System", 1986, 335.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 6-2. Subgrupos del grupo IV (otras enfermedades HIV) según la clasificación de los Centers for Disease Control

Subgrupo A. Enfermedad constitucional. Definida como una o más de las siguientes: fiebre persistente más de un mes, pérdida involuntaria de peso mayor de 10% del peso basal o diarrea persistente por más de un mes y ausencia de enfermedad concurrente o padecimiento diferente de infección HIV para explicar estos datos.

Subgrupo B. Enfermedad neurológica. Está integrada por una o más de las siguientes: demencia, mielopatía o neuropatía periférica y ausencia de enfermedad concurrente o padecimiento diferente de infección HIV para explicar estos datos.

Subgrupo C. Enfermedad infecciosa secundaria, constituye el diagnóstico de enfermedad infecciosa relacionada con infección HIV y al menos de manera moderada indicadora de un defecto en la inmunidad mediada por células. Los pacientes de este subgrupo se dividen además en dos categorías:

Categoría C-1. Comprende pacientes con enfermedad invasiva o sintomática debida a una de las 12 enfermedades infecciosas secundarias especificadas en las listas de vigilancia para definición del SIDA: NPC, criptosporidiosis crónica, toxoplasmosis, estromboloidiasis extraintestinal, isosporiasis, candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar), criptococosis, histoplasmosis, infección micobacteriana por *CMA* o *M. kansasii*, infección por CMV, infección por herpes simple mucocutáneo crónica o diseminada y LMP.

Categoría C-2. Abarca pacientes con enfermedad invasiva o sintomática debida a una de las seis enfermedades infecciosas secundarias especificadas: leucoplasia vellosa oral, herpes zoster en múltiples dermatomas, bacteriemia recurrente por *Salmonella*, nocardiosis, tuberculosis o candidiasis bucal (algodoncillo).

Subgrupo D. Cáncer secundario. Definido como el diagnóstico de uno o más tipos de cáncer, que se sabe relacionado con infección HIV según la lista de vigilancia para definición del SIDA y que indique, cuando menos de manera moderada, defecto en la inmunidad mediada por células: SK, y linfoma no Hodgkin (pequeño, linfoma no hendido o sarcoma inmunoblástico) o linfoma primario de cerebro.

Subgrupo E. Otros padecimientos en la infección HIV, consisten en la presencia de otros datos clínicos o enfermedades, no clasificadas arriba, atribuibles a infección HIV e indicativas de un defecto en la inmunidad mediada por células. Comprende pacientes con neumonitis intersticial linfoide crónica y también a quienes tienen signos o síntomas atribuibles a infección HIV o a otra enfermedad coexistente no clasificada en otra parte y pacientes con otra enfermedad clínica cuya evolución o tratamiento, la infección HIV puede complicar o alterar. Ejemplos pueden ser pacientes con síntomas constitucionales que no satisfacen los criterios para el subgrupo IV-A; pacientes con enfermedad infecciosa no mencionada en la lista del subgrupo IV-C; y pacientes con neoplasias que no se incluyen en la lista del subgrupo IV-D.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN