



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

RELACION ENTRE LOS PARAMETROS PSICOLÓGICOS Y  
FISIOLÓGICOS EN UN GRUPO DE PACIENTES QUE VIVEN  
CON VIH/SIDA.

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**P R E S E N T A :  
FABIOLA ZEPEDA PÉREZ**

**DIRECTOR DEL REPORTE:**

**MTRO. LEONARDO REYNOSO ERASO**

**REVISOR:**

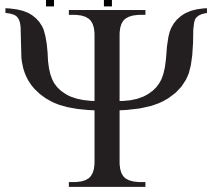
**DR. JUAN JOSE SÁNCHEZ-SOSA**

**COMITÉ TUTORIAL:**

**DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA**

**DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ CELIS**

**MTRA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ**



MÉXICO, D.F.

DICIEMBRE 2008.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# INDICE

## RESUMEN

Introducción.....	01
<b>CAPITULO I</b>	<b>MARCO TEÓRICO.....03</b>
1.1 Sistema Inmunitario.....	03
1.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.....	07
1.3 Epidemiología en México.....	12
1.4 Calidad de Vida.....	15
1.5 Aspectos Psicológicos de la Calidad de Vida.....	18
1.6 Depresión.....	23
1.7 Ansiedad y Afrontamiento.....	26
1.8 Adhesión Terapéutica.....	29
<b>CAPITULO II</b>	<b>DELIMITACION DEL PROBLEMA.....33</b>
2.1 Justificación.....	33
2.2 Objetivos.....	34
<b>CAPITULO III</b>	<b>METODOLOGÍA.....36</b>
3.1 Participantes.....	36
3.2 Muestra.....	36
3.3 Criterios de Inclusión .....	36
3.4 Criterios de Exclusión.....	36
3.5 Definición y Operacionalización de Variables.....	40
3.6 Instrumentos.....	42
3.7 Diseño de Investigación.....	44
<b>CAPITULO IV</b>	<b>RESULTADOS.....45</b>
4.1 Análisis Descriptivo.....	46
4.2 Análisis Correlacional.....	55
<b>CAPITULO V</b>	<b>DISCUSIÓN.....58</b>
REFERENCIAS.....	60
ANEXOS.....	66

## AGRADECIMIENTOS

### A MI MAMI:

Gracias por estar conmigo y ser un ejemplo en todos los sentidos

### A MI ESPOSO:

Por ser mi luz en el día y mi luna en las noches, por apoyarme y amarme. Por el ser mi patrocinador para terminar la residencia.

### A MI AMIGOTA:

Eva gracias por apoyarme, capturar, supervisar y corregir este trabajo. Sin tí me hubiera tardado mas.

### A MI SUPERVISORA IN SITU:

Arelí Fernández gracias por estar conmigo en esta investigación por participar e involucrarte con ella. Por compartir conmigo tus conocimientos y hacer de mi estancia en Atizapan una experiencia de vida.

### A MIS AMIGAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPAN:

Vicky y Clau gracias por hacerme feliz cada día que estuve en el hospital.

### A MI TUTOR:

Leo gracias por permitirme crecer al realizar este proyecto, por tu tiempo y entrega.

### A MI REVISOR:

Dr. Sánchez-Sosa, gracias por su tiempo y apoyo.

## INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud en México han ido evolucionando. Antes la preocupación eran las enfermedades infecciosas, desde hace algunos años a la fecha esta preocupación ha cambiado por las enfermedades crónico degenerativas. En el caso del VIH hay implicaciones importantes ya que actualmente el Estado se ha hecho responsable de proporcionar a estos pacientes la atención médica y el medicamento sin costo alguno para ellos. Sin embargo, se ha observado que los pacientes que no se adhieren al tratamiento constituyen un problema importante en término de costos y atención en las instituciones que se hacen responsables de su cuidado.

El tratamiento Antirretroviral por sus características intrínsecas es un método complicado por la cantidad de medicamento usado al día y por los efectos secundarios de estos, hacen propensos a los pacientes a dejar los medicamentos aunque sea por periodos cortos. Cuando se prescribe el tratamiento se les da educación para la salud que incluye el funcionamiento de los fármacos para minimizar los efectos aversivos (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006). Por lo que observar la Adhesión al tratamiento es de gran importancia, para conocer los factores que merman por esta razón la salud de los pacientes que viven con esta enfermedad (Safren, 2002). La Calidad de Vida se incluye en esta investigación para saber cómo se perciben las personas que forman parte del proyecto al consumir el tratamiento antirretroviral, los Aspectos Psicológicos de la calidad de vida (González y Zepeda, 2002) nos ofrecen una vista mas completa de los parámetros psicológicos. También se incluye la Depresión, la Ansiedad y las Habilidades de Afrontamiento como indicadores de bienestar en el paciente.

Los pacientes que viven con VIH tienen que acudir a citas mensuales a su clínica de adscripción y periódicamente realizarse estudios de laboratorio lo que revela información crucial para su tratamiento, hay dos indicadores que muestran el estado actual del sistema inmunológico: la Carga Viral que cuantifica la cantidad de replicas que tiene el virus en el organismo y la cantidad de células CD4 que hay en el cuerpo. Dos de los indicadores biológicos por excelencia en esta infección ( Piña y cols, 2006).

El objetivo general de esta investigación es observar si existe correlación entre los parámetros fisiológicos y los psicológicos en los pacientes que viven con VIH en una muestra del Estado de México.

En el capítulo uno se aborda desde una perspectiva médica el sistema inmunitario para entender los parámetros fisiológicos especialmente la carga viral y el CD4 por su importancia en la investigación, mas adelante se define el virus de inmunodeficiencia humana como actúa y su historia, para dar paso al síndrome de inmunodeficiencia humana razón por la cual se proporciona el tratamiento antirretroviral a los pacientes. Por supuesto se menciona como se ha comportado la enfermedad en México y se tiene estadísticas al respecto. Se hace un recorrido por los conceptos de calidad de vida que incluye los factores que se relacionan con la salud física y psicológica, las relaciones sociales, el medio ambiente y como perciben su calidad de vida. Las investigaciones relacionadas, así como los aspectos psicológicos de la misma que incluyen la satisfacción, el apoyo social, la autosuficiencia y la soledad. La depresión, ansiedad y habilidades de afrontamiento para dar paso a la adhesión al tratamiento observando desde la percepción de auto-eficacia hacia su salud, actitud del paciente hacia el tratamiento, dependencia médica y la percepción que tiene el paciente de su salud actual.

En el capítulo dos que corresponde a la delimitación del problema, la justificación y los objetivos de la investigación, tanto generales como específicos. En el capítulo tres se menciona la metodología utilizada que va desde los participantes con los respectivos criterios de inclusión y exclusión. La definición y operacionalización de las variables, es decir, el concepto y cómo se van a medir, los instrumentos y el diseño de investigación que es el que define la línea a seguir.

El capítulo cuatro son los resultados haciendo dos tipos de análisis uno descriptivo y uno asociativo para dar paso a la discusión que esta en el capítulo cinco.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 SISTEMA INMUNITARIO

El término inmunidad viene del latín *immunitas*, que se refiere a la exención de diversas obligaciones civiles y procedimientos legales hacia los senadores romanos durante el desempeño de sus labores. Por lo tanto se utiliza como protección frente a las enfermedades especialmente contra las infecciosas. Las células y moléculas responsables de la inmunidad constituyen el Sistema Inmunitario, a la respuesta en general y coordinada a la introducción de sustancias extrañas se le llama Respuesta Inmunitaria. Entonces su función primordial es la defensa frente a microorganismos infecciosos, macromoléculas tales como proteínas y polisacáridos, cualesquiera que sean las repercusiones patológicas y fisiológicas (Abbas, Lichtman, y Pober, 2002).

La historia del Sistema Inmunológico se remonta a la vieja costumbre china de hacer que los niños inhalaran polvos elaborados a partir de lesiones cutáneas de enfermos que habían padecido viruela. La evolución tiene otro importante momento cuando Edward Jenner hace la primera vacunación con éxito contra la viruela, al observar que las ordeñadoras que se habían curado de la vacuna nunca contraían la viruela. Para probar su hipótesis inyectó material procedente de una pústula de vacuna en el brazo de un niño de 8 años. Cuando este niño fue inoculado después intencionalmente con la viruela no padeció la enfermedad. El término vacunación viene del latín *vaccinus*, que significa de origen vacuno (Abbas y cols.,2002).

El sistema inmunitario del hombre ha evolucionado hasta desarrollar mecanismos de defensa sofisticados y específicos para trabajar haciendo frente a los microorganismos patógenos invasores. Estos sistemas inmunitarios surgen por la necesidad de proteger al huésped de los microbios y factores de virulencia. Los primeros sistemas fueron heredados de los invertebrados, quienes desarrollaron un sistema primitivo innato que utiliza las proteínas codificadas por líneas

germinales para reconocer patógenos. Las células mas importantes de este sistema son los macrófagos y los linfocitos NK, los cuales tienen la facultad de reconocer las secuencias moleculares patógenas, conservadas en la mayoría de los microbios (PAMP) y utilizan un conjunto diverso de células receptoras (PRR) .

Los componentes principales de la inmunidad innata son:

1. Barreras físicas y químicas, tales como epitelios y sustancias antimicrobianas producidas en las superficies epiteliales.
2. Células fagocíticas (neutrófilos, macrófagos) y células citocidas naturales (NK, del inglés Natural Killer)
3. Proteínas sanguíneas, entre las que se incluyen miembros del sistema del complemento y otros mediadores de la inflamación.
4. Proteínas denominadas citoquinas, que regulan y coordinan las acciones de las células.

Esta es la primera línea defensiva contra los microorganismos. El sistema inmunitario innato reconoce los principales componentes de los microbios:

- 1) Reconocimiento por moléculas del huésped codificadas por líneas germinales.
- 2) Reconocimiento de los factores de virulencia fundamentales del microbio, pero no reconocimiento de las moléculas propias.
- 3) Ausencia de reconocimiento de células o microbios extraños que sean benignos.

Sin embargo el sistema inmunitario innato no reconoce las moléculas extrañas no patógenas que se encuentran en el medio ambiente. Al contacto de los macrófagos y las células NK con el microorganismo patógeno tienen la capacidad de destruir a éstos de forma directa o activando una serie de mecanismos que retardan la infección e interviene el sistema inmunitario adaptativo, (Silverstein, 1989).

Este sistema adaptativo es exclusivo de los vertebrados y se basa en la generación de los receptores de antígenos de los linfocitos T y B por medio del reordenamiento de genes lineales germinales que se produce durante el desarrollo de las personas. Las células T o B individuales expresan receptores de antígenos



únicos en su superficie, de forma que en conjunto, el fondo común de los linfocitos tienen células capaces de reconocer de forma específica los distintos antígenos, por medio de una serie compleja de mecanismos moleculares de ordenamiento de genes. Acoplados con estas funciones de reconocimiento específico sincronizado sutilmente mantienen la tolerancia a los antígenos propios, por lo tanto con sus receptores clonotípicos de antígenos reordenados posnatalmente ofrecen a las defensas de los vertebrados especificidad y memoria inmunitaria (Abbas y cols., 2002).

Existen diferentes tipos de respuestas inmunitarias adaptativas:

- Inmunidad Humoral: donde participan moléculas presentes en la sangre denominadas anticuerpos y son producidas por los linfocitos B.
- Inmunidad Celular: la llaman inmunidad mediada por células llamadas linfocitos T, inducen la destrucción de los microorganismos residentes en los fagocitos o de las células infectadas.
- Inmunidad Protectora: es inducida por la respuesta del huésped al microorganismo o por la transferencia de anticuerpos o linfocitos específicos para el microorganismo.
- Inmunidad Activa: es cuando el individuo inmunizado desempeña un papel activo en la respuesta al antígeno.
- Inmunidad Pasiva: es un método útil para transmitir rápidamente resistencia sin tener que esperar a que se ponga en marcha la respuesta inmunitaria.

Las características principales con las que cuentan las respuestas inmunitarias adaptativas, ya sean humorales o celulares respecto a los antígenos extraños son: La diversidad que le permite al sistema inmunitario responder a una gran variedad de microorganismos; La especialización que genera respuestas óptimas para la defensa frente a diferentes tipos de microorganismos; Especificidad, que garantiza que distintos microorganismos estimulen respuestas específicas, aunque a estas respuestas aumentadas a exposiciones repetidas del microorganismo se le llama memoria, así como la autolimitación que permite responder a los que se encuentran por primera vez; Y la ausencia de

retroactividad es la que impide la producción de lesiones del huésped durante las respuestas a los microorganismos .

Algunos virus producen inmunosupresión, por ejemplo el del sarampión. Otros virus que se ha identificado que producen este efecto son los herpesvirus y retrovirus. En los últimos veinte años apareció un microorganismo que infecta principalmente a las células inmunitarias y ha proporcionado información adicional para entender los mecanismos por medio de las cuales las infecciones virales producen disfunción inmunitaria. Este virus se identifico por primera vez en la década de los 80' y se le dio el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

## 1.2 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Paslow, Stites, Terr y Imboden en el 2001 mencionan que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se identificó en el año de 1981. Entre 1983 y 1984 se descubrió que el VIH es el agente causal de este síndrome. En 1985 se desarrollaron pruebas diagnósticas para la detección de anticuerpos contra VIH, por lo que se distinguen las características del virus, de las células que infecta y las múltiples consecuencias de la infección en el organismo. Por lo que en 1987 en EUA se autoriza el uso de zidovudina como el primer medicamento antirretroviral para el tratamiento de la infección por VIH.

Se encontró que el VIH es de la familia de los retrovirus y del grupo de los lentivirus los cuales no tienen transformación con un periodo de latencia prolongado desde la infección hasta el inicio de las manifestaciones clínicas. También se encuentra relacionado con el virus de inmunodeficiencia en simios (VIS). Hay dos tipos de VIH que a continuación detallo:

- VIH-1: Es el mas frecuente en África central, EUA, Europa y Australia
- VIH-2: Este se encuentra en la región occidental de África, en algunas partes de Europa y es menos común en otras partes (Paslow y cols., 2001).

El VIH-1 es la causa mas frecuente de SIDA, pero el VIH-2 que se diferencia en su estructura genómica y en su antigenicidad causa un síndrome similar.

El VIH infecta a diversas células del sistema inmunitario, como las células colaboradoras que expresan CD4, los macrófagos y las células dendríticas. La estructura del VIH esta formada por dos cadenas idénticas de ARN, cada unas 9.2 kilobases (kb) de longitud, empaquetados dentro de un centro de proteínas virales y rodeado de una envoltura formada por una bicapa fosfolipídica derivada de la membrana celular del huésped, pero que incluye proteínas de membrana codificada por el virus. Para lo que la infección de este virus se inicia cuando la

glucoproteína de la envoltura del VIH (Env) de una partícula viral se une a la molécula CD4 y a un correceptor que es un miembro de la familia de los receptores de las quimioquinas. La forma integrada del ADN del VIH se denomina provirus, este puede permanecer transcripcionalmente inactivo durante meses o años, con una producción escasa o nula de nuevas proteínas virales o viriones y de este modo la infección de una célula individual puede ser latente (Abbas y cols., 2002). Es decir que la característica de la infección por el virus del VIH sintomática es la inmunodeficiencia. El virus puede infectar todas las células que expresan el antígeno T4 CD4, que sirve como receptor para VIH. Ya que penetró en una célula puede replicarse y causar fusión o muerte celular por mecanismos desconocidos. En muchos casos, se establece un estado de latencia con integración del genoma VIH en el genoma celular. Las células infectadas principalmente son los linfocitos CD4 (colaboradores-inductores) que dirigen a muchas otras células de la red inmunológica. A menudo que transcurre la infección disminuye el número de linfocitos CD4. Otras células de la red inmunológica infectadas por el VIH incluyen linfocitos B y macrófagos. El defecto de las células B se debe en parte a una alteración de la función de los linfocitos CD4. Por estos defectos la inmunodeficiencia de VIH es mixta. Se encuentran elementos de inmunodeficiencia humoral y así mismo de inmunodeficiencia celular, en particular en niños (Schroeder, Krupp y Tierney, 1992).

El SIDA es una enfermedad retroviral caracterizada por una inmunosupresión profunda que conduce al desarrollo de enfermedades oportunistas. La magnitud de esta epidemia se vio a finales de 1997 en EUA donde se registraron 600 000 casos de los que el 60% habían muerto. Sin embargo la mortalidad de la enfermedad probablemente es cercana al 100% (Robbins-Cotran, Kumar y Collins, 2000). Se estima que en el año 2000 fueron 40 millones y el 90% pertenece a países en vías de desarrollo (Quinn, 1996). Se han encontrado casos en 196 países. Los estudios epidemiológicos realizados en EUA permitieron identificar cinco grupos en riesgo de desarrollar el SIDA:

1. Varones homosexuales o bisexuales representando el 57 %.

2. Drogadictos por vía intravenosa (heterosexuales) son el 25%.
3. Hemofílicos que utilizaron factor III antes de 1985 es el 0.8%.
4. Receptores de sangre y hemoderivados (plaquetas, plasma u órganos de donadores infectados) constituyen el 1.2 %.
5. Contactos heterosexuales se considera que es un 10% de la población.

Todos los porcentajes son aproximados para el año 2000. También se observa la infección de menores de 13 años que constituyen el 2% de los casos de SIDA y más del 90% se deben a la transmisión del virus de la madre al hijo.

Por lo tanto la transmisión sexual es el modo de infección predominante en todo el mundo y responsable del 75 % de los casos (Royce, 1997).

El virus viaja en el semen tanto en el interior de los linfocitos como en estado libre y penetra en el cuerpo del receptor a través de abrasiones de la mucosa rectal y vaginal. La coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual, especialmente a las asociadas con ulceraciones genitales ayuda y favorece la transmisión del virus.

Para detectar el virus del VIH se realiza un estudio llamado ELISA que es un método para detectar el antígeno p24 en suero o plasma, mediante estudios de inmunoabsorbencia ligado a enzimas, implica una técnica de disociación de ácido para separar el antígeno del complejo del anticuerpo-antígeno. El ELISA es muy sensible (99%) y específico (99% en población de riesgo elevado). Sin embargo cuando hay estudios positivos repetidos de ELISA se deben confirmar con pruebas de inmunotransferencia o menos frecuentemente con estudios de inmunofluorescencia. La prueba de Western blot detecta los anticuerpos específicos dirigidos contra varias proteínas del VIH y es de inmunotransferencia (Paslow y cols., 2001).

A finales del 2000, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH- SIDA (ONUSIDA) estima que había 36.1 millones de personas con VIH de los cuales 34.7 millones son adultos, 16.4 millones son mujeres y solo el 1.4 son menores de edad.

En el 2002 la ONUSIDA reportó los siguientes datos a nivel mundial en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (2002).

	HOMBRES	MUJERES	MENORES DE 15 AÑOS	TOTAL
Personas que vivían con VIH-SIDA	38.6	19.2	3.2	42
Nuevas infecciones de VIH	4.2	2	800 000	5
Defunciones causadas por SIDA	2.5	1.2	610 000	3.1

Tabla 1. Resumen de la epidemia de VIH-SIDA en el 2002, Información en millones de personas.

Para fines de comparación se establecen las cantidades por región según la ONUSIDA hasta el 2002. La zona que abarca Asia y Pacífico posee 7.2 millones de personas que viven actualmente con el VIH. El avance del VIH-SIDA en esta región se debe en gran medida a la epidemia creciente en China, donde un millón de personas viven actualmente con este padecimiento y donde las estimaciones oficiales prevén que esa cifra se multiplique durante la próxima década. Así mismo existe un potencial considerable de crecimiento en la India, donde casi 4 millones de personas ya están viviendo con el virus. Se calcula que otras 490 000 personas fallecieron por causa del SIDA durante el pasado año. Hay unos 2.1 millones de jóvenes (de 15-24 años) que están viviendo con el VIH.

El crecimiento más rápido en todo el mundo sigue correspondiendo a Europa oriental y Asia central. Donde se estima que en el año 2002 se produjeron 250 000 nuevas infecciones, elevando a 1.2 millones las personas que viven actualmente con el VIH-SIDA.

Hacemos una pequeña distinción al referirnos a la región de África Subsahariana, ya que es la zona más afectada del mundo, tiene en la actualidad a unos 29,4 millones de personas que viven con el virus. En 2002 se produjeron aproximadamente 3.5 millones de nuevas infecciones y se estima que la epidemia produjo el deceso de 2.4 millones de africanos a lo largo del año. Viviendo con el VIH 10 millones de jóvenes (entre 15 y 24 años) y casi tres millones de niños menores de 15 años.

Las epidemias en América Latina y el Caribe están bien reconocidas. Se calcula que en la región hay 1.9 millones de adultos y niños que viven con el VIH;

esta cifra incluye a las 210 000 personas que, según las estimaciones, contrajeron el virus en 2002. Los datos apuntan un incremento de las tasas de infección por el VIH, por lo que se calcula que unas 83 000 personas contrajeron el virus durante 2002. Esto eleva a 550 000 el número de personas que viven actualmente con el virus. La epidemia cobró unas 37 000 vidas a lo largo del pasado año.

### 1.3 EPIDEMIOLOGIA EN MÉXICO

Durante la década de los ochentas las autoridades de Salud reportaron algunos casos de extranjeros con cuadros semejantes a los reportados en E.U.A sobre pacientes con SIDA, estos extranjeros compartían la característica de haber estado en países con alta tasa de la enfermedad y tener contacto sexual sin protección. Por lo que las autoridades en salud empezaron a utilizar pruebas serológicas para detectar el virus de VIH en la sangre de los donadores. Al final de 1985 se habían detectado 226 casos de SIDA en México.

Para 1986 se creó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA, estableciendo las normas para su diagnóstico, control y la prevención. Más tarde se creó el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA ahora conocido como CONASIDA. Organismo que entre algunas de sus funciones es llevar un registro epidemiológico de la enfermedad (Valdespino, García, Del Rio, Cruz, Loo y López, 1995).

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido es un problema prioritario de salud pública, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud.

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 15% de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres 12.2% en trabajadores del sexo comercial y 6% en usuarios de drogas inyectables.

En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, es decir que tres de cada mil personas adultas podrían ser



portadoras del VIH en México. El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), ha hecho estimaciones en la población mexicana y menciona que existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH.

Desde que la epidemia inicio en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del 2005, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 98,933 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 83.3% son hombres y el 16.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 5 a 1. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.9% de los casos registrados.

La transmisión sexual ha sido la que tiene mayor incidencia, ya que cubre el 92.2% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 47.7% son en el caso de hombres que tienen sexo con hombres, así como el 44.5% es en hombres heterosexuales. Solo el 5.3% de los casos se originaron por vía sanguínea, de los que el 3.6% corresponden a transfusión sanguínea, los porcentajes mas pequeños lo constituyen el 0.7% asociado a drogas inyectables, 0.6% a donadores, 0.4% a hemofílicos, y menos del 0.1% a la categoría exposición ocupacional.

Para la transmisión perinatal se obtuvo el 2.2% del total de casos; y la categoría combinada de hombres que tienen sexo con otros hombres y que usan drogas inyectables es el 0.3%. En uno de cada tres casos (37.8%) se desconoce el factor de riesgo asociado.

En México se ha implementado un programa nacional para disminuir la mortalidad por SIDA incrementando la cobertura del tratamiento Antirretroviral (ARV) como se observa en la siguiente tabla:

<b>AÑO</b>	<b>INSTITUCIÓN DE SALUD EN MÉXICO</b>	<b>PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA</b>
1997	IMSS, ISSSTE	54% de los pacientes con SIDA
1998	SSA	Menores de 18 años y Mujeres embarazadas
1999	SSA	Adultos
2003	IMSS ,ISSSTE y SSA	Acceso Universal (25, 082) personas vivas con SIDA en México
2005	IMSS, ISSSTE Y SSA	Mas de 30 000 personas que viven con VIH/SIDA

Tabla 2. Cobertura del tratamiento ARV en México.

Hay que resaltar que el medicamento es completamente gratuito para las personas que ingresan a este tipo de programas de parte de las instituciones del sector salud, incrementando de manera significativa su calidad de vida. Complementando el programa se le proporciona a los pacientes atención personalizada dentro del servicio de Medicina Interna, Nutrición, Medicina Preventiva y Psicología. Buscando incrementar la Calidad de Vida de estos pacientes con programas hechos especialmente para sus necesidades.

## 1.4 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida aparece desde los griegos, hebreos y egipcios ya que ellos afirmaban que el bienestar estaba constituido por indicadores materiales y subjetivos. Sin embargo el concepto de calidad de vida tiene a su primer precursor formal en Hipócrates (1996) ya que postula el bienestar de los individuos tiene que ver con el entorno, descanso, actividad física y a las características personales como son la edad y el sexo.

Para Diener en 1984 la calidad de vida se compone de diversos dominios y dimensiones y de difícil definición operacional. Por lo que se define como un juicio subjetivo donde se alcanza la felicidad, satisfacción o bienestar personal, a esto se le adhieren los indicadores objetivos que son biológicos, psicológicos, instrumentales y sociales.

Iseminger en 1994 coincide con el autor anterior y menciona que el constructo se ha vinculado con conceptos como felicidad, bienestar psicológico y satisfacción en la vida.

Para Setién existen indicadores objetivos que son situaciones, sucesos o condiciones de carácter concreto que son factibles de observación y medición. Para lo cual la UNICEF refiere como condiciones materiales, los que incluyen la alimentación, vivienda, mobiliario y equipo de hogar, así como ropa, transporte, salud y finalmente educación. Los cuales cubren necesidades y su satisfacción asegura las condiciones de mantenimiento de las personas.

La naturaleza compleja de la calidad de la vida, hace que su definición conceptual y operacionalización sea bastante difícil, sin embargo diversos autores han presentado algunas aproximaciones conceptuales. Levi y Anderson (1975) definen la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico,

mental y social, tal como la percibe cada individuo o grupo, aunado a esto, la felicidad, satisfacción y recompensa. De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognoscitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades. Andrews y Withey (1979), por su parte, insisten que no se trata de sólo un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo.

El concepto que se utiliza formalmente es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2002) que define la calidad de vida como la percepción subjetiva y los factores contextuales de los individuos: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Por lo tanto se entiende que la calidad de vida no es solo un aspecto socioeconómico ya que abarca otros ámbitos como el espiritual. Que son imprescindibles en el desarrollo psico-biológico y social del individuo, los cuales reportan una satisfacción mayor o menor de acuerdo a sus propias condiciones de vida, estos aspectos son acordes a la época. Se puede afirmar que la calidad de vida tiene dos aspectos uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es la interpretación que hace el sujeto de sus condiciones de vida en conjunto, traducido en satisfacción en sentimientos positivos o negativos. Y el objetivo donde se observa desde las características intelectuales y emocionales hasta los creativos. De forma individual y bajo las condiciones sociales que le permitan desarrollar su potencial. La combinación de estos dos aspectos permite una adecuada evolución de la personalidad, que tiene injerencia en sus capacidades respecto a las condiciones externas (Quintero y González, 1997).

Este concepto es el que mejor define lo que se trata de medir en los pacientes que viven con VIH, ya que identifica algunas de las áreas que se ven más afectadas durante la enfermedad y la adaptación que llevan a cabo los individuos que va desde problemas con el tratamiento, familiares, económicos y consigo mismos (Friedman y DiMatteo, 1989).

El VIH por sí mismo tiene algunas manifestaciones que comprometen al paciente a sentirse mal. Cunningham, Shapiro y Hays (1998) encontraron que estos pacientes pierden el apetito, presentan náuseas, vómito, sudor, nocturno, fatiga y pérdida de peso, disminuyendo así su calidad de vida. También intervienen otros factores de importancia sobre el estado de la calidad de vida, como los socioeconómicos, habilidades de afrontamiento y personalidad.

En 1997 Bowling define la Salud relativa a la Calidad de Vida como un concepto que hace referencia al área mental, física, roles y el funcionamiento social incluyendo las relaciones y la percepción de salud, el buen estado físico, la satisfacción y bienestar.

Franchil y Wenzel en 1998 hicieron un meta-análisis de artículos que demuestran los síntomas relativos al VIH, los que tienen un impacto negativo en la Calidad de Vida. A pesar de esto, los puntajes de la Calidad de Vida no siempre correlacionan con la etapa de la enfermedad o los índices fisiológicos de la misma.

El concepto de calidad de vida es complejo y contiene factores necesarios al examinar los pacientes con VIH. La calidad de vida define estos factores como mentales, físicos, funciones y roles sociales, incluyendo las relaciones sexuales así como la percepción de salud, satisfacción en la vida y bienestar en general (Cederfjall, Languius-Eklof, Lidman y Redling, 2001). En coincidencia con el autor, es el concepto que se utilizará a partir de este momento para definir la calidad de vida en esta investigación y observar si existe relación con los indicadores fisiológicos CD4 y Carga viral.

## 1.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CALIDAD DE VIDA

Dupuy en 1978 considera que un indicador psicológico es la satisfacción, la cual se refleja en las siguientes cualidades básicas: estar libre de preocupaciones acerca de la salud, alto nivel de energía, una vida interesante, buen estado de ánimo, una vida relajada, control sobre las emociones y la conducta.

Las grandes áreas que influyen sobre la satisfacción de la vida en los individuos son: salud, trabajo, educación; preocupación por el ambiente; las interacciones con su familia, amigos, pareja y los momentos de ocio. Finalmente los aspectos sociopolíticos como participación social, seguridad personal y jurídica (Blanco, 1985).

Flanagan en 1978 solo hace cinco categorías de bienestar: físico, salud, económico, individual y social.

Otro autor (Day, 1987) menciona que la satisfacción en la vida se refiere a la acumulación de momentos felices en cada una de las áreas. Sin embargo Headey, Holmstrom y Wearing en 1989 distinguen solo dos dimensiones (bienestar y malestar) para definir la calidad de vida.

Contrada, Leventhal y Anderson (1994), encontraron que el diagnóstico de una enfermedad constituye una amenaza, refiriéndose a cuatro cuestiones generales: el inmediato daño físico, los efectos secundarios de éste ( dolor, fatiga, reducción de la capacidad física), disminución de la habilidad para desempeñar roles sociales ya sean laborales o familiares, y finalmente el manejar una condición médica a largo plazo es decir, la necesidad de hacer dieta, tomar medicamentos, observar síntomas y signos de la enfermedad, así como continuar con un seguimiento con el médico.

El tratamiento psicológico incluye educación. Robinson, Psych, Faris y Scott (1999), proponen una intervención psicoeducativa, basada en información, motivación y habilidades conductuales. La información es necesaria pero no suficiente para hacer el cambio conductual.

Entre los predictores de ánimo depresivo se incluye la historia, el estatus socioeconómico, eventos vitales estresantes y las creencias negativas.

Las distorsiones cognitivas más frecuentes basadas en auto diálogo interno centrado en la pérdida son: magnificación, razonamiento emocional, pensamiento polarizado, atención selectiva y adivinación de pensamiento (White, 2000)

La información que se proporciona debe estar en concordancia con el estilo de afrontamiento de la persona para que tenga resultados efectivos (López-Roig, Pastor, y Rodríguez-Marín, 1990). Las estrategias de afrontamiento tienen un componente conductual y otro cognitivo que el paciente puede realizar para facilitar la adaptación a un evento. Existen dos estilos de afrontamiento específicos, los evitadores y los aproximadores. Los primeros evitan la información amplia y detallada pues ésta les provoca más ansiedad, entre más información se les proporcione aumenta el número de quejas hacia el personal médico y su recuperación es más lenta y tiende a complicarse. Sin embargo los aproximadores obtienen mayores beneficios con el tratamiento informativo, sintiéndose mejor con datos claros y detallados, finalmente se recuperan más rápidamente (DeLong, 1971; Cohen y Lazarus, 1973; Gallar, 1998).

La investigación sobre el estrés (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984), la cognición sobre la enfermedad (Leventhal y Johnson, 1983; Leventhal, Meyer y Nerez, 1980) y el apoyo social (Cohen, 1988; Cohen y Hoberman, 1983) han generado un conjunto interrelacionado de principios teóricos que proveen un marco conceptual de cómo la intervención psicológica puede incidir en la recuperación y rehabilitación.

La satisfacción o bienestar personal se observa en la evaluación que hace un individuo de una condición característica o estado cualquiera de su propia vida, tomando como referencia un patrón interno o externo. Refleja sentimientos de

optimismo, cumplimiento de objetivos y auto-estima positiva. La satisfacción personal es un estado subjetivo determinados por factores objetivos con contexto social dentro del cual vive una persona (Quintero y González, 1997).

En él área psicológica los pensamientos, emociones y conductas, determinan el concepto que tenemos de nosotros mismos. Por lo que en ocasiones la sola idea de que somos atractivos mejora la percepción de valía en las personas y se puede observar claramente en la sexualidad del individuo ya que las conductas se centran en el mantenimiento de las relaciones sexuales, es decir, que pasan las horas tratando de lograr un aspecto sexualmente atractivo y asimismo dedicarnos a tiempo de coquetear o fantasear. (Dubnoff, 1986).

Desde el punto de vista psicológico la autonomía es un atributo de la personalidad, que designa una propiedad del individuo por la que se le considera capaz de tomar decisiones que le conciernen (Laforest, 1991).

Los aspectos que van cambiando en la vida como adulto obedecen a dos influencias principales: La externa y la interna. La externa son los contratiempos a los que nos enfrentamos durante toda nuestra vida, si constantemente enfrentamos adversidades somos mas propensos a cambiar durante el transcurso de los años, así que la fluctuación en el cambios se ve directamente afectado por las estructuras externas. La interna que tiene que ver con las cogniciones o creencias que tenemos, ya que éstas afectan las emociones que nos ofuscan disminuyendo nuestra capacidad para aprender de la experiencia o incluso impidiendo que nos demos cuenta del mundo real (Belsky, 1996).

Una de las funciones del apoyo social (Summers, Robbinson, Capps, Zisook, Hampton, McCutchan, 2000; Murphy, Marelich, Hoffman, Steers, 2005; Piña y Cols. 2006) es la ayuda a enfrentar los acontecimientos estresantes de su vida y los daños causados por estos. Las redes sociales tienen un sistema de roles e identidades asociadas con la posición dentro de un grupo, mientras una identidad es una auto-evaluación que surge como consecuencias de desempeñar uno de estos papeles. Las normas y expectativas que acompañan a cada rol se asocian con el comportamiento y permiten determinar si el desempeño de este es



el adecuado. Se especula que el apoyo social contribuye a la restitución de los sentimientos de control y de autovaloración específicos de un rol.

El apoyo social se manifiesta en diversas formas; quien presta su ayuda a otro puede darle ánimo u otro apoyo emocional, pero, dejando la responsabilidad de enfrentarse con sus problemas al individuo (Krause y Borawski-Clark, 1997).

El impacto del VIH/SIDA como enfermedad sobre el bienestar objetivo es importante ya que el tratamiento ARV es invasivo por los efectos secundarios que se presentan al consumirlo (nausea, vomito, debilidad, dolor de cabeza, etc.) así como la cantidad de medicamento: por lo menos 3 que son los que cumplen con el esquema básico (mas de 20 comprimidos diarios), y los horarios de ingestión. En conjunto con una dieta especial para que los medicamentos funcionen adecuadamente. El impacto sobre los familiares y el paciente es alto ya que se debe contar con un lugar para vivir con las condiciones básicas, limpieza para evitar en la medida de lo posible las enfermedades oportunistas, lo que requiere atención médica, compra de medicamentos y estancias hospitalarias al paciente.

Para definir la Calidad de Vida en pacientes que viven con una enfermedad crónico-degenerativa como es el VIH/SIDA, se debe evaluar cuatro aspectos principales: El primero es el estatus funcional que es la capacidad para ejecutar las actividades de independencia y autocuidado, donde se incluyen el bañarse, alimentarse, moverse dentro y fuera de la casa, hacerse responsable de sí mismo. El segundo aspecto son los síntomas relacionados a la enfermedad y al tratamiento que van desde la falta de energía o debilidad hasta la incapacidad completa. El penúltimo aspecto es el psicológico donde se observa el nivel de estrés, depresión, tristeza, ansiedad y la capacidad de adaptación que posee el paciente para afrontar la enfermedad. Finalmente el funcionamiento social se ve fuertemente afectado ya que tiene que cambiar su estilo de vida para adaptarse a sus nuevas condiciones, tiene prohibido tomar alcohol, fumar, disminuir las desveladas. Cambiar su interacción con sus amigos y familiares. Así como lidiar con el dolor, cansancio, nausea y mareo, lo cual en conjunto, puede derivar en la incapacidad para cumplir con sus actividades de roles asignados anteriormente.

Se establecen los indicadores psicológicos de la calidad de vida por separado para observar si alguno de ellos correlaciona con los parámetros fisiológicos.

## 1.6 DEPRESIÓN

El término depresión tiene muchos significados ya que puede manifestarse como un síndrome o una entidad nosológica. Las causas de la depresión son múltiples por lo que se ha llegado a un acuerdo unánime que va desde la tristeza pasajera que puede apoderarse de cada uno hasta un severo acceso de melancolía. Robert y Lamontagne (1977) consideran que la depresión es... "un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal y de una dolorosa consecuencia de disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica". Los síntomas son diversos, desde el llanto, tristeza, pérdida de la autoeficacia, sentimientos de culpa y auto-castigo, hipocondría, disminución del placer, dificultades de concentración, pérdida de interés, escasez de conversación, pérdida de apetito, dolores diversos, etc.

En 1963 Beck menciona que la forma en que el individuo estructura su mundo tiene gran influencia sobre su conducta, por lo que se postula un modelo cognoscitivo con tres aspectos primordiales para explicar la depresión en los sujetos. El primer aspecto es la tríada cognoscitiva: la visión de sí mismo, su futuro y el mundo que lo rodea. El segundo aspecto son los esquemas cognoscitivos, donde se observa la organización estructural del pensamiento y finalmente los errores cognoscitivos que son las creencias falsas que aparecen para predisponer la distorsión del pensamiento o la realidad.

Por otra parte Matud, Carballerira, López, Marrero e Ibañez (2002) postula que la falta de habilidades sociales es lo que provoca una tasa de refuerzo positivo bajo, es decir, que cuando hay una tasa de respuesta baja en el refuerzo positivo contingente a la respuesta provoca un bajo nivel de conducta adaptativa, por lo que se presentan sentimientos negativos sobre sí mismo y su medio ambiente, lo que provoca que el individuo se sienta deprimido, es decir que el apoyo social es importante en la salud mental. A este respecto coincide Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas (2001) indica que existen dos factores causales: el primero es una visión distorsionada e incompleta de su medio ambiente y el segundo es un cambio

repentino en el mismo ambiente, por ejemplo la muerte de un familiar, por lo que la depresión se presenta cuando el individuo carece de refuerzo positivo en la conducta adaptativa.

Finalmente el individuo percibe el propio desamparo como la base de la creencia que no le permite tener el control sobre su medio ambiente, por lo que la desesperanza aprendida provoca depresiones que comienzan como una reacción a la pérdida de control sobre la gratificación y el alivio (Seligman, 1967). Después de algunas críticas a su teoría, Seligman (1978, en Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) reformulan la teoría del desamparo aprendido incluyendo elementos de la teoría de la atribución elaborada por Weiner en 1971 (Weiner, Frieze, Kukla, Reed, Rest y Rosenbaum, 1971). Esta teoría postula que las atribuciones que hace el individuo acerca de la no-contingencia entre sus actos y los productos son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Las dimensiones de las atribuciones que son particularmente importantes para el desamparo aprendido y la depresión van desde internalidad/externalidad, generalidad/especificidad y estabilidad/inestabilidad.

Específicamente en los pacientes que viven con VIH, la depresión aparece junto con síntomas psicossomáticos, los que son determinados por algunas variables que han influido en su vida anteriormente. Desde los factores socioeconómicos y ambientales, pasando por los servicios médicos, empleo e ingresos económicos. Las relaciones interpersonales con la familia, amigos y el apoyo social percibido por los individuos. Las características de la enfermedad, desde su CD4, Carga Viral, tratamiento, efectos secundarios, cambio de esquema de ARV, enfermedades concomitantes, deterioro físico. Así como la personalidad, habilidades, inteligencia, edad, sexo, estilo y filosofía de vida (Rando, 1984).

Chesney, Morin, y Sherr en el 2000, y Treisman, Angelina y Hutton (2001), encontraron que los síntomas depresivos son uno de los más consistentes predictores de la falta de adhesión porque a los pacientes deprimidos les falta energía física y mental. Adicionalmente los pacientes depresivos frecuentemente tienen sentimientos de desesperanza sobre ellos mismos y su futuro, por lo que no

pueden darse cuenta de la asociación que tiene la adhesión al medicamento y la mejora de su salud.

Los pacientes con VIH/SIDA pueden ser más propensos a tener pensamientos que entorpecen o ayudan a olvidar su toma de medicamento.

La depresión se caracteriza por una amplia gama de comportamientos (aislamiento social, tristeza, percepción de aceptación o rechazo de las personas importantes en su vida, ira e impulsividad) que se derivan del diagnóstico de la infección o del tratamiento antirretroviral administrado (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008).

Al presentar depresión los pacientes infectados por el VIH/ SIDA tienen mayores probabilidades de no cumplir con pautas del tratamiento con antirretrovirales y de no llevar a cabo las indicaciones médicas al pie de la letra (Gordillo, Del Amo, Soriano y González-Lahoz, 1999; Piña y cols. 2008). Si los estresores favorecen la liberación de citocinas y neurotransmisores que producen cambios conductuales en los individuos para el afrontamiento de los estímulos estresantes que pueden ser de carácter físico o psicológicos (Pavón, Hernández, Loria y Sandoval, 2004).

Como se ha mencionado anteriormente la depresión es un indicador psicológico que puede estar relacionado con los parámetros fisiológicos CD4 y Carga viral.

## 1.7 ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO

Si los estresores están presentes durante periodos extensos, aparecen alteraciones en los sistemas neuroendocrino e inmunológico, produce una pérdida de equilibrio en dichas interacciones conduce a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades (Pavón y cols, 2004). Por lo que a continuación se revisa de forma detallada los mecanismos del estrés.

Lazarus (1966), postula que el estrés tiene tres procesos:

- La evaluación primaria; se refiere a percibir una situación como amenaza, en 1987 con Folkman le dan dos perspectivas: la cognición que incluye la evaluación de riesgos cuando el individuo sufre un enfrentamiento y la emoción que es como se evalúa la situación ya sea como daño o beneficio.
- La evaluación secundaria; es la elaboración de un plan o estrategia para responder a la amenaza
- El afrontamiento; es el llevar a cabo el plan es decir, ejecutar la conducta.

Mercado en 1992 refiere el estrés como una relación entre el individuo y su medio. Por lo que el organismo trata de adaptarse a las agresiones de su medioambiente en este punto es donde surgen los problemas de salud leves o graves, transitorios o crónicos. A este proceso se le denomina Síndrome de Adaptación.

A este respecto Selye en 1980 describe el Síndrome General de Adaptación (SGA), este representa todas las modificaciones no específicas, es decir, se desarrolla en el organismo y en el tiempo, en el transcurso de la exposición continua a los ataques. El estrés se puede medir por la intensidad de sus manifestaciones y las reacciones del sistema nervioso gracias al cual

podemos adaptarnos a las modificaciones que se producen en el interior y exterior de nuestro cuerpo el SGA tiene tres fases:

1. Reacción de alarma.
2. Fase de resistencia
3. Fase de agotamiento

Por lo que nos damos cuenta que una persona que esta sometida al estrés cuando presenta señales de agotamiento, es decir, cuando la fatiga es una señal frecuente y precoz puede ser física o intelectual. El sujeto sometido a estrés se queja de dolor en todas partes, la impaciencia, irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, angustia, tristeza y desaliento, presenta trastornos funcionales psicosomáticos distintos de una persona a otra.

El estrés produce un efecto en nuestro comportamiento el cual responde con base en la intensidad y duración del estrés. Generalmente la respuesta es de miedo o ansiedad cuando se presenta un estímulo de miedo se adopta una respuesta de vigilancia. La ansiedad es mucho mas generalizada y es una emoción mas larga que el miedo y se anticipa al estímulo. En algunos casos la respuesta instrumental es disfuncional, la adaptación al estrés se puede dar por medio de la habituación (Velluci, 1997).

La palabra afrontamiento viene del verbo afrontar que significa hacer frente a..., este término fue utilizado inicialmente por Lazarus en 1966 para referirse a las estrategias conductuales e instrumentales que se adoptan ante una amenaza. Kaplan (1990) define como afrontamiento la conducta que presenta el individuo como resultado de los límites fisiológicos y psicológicos tolerables, que se manifiesta de forma emocional después del evento estresante como respuestas internas y externas, desarrollando nuevas capacidades para cambiar su medio ambiente y su relación con él.

De la misma forma Lazarus y Folkman (1986) postulan que “los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes de los

recursos del individuo” es decir cuando el individuo se siente amenazado presenta cogniciones, emociones y conductas para afrontar las exigencias ya sean externas o internas. Establecen el estrés como la relación que hay entre el individuo y su medioambiente al cual considera amenazante o que pone en peligro su bienestar.

En la investigación hecha por Veiel y Bauman en 1992 se observa que las habilidades de afrontamiento incrementan el autoestima por medio del apoyo emocional que se les proporciona a los pacientes por parte de sus allegados, ya sea solamente escuchándolos o siendo compañeros empáticos y se vio un decremento de los afectos negativos.

Se ha observado que la ansiedad en los pacientes que viven con VIH/SIDA varía en función del estadio de la infección. A su vez a mayor percepción de control de la salud por parte del paciente supone un descenso en los niveles de ansiedad. Por lo tanto si la persona cree que puede influir sobre ella y se siente capaz de afrontarla se produce un descenso en los niveles de ansiedad (Remor, Carrobbles, Arranz, Martínez y Ullas, 2001).

El estrés en las personas seropositivas al VIH se define como una reacción global, teniendo implicaciones fisiológicas como la estimulación de las glándulas suprarrenales, liberando hormonas como son: corticotrópica, catecolaminas y glucocorticoides. Las respuestas psicológicas como el estrés y ansiedad que dependen de la topografía de los estímulos que estas personas enfrentan en diferentes situaciones (Piña y cols. 2008).

El estrés, la ansiedad y las conductas de afrontamiento se incluyen como parámetros psicológicos que pueden estar relacionados con el CD4 y la carga viral en pacientes que viven con VIH/SIDA.



## 1.8 ADHESIÓN TERAPEUTICA

Los factores que operan sobre la adhesión al tratamiento son el conocimiento sobre la enfermedad; las habilidades, creencias, motivación e instrumentación de conductas en el paciente (Meichenbaum y Turk, 1987).

En 1987 el maestro Benjamín Domínguez menciona la importancia que tiene el que un paciente se someta a las indicaciones del equipo médico que lo atiende en cualquier etapa de su enfermedad, ya que esto se traduce en un entorpecimiento o impedimento de la recuperación del padecimiento y marca cuatro fallas determinantes en el proceso de la enfermedad por la falta de adhesión:

1. Comenzar o continuar con su programa terapéutico.
2. Asistir a las citas de seguimiento y supervisión
3. Ingesta adecuada de medicamentos prescritos
4. Cambiar o restringir conductas de la persona (ejercicio, fumar, dieta, etc)

Cuando hablamos de falta de adhesión nos referimos al abandono, separación, terminación de forma inadecuada o temprana por parte del paciente para llevar a cabo las instrucciones terapéuticas. Por lo que el éxito de cualquier tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del paciente, por lo que deben asumir la responsabilidad para manejar su enfermedad (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003).

A la terminación, distanciamiento, abandono del tratamiento de forma anticipada por parte del paciente, así como una aplicación incompleta o defectuosa de las instrucciones se le denomina falta de adhesión. Por lo que el éxito del tratamiento lo determina la participación del paciente para el cumplimiento de todos los aspectos del programa, lo cual se complica cuando el paciente es externo del servicio y tiene que asumir toda la responsabilidad para manejar su enfermedad.

Por todas las complicaciones para llevar a cabo las prescripciones como son la toma de medicamento, llevar a cabo un régimen alimentario, realizar ejercicio físico. El paciente se debe hacer responsable del tratamiento para que haya un éxito definitivo. Dependiendo de los síntomas que tenga el individuo va a reaccionar al respecto, pero algunas enfermedades son asintomáticas, por lo que el paciente no se apega al tratamiento al no ver resultados inmediatos. Los individuos hacen una interpretación de la información que han escuchado sobre su enfermedad y desarrollan creencias las cuales influyen en las acciones específicas para recuperar la salud.

Paz (1999) menciona que existen factores que influyen en la adhesión al tratamiento para que sea exitosa, algunos se atribuyen al individuo y a la enfermedad, otros están relacionados con el medicamento y el equipo asistencial con el que cuenta el paciente.

Entre los factores referentes al paciente están: edad, sexo, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico. Se encontró que a mayor edad más apego al tratamiento.

Existe una influencia negativa para la adhesión respecto a los factores psicológicos como la ansiedad y la depresión. Otro factor importante es la actitud del paciente y la percepción de beneficio potencial que tiene sobre el tratamiento.

Rodríguez en 1998 menciona que aquellos pacientes que tienen habilidades relacionadas con la planeación de actividades y disciplina en su vida cotidiana, buscan supervisión del médico, por lo tanto tiene un mejor manejo de su tratamiento

Los factores relacionados a la enfermedad incluyen: gravedad del padecimiento, ausencia o presencia de medicamento (efectos secundarios). Así como la dificultad del régimen terapéutico (número de medicamentos, dosis y tiempo de administración), influyen sobre la adhesión al tratamiento.

El equipo de trabajo asistiendo al paciente es un factor que tiene un impacto positivo en la relación médico-paciente cuando el segundo encuentra en su médico confidencialidad, continuidad, flexibilidad y empatía. Así como

proporcionar información detallada, auténtica y tomar decisiones en conjunto en un ambiente de confianza (Paz (1999); Hotz y cols., 2003).

La relación existente entre el paciente y su terapeuta es de trabajo en equipo, anteriormente se creía que el terapeuta se encargaba sólo de moldear la conducta deseable en el paciente utilizando reforzamiento social (Bandura, 1978).

La importancia en esta relación se basa en la actitud y conducta del primero ya que esto influye en una mayor o menor adhesión. Por lo tanto una mejor adhesión al tratamiento se presenta cuando los clínicos se muestran cálidos y empáticos. Así como proporcionando instrucciones específicas, claras e individuales (Dunbard y Stunkard, 1979).

Para que la terapia conductual sea exitosa es necesario que exista cooperación por parte del paciente ya que éste puede resistirse o neutralizar los intentos del terapeuta para realizar cambios en el individuo.

Por otra parte, las expectativas del paciente contribuyen a determinar si se establece una adecuada adhesión. La auto-eficacia del paciente es determinante en esta relación, ya que puede generar y mantener conductas de enfrentamiento. Por lo que se recomienda favorecer las expectativas realistas sobre el desarrollo del tratamiento y disminuir la distancia entre las demandas inmediatas, las cuales tienen consecuencias a corto plazo, y las diferidas.

Baekelund en 1975 menciona que las incongruencias entre lo que ellos esperan y reciben pueden impedir el progreso o disminuir la adhesión.

Los factores que intervienen en el éxito de un programa terapéutico son básicamente los errores de omisión, dosis, tiempo y automedicación (Puentes-Silva, 1984).

Los pacientes que reciben tratamiento Antirretroviral toman de 10 a 20 comprimidos por día (Chesney y cols., 2000), los efectos secundarios y la expectativa de que sea de por vida, resulta en severos problemas con la adhesión al tratamiento del paciente que finalmente lleva a que el tratamiento fracase. En el entendido de que los pacientes asisten al médico para proporcionar alivio a sus

síntomas, en el caso de los pacientes que viven con VIH y SIDA los medicamentos son profilácticos y la mayoría de ellos produce efectos adversos para el paciente lo que dificulta su ingestión, aunado a esto los horarios y las grandes cantidades de medicamento diario.

Hogg, Heath, Yip, Craib, O'Shaughnessy, Schechter & Montaner (1998) y Valenti (2001) coinciden en que el tratamiento con antirretrovirales ha demostrado tener un éxito extraordinario inhibiendo la replicación del virus, reducir la morbilidad, mortalidad y disminuir los costos del cuidado de la salud para pacientes que viven con VIH. Sin embargo la eficacia de este tratamiento depende estrictamente de que el paciente tome su medicamento en el horario y la cantidad indicada, ya que si la adhesión disminuye, la carga viral y el riesgo de progresión de la enfermedad aumenta (Bangsberg, Porco, Kagay, Charlebois, Deeks, Gúzman, Clark y Moss, 2001).

Múltiples estudios han confirmado la asociación positiva entre el apoyo social y la adhesión de medicamentos a través de diferentes enfermedades crónicas, en especial en el tratamiento con antirretrovirales (Remien, Wagner, Dolezal, y Carballo-Dieguez, 2003). La literatura menciona que el apoyo social sirve como reforzador de la salud, ya que abarca desde la autoaceptación, autoestima e interacción social (Uchino, 2004). La salud se ve afectada por los mecanismos del apoyo social y la conducta especialmente en la adhesión al régimen medicamentoso, pero no se ha podido conceptualizar adecuadamente para tener evidencia empírica (Wills y Fegan, 2001).

La adhesión es un problema conductual ya que demanda que el paciente aprenda nuevas habilidades, que altere su rutina y aumentar su tolerancia. Esta información es importante para evidenciar estrategias efectivas para el cambio conductual (Hotz y cols. 2003).

La Adhesión terapéutica por sus características esta intrínsecamente ligada al desarrollo del VIH por la ingesta de medicamentos, conductas de autocuidado, de riesgo, seguimiento de recomendaciones del médico, etc. La relación si es que existe con el CD4 y la carga viral en pacientes que viven con VIH.

## CAPITULO II

### DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

#### 2.1 Justificación

Con los avances tecnológicos y el estilo de vida actual. La expectativa de vida de los pacientes que viven con VIH ha ido en creciente aumento. Anteriormente los pacientes con VIH se caracterizaban por tener una expectativa corta de vida. Desde los primeros casos diagnosticados en México en 1983 la mayoría extranjeros residentes en el país. Hasta el 2001 donde se estima que los pacientes con esta enfermedad superan los 65 000 casos.

A pesar de que actualmente se ha dado gran importancia a los estudios que se dedican a la salud de personas que viven con VIH, siendo la mayoría de estos realizados en el extranjero, en México se ha reconsiderado la posición de este padecimiento al considerarlo una enfermedad crónico degenerativa lo que implica altos costos económicos y sociales para su tratamiento. Actualmente se ha asignado la relevancia adecuada a esta población que va en aumento en los últimos años y con expectativas de crecimiento. Considerando de gran importancia el sentar precedentes en el estudio de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en pacientes con VIH.

Se busca encontrar elementos que permitan avanzar en la investigación de algunos de los mecanismos regulatorios del comportamiento por ejemplo: habituación, requisito de respuesta, incompatibilidad de respuestas, asociación, ley del ejercicio, etc (Sánchez-Sosa, 2002) para describir, correlacionar y explicar el comportamiento de estos pacientes para aumentar la expectativa y calidad de vida a corto, mediano y largo plazo.

Con esta investigación se busca explorar la adhesión al tratamiento, la calidad de vida y los aspectos psicológicos de la misma de los pacientes que viven con VIH. Para fines prácticos es la auto-percepción del nivel de desempeño que podemos lograr en una actividad determinada y la satisfacción que sentimos de

nuestra vida. Tomando en cuenta los aspectos psicológicos que influyen en el individuo, especialmente en sus cogniciones, que como sabemos afectan el componente instrumental y emocional de la conducta. Actualmente se han realizado investigaciones médicas sobre la evolución del VIH y SIDA. Sin embargo, no se ha realizado una relación entre los parámetros fisiológicos CD4 y Carga Viral con los aspectos psicológicos anteriormente mencionados. Siendo este el objetivo de la presente investigación. Utilizando una muestra de pacientes que viven con VIH en el Estado de México.

## 2.2 OBJETIVOS

Objetivo General: Examinar los aspectos psicológicos que pueden estar asociados a la calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes que viven con VIH respecto a los parámetros fisiológicos (Carga Viral y Conteo de Células CD4).

Objetivos específicos:

- Probar si existe asociación entre la percepción de calidad de vida y la carga viral.
- Probar si existe asociación entre la percepción de calidad de vida y el conteo de células CD4.
- Probar si existe asociación entre la adhesión al tratamiento y la carga viral.
- Probar si existe asociación entre la adhesión al tratamiento y el conteo de células CD4.
- Probar si existe asociación entre los aspectos psicológicos de la calidad de vida (soledad, apoyo social, satisfacción, autosuficiencia) respecto a carga viral.
- Probar si existe asociación entre los aspectos psicológicos de la calidad de vida (soledad, apoyo social, satisfacción, autosuficiencia) respecto a CD4.

- Probar si existe asociación entre la calidad de vida (percepción de calidad de vida, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente) respecto a carga viral.
- Probar si existe asociación entre la calidad de vida (percepción de calidad de vida, salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente) respecto a CD4.
- Probar si existe asociación entre la adhesión al tratamiento (percepción de la autoeficacia hacia la salud, actitud hacia el tratamiento, dependencia médica, y percepción de salud) respecto a la carga viral.
- Probar si existe asociación entre la adhesión al tratamiento (percepción de la autoeficacia hacia la salud, actitud hacia el tratamiento, dependencia médica, y percepción de salud) respecto a CD4.
- Probar si existe asociación entre la depresión y la carga viral
- Probar si existe asociación entre la depresión y el conteo de CD4.
- Probar si existe asociación entre la ansiedad y la carga viral
- Probar si existe asociación entre la ansiedad y el conteo de CD4.
- Probar si existe asociación entre la afrontamiento y la carga viral
- Probar si existe asociación entre la afrontamiento y el conteo de CD4.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1 PARTICIPANTES

Se seleccionó una muestra de 85 sujetos diagnosticados seropositivos al VIH por medio de un muestreo accidental no probabilístico. Pacientes que estén dentro del programa de VIH del Hospital General de Atizapan, considerando los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### 3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Sujetos mayores de 18 años, diagnosticados seropositivos al VIH, tener un estudio de laboratorio que indique CD4 y Carga Viral de los últimos 6 meses. Saber leer y escribir, firmar la carta de consentimiento informado.

#### 3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

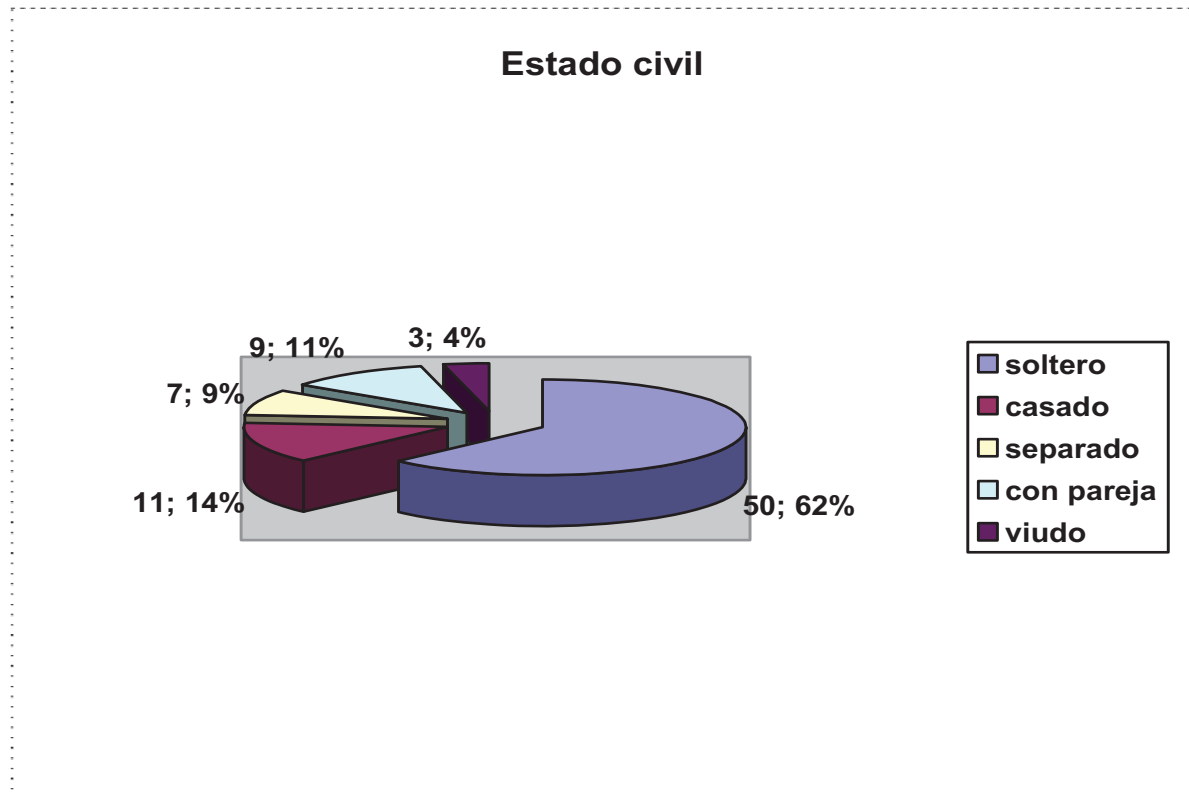
Pacientes que no tengan estudio de laboratorio que muestre Carga viral y CD4, así como los que están hospitalizados. Los que no sepan leer y escribir. O los que presenten diagnóstico psiquiátrico.

Los pacientes que pertenecen al Programa de VIH del Hospital General de Atizapan tienen las siguientes características demográficas .

La muestra consistió en 85 sujetos, de los cuales algunos no respondieron estado civil u ocupación, edad, etc. Respecto a las características demográficas se encuentra lo siguiente:



En estado civil se encontró que 50 sujetos eran solteros, 11 casados, siete separados, nueve con pareja y tres viudos. La siguiente gráfica permite ver la distribución porcentual de estos sujetos.

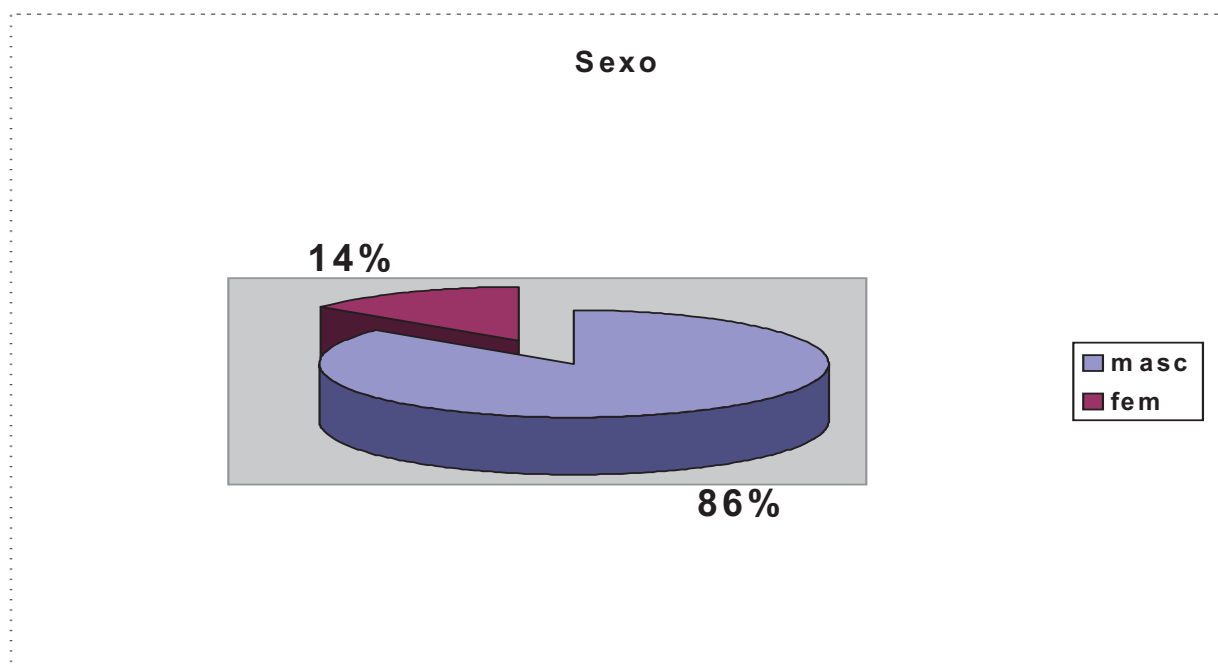


Gráfica 1 Porcentaje de estado civil de los pacientes que viven con VIH/SIDA.

Respecto a la edad de los sujetos, la siguiente tabla muestra que el rango se encontró entre 20 y 65 años, con una media de 34.9

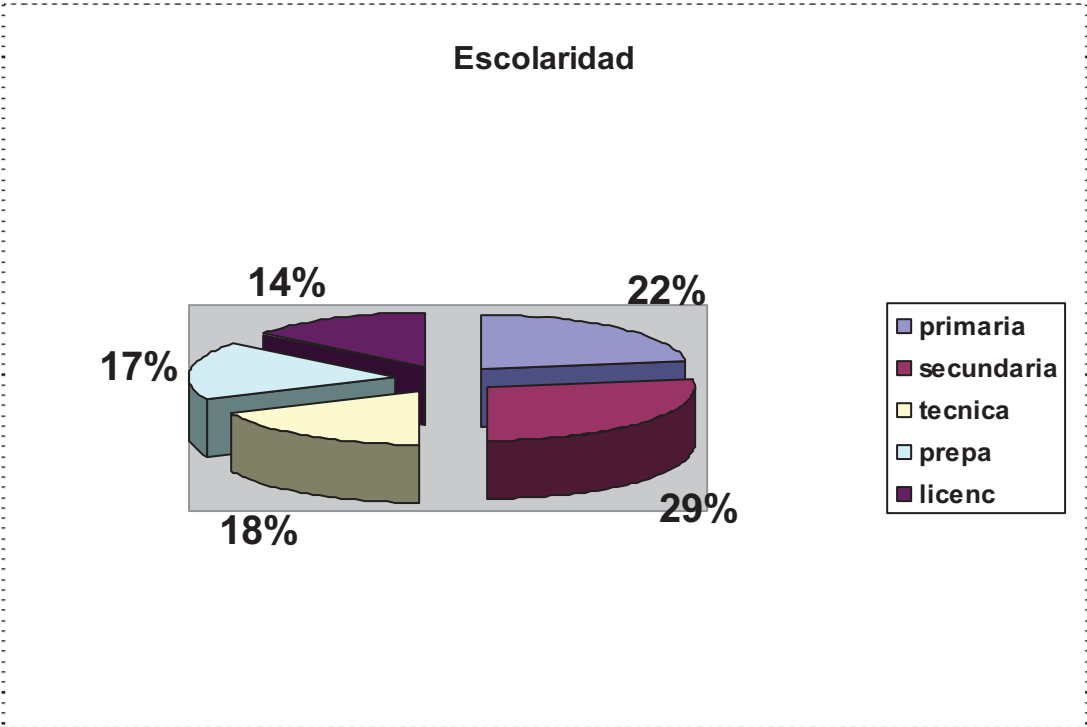
N Válida	<b>80</b>
Perdidos	<b>5</b>
Media	<b>34.90</b>
Mediana	<b>33.50</b>
Desviación Estándar	<b>8.719</b>
Mínimo	<b>20</b>
Máximo	<b>65</b>

Respecto al sexo de los sujetos, 73 fueron hombres y 11 mujeres. La siguiente gráfica muestra la distribución porcentual por sexo



Gráfica 2 Porcentaje de hombres y mujeres.

La escolaridad se distribuye en 17 sujetos con estudios de educación primaria, 21 con secundaria, 14 con carrera técnica, 13 con preparatoria y 11 con alguna licenciatura. La distribución porcentual de los mismos se muestra de la siguiente forma.



Gráfica 3 Nivel de escolaridad

### 3.4 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	# INDICADOR	WhoQoL Breve	INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	1 Percepción de Calidad de Vida	1	
	2 Salud Física	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	
	3 Salud Psicológica	5, 6, 7, 11, 19, 26	
	4 Relaciones Sociales	20, 21,22	
	5 Medio Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	
	6 Calidad de Vida Total	Porcentaje de los indicadores 2, 3, 4 y 5	
<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS</b>	7 Apoyo Social	20, 22	28, 29, 30, 31
	8 Satisfacción	5, 6, 17, 19, 21, 23, 26	
	9 Autosuficiencia	3, 4, 7, 10, 12, 15, 17, 18	
	10 Soledad		11, 13, 45, 46, 58, 59,60, 61, 62, 63
<b>ADHERENCIA TERAPEUTICA</b>	11 Percepción de auto-eficacia hacia la salud		1
	12 Actitud hacia el tratamiento		23, 24, 25
	13 Dependencia médica		26, 27, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57
	14 Percepción de Salud		65
	15 Adhesión al tratamiento Total	Porcentaje de los indicadores 11,12,13 y 14	

VARIABLE	#INDICADOR	INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN BDI	INVENTARIO DE BECK PARA ANSIEDAD BAI	ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE MOSS
<b>DEPRESION</b>	16 Depresión	1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16, 17,18,19,21,22		
<b>ANSIEDAD</b>	17 Ansiedad		1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16, 17,18,19, 20,21	
<b>AFRONTAMIENTO</b>	18 Afrontamiento			1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15,16, 17,18,19,21,22,23,24, 25,26,27,28,29,30,31, 32,33,34

Tabla 3. Definición y operacionalización de las variables

### 3.5 INSTRUMENTOS

1. Inventario de Calidad de vida y Salud. Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. & Groves, M.A (2004) Inventario de Calidad de Vida y Salud. Facultad de Psicología. UNAM.
2. Escala de afrontamiento. Escala (forma) de Moss, R. (1984).
3. Instrumento WHO-QOL-breve, Versión español. Traducción y adaptación: González-Celis, R.A.L. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001)
4. Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández., Facultad de Psicología, UNAM
5. Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por: Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernán
6. Ficha de Datos Sociodemográficos.
7. Consentimiento con información para el paciente.

**ESCENARIO:** Consultorio 12 del Hospital General de Atizapan de 3 X 3 metros con iluminación artificial, con dos ventanas de 140 X 140 cm, escritorio, dos sillas y un anaquel.

**MATERIALES :** Para cada sujeto se entregó un paquete con las pruebas para ser aplicadas, y hojas blancas adicionales. Se utilizaron además lápices, gomas y sacapuntas,

**PROCEDIMIENTO:** La administración de los instrumentos se realizó en una sola sesión. Se les asignó cita conforme llegaban a su consulta en Medicina Interna para su revisión mensual.

Las sesiones fueron individuales y el tiempo de aplicación requerido por cada sujeto hasta terminar las pruebas.

Antes de iniciar la aplicación de los instrumentos, se proporcionó una sesión informativa, luego de la cual se les pidió que leyeran y firman el formato de consentimiento así como la ficha de Datos Sociodemográficos, en la cual se incluyó el número de Folio del sujeto, para llevar un control de los pacientes.

El orden de aplicación de los instrumentos fue el mismo para todos los sujetos, se inició con la Prueba 1, el Inventario de Calidad de Vida y Salud, instrumento para medir percepción de la calidad de vida, estado de salud y adhesión al tratamiento; la Prueba 2, el instrumento para medir estilos de afrontamiento; la Prueba 3, el instrumento Who-QoI- Breve versión en español para medir calidad de vida, salud y otras áreas que incluyen aspectos psicológicos de la misma; la Prueba 4, BDI de Beck que mide depresión; la Prueba 5, BAI del mismo autor, que mide ansiedad.

Durante la aplicación de los instrumentos, estuvo presente la investigadora. La cual leía las instrucciones que tenía por escrito a los sujetos para garantizar que fueran las mismas para todos.

Para la aplicación de los instrumentos, se contó con un paquete de pruebas ya preparado para cada sujeto, con el orden de aplicación de las pruebas.

### 3.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación se trabajó con un diseño no experimental ya que no se manipularon variables de forma deliberada, es decir, se trata de una investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que se busca es observar el fenómeno tal como se da para luego analizarlo. Se utilizó un diseño transversal correlacional ya que permite recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único. Y se puede describir relaciones entre dos o más variables.



## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### **TIPO DE ANÁLISIS:**

La prueba estadística que se utilizó es el coeficiente rho de Spearman, una medida de correlación para variables en un nivel de medición ordinal de tal modo que los individuos de la muestra pueden ordenarse por rangos (jerarquías).

Se realizó un análisis multivariado donde se analiza la relación entre las variables independientes y al menos una dependiente, utilizando una prueba de regresión múltiple, como ya se mencionó anteriormente, sirve para predecir el valor de una variable dependiente conociendo el valor y la influencia de las variables independientes incluidas en el análisis (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

## 4.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

### RESULTADOS EN PORCENTAJES

A partir de este momento se realizará una descripción de las diferentes variables utilizadas para establecer el comportamiento de éstas dentro de esta investigación. En la tabla se observan los puntajes mínimos y máximos, así como la media y la desviación estándar de los 15 indicadores que componen a las tres variables que se estudiaron.

La Percepción que tienen las personas que viven con VIH de su Calidad de Vida es en promedio de 72.5 % lo cual muestra que es buena, la desviación estándar fue de 18.10% lo que nos indica que mientras algunos pacientes perciben su Calidad de Vida como excelente (puntuación máxima 100), otros se encuentran muy por debajo de lo aceptable (20 mínima).

Sin embargo, la Percepción de Calidad de Vida cambia un poco cuando ésta incluye las áreas de Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente; Ya que la Calidad de Vida Total en el grupo es de 68.23%, un porcentaje aceptable, (con una pequeña diferencia con la percepción de calidad de vida de solo 4.27%) con desviación estándar 111.34 ya que los puntajes brutos son como máximo 5620 y mínimo de 60. Tomando como referencia que en este caso incluye 25 ítems con puntajes desde 0 hasta 100; por lo que en porcentajes son mínimos de 12 y máximo de 1124.

Observamos los cuatro indicadores de la Calidad de Vida encontrando que los pacientes en el primer dominio perciben su Salud Física como aceptable (72.96%), teniendo una desviación estándar del 64.51% de los datos respecto a la media, con puntajes mínimos de 42.85 y máximo 634.28.

El segundo dominio es la Salud Psicológica la cual perciben entre moderada y bastante satisfactoria con un promedio de 69.03%, desviación estándar 14.56%, puntaje máximo 93.33 y mínimo de 16.66.

En el dominio de las Relaciones Sociales encontramos una media de 67.33%, ya que los pacientes que viven con VIH tienen suficiente relación con las personas que los rodean y se muestran satisfechos, así observamos una desviación estándar de 20.28, teniendo un puntaje máximo de 100 y mínimo de 13.33.

El ultimo dominio que es el Medio Ambiente, lo perciben como incierto, respecto a las condiciones de su ambiente físico, servicios con los que cuenta en su casa, hasta los servicios públicos por ejemplo: transporte y salud, incluyendo las actividades recreativas y acceso a la información. Así como respecto a su situación económica las que tienen acceso. Se encontró una media de 65.98%, con una desviación estándar de 13.48%, con puntajes mínimos y máximos de 25 y 92.5 respectivamente.

VARIABLE	INDICADOR	MEDIA	D.E	MIN	MAX	N
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Percepción de Calidad de Vida	72.50	18.10	20	100	80
	Salud Física	72.96	64.51	42.85	634.28	80
	Salud Psicológica	69.03	14.56	16.66	93.33	80
	Relaciones Sociales	67.33	20.28	13.33	100	80
	Medio ambiente	65.96	13.48	25	92.5	80
	Calidad de Vida Total	68.23	111.34	12	1124	80

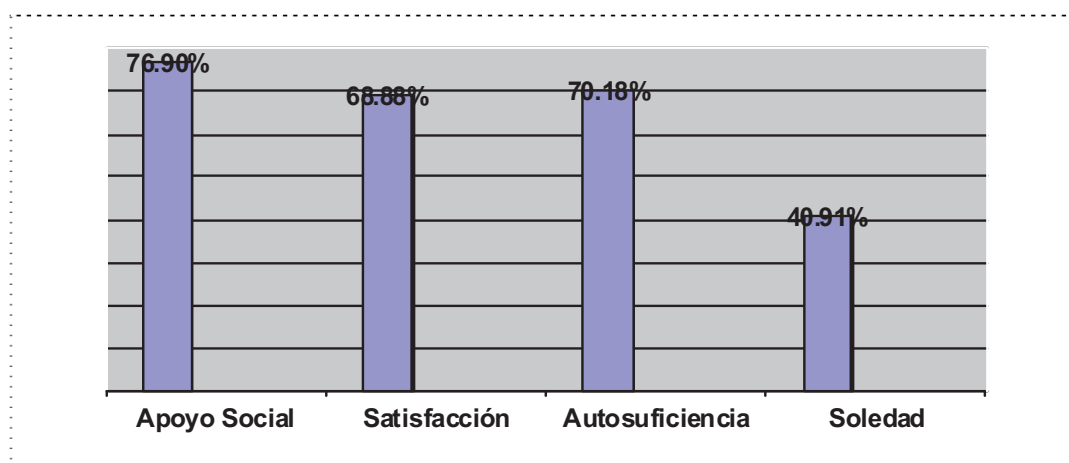
Tabla 4. Resultados de la variable Calidad de Vida

Por otra parte se hizo un análisis de los Aspectos Psicológicos de la Calidad de Vida iniciando con la variable Apoyo Social en el que se encontró una media de 76.9%, respecto a una desviación estándar de 18.10 en referencia a puntaje máximo de 100 y mínimo de 33.33

La Satisfacción que perciben los pacientes tiene una media de 68.88 %, con una desviación estándar de 13.51, dentro de valores referenciales mínimos de 37.14 y máximos de 94.28.

Asimismo, la media de 70.18 % corresponde a una desviación estándar de 57.08 , siendo los puntajes de la Percepción de Autosuficiencia que tienen los pacientes que viven con VIH.

Finalmente se obtuvieron los resultados de que tan solos se perciben los pacientes, lo que corresponde a la soledad, teniendo una media de 40.91 con una desviación estándar de 44.02.



Gráfica 4 Resultados en porcentaje de los Aspectos Psicológicos de la Calidad de Vida.

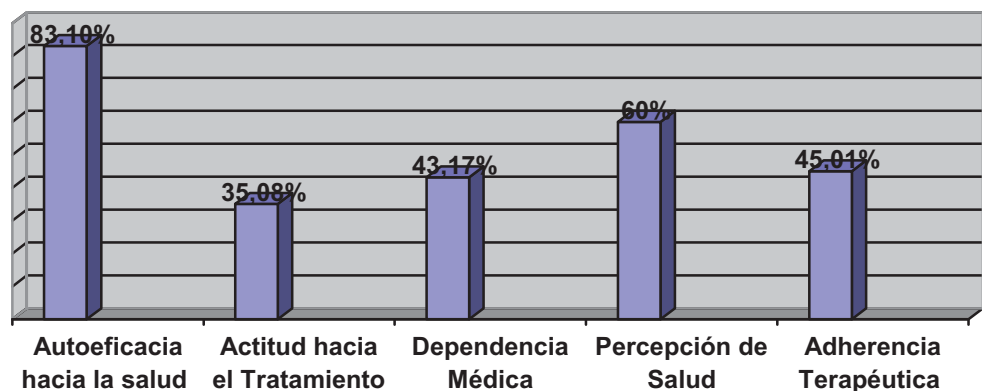
La segunda variable es la Adhesión al tratamiento la cual posee cuatro indicadores el primero es la Percepción de Autoeficacia hacia su salud del paciente que vive con VIH, se obtuvo una media de 83.10, con desviación estándar de 24.5 con puntajes mínimos y máximos de 0 y 100 respectivamente.

Otro indicador es la Actitud del paciente hacia el tratamiento donde tenemos una desviación estándar de 21.49 de una media de 35.08 con un puntaje máximo de 100 y mínimo de 0.

La Dependencia Médica que desarrollaron las personas que padece una enfermedad como el VIH tiene una media de 43.17 en una desviación estándar de 16.09 en puntaje mínimo de 0 y máximo de 90.

La Percepción que tiene el paciente de su Salud actual posee una media de 60 con una desviación estándar de 18.25 en puntaje mínimo de 20 y máximo de 100, es decir el paciente percibe una buena salud en este momento.

El indicador referente a la Adherencia Total que es la suma de los 4 indicadores de la Adhesión al tratamiento obteniendo una media de 45.01 con una desviación estándar de 51.33 con un puntaje máximo de 340 y mínimo de 75.

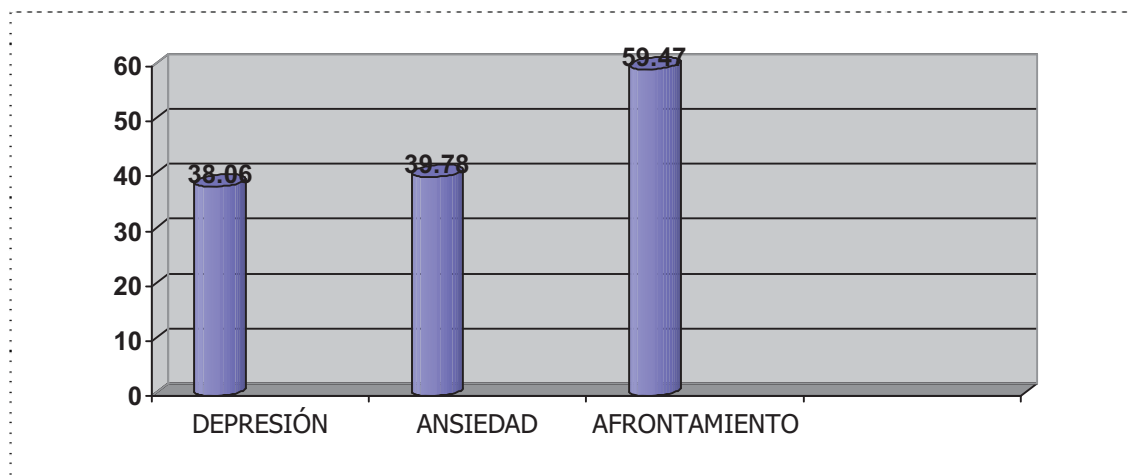


Gráfica 5 Resultados de la Adhesión al tratamiento

Se midió Depresión Total como el resultado de todo el inventario, se encontró una media de 38.06 con una desviación estándar de 11.18, con un puntaje mínimo de 3.57 y máximo de 64.28.

Así como el Afrontamiento Total se obtuvo como media 59.47, desviación estándar de 13.28 con un mínimo de 24.84 y máximo de 84.24.

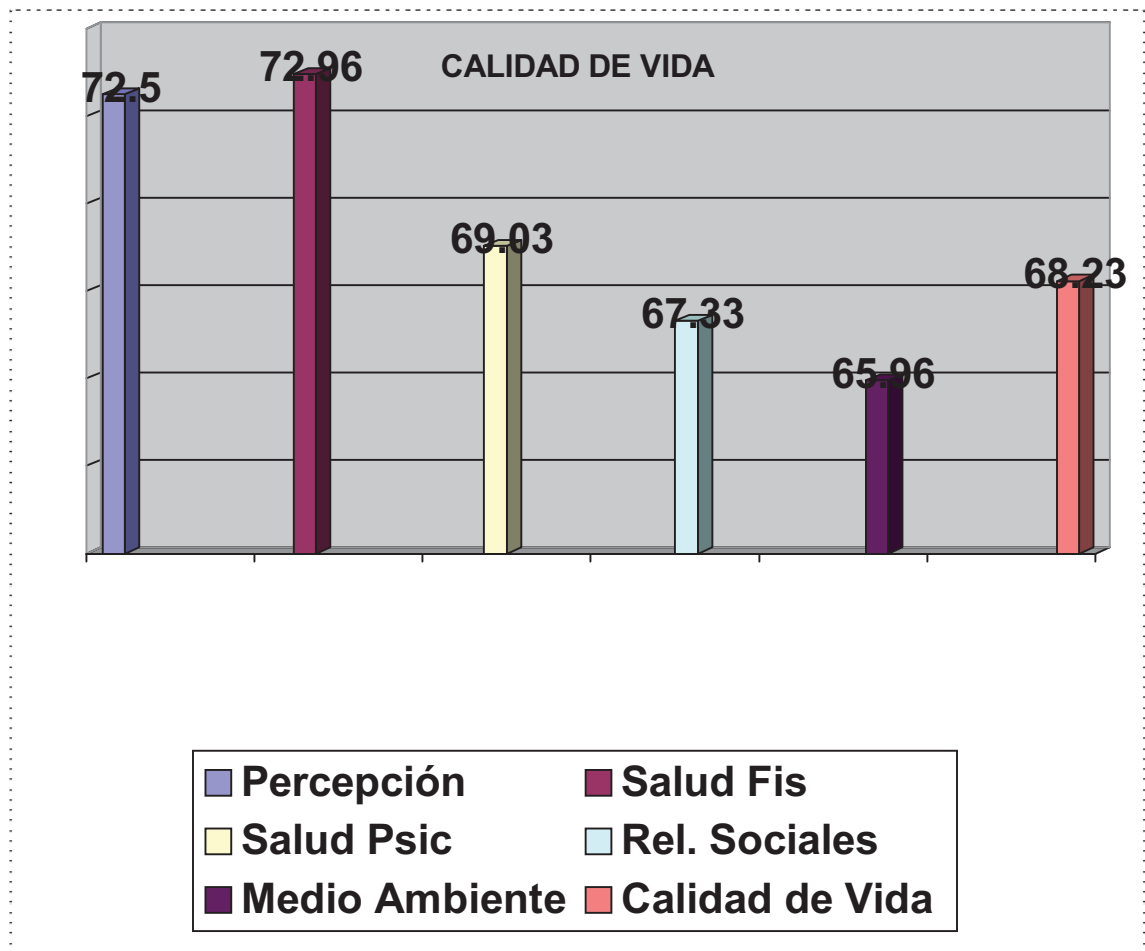
Y el último indicador Ansiedad Total se recogió como media 39.78, desviación estándar 12.40, con un puntaje máximo de 85.71 y puntaje mínimo de 25.



Grafica 5 Resultado de Depresión, Ansiedad y Afrontamiento

VARIABLE	INDICADOR	MEDIA	D.E	MIN	MAX	N
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Percepción de Calidad de Vida	72.50	18.10	20	100	80
	Salud Física	72.96	64.51	42.85	634.28	80
	Salud Psicológica	69.03	14.56	16.66	93.33	80
	Relaciones Sociales	67.33	20.28	13.33	100	80
	Medio Ambiente	65.96	13.48	25	92.5	80
	Calidad de Vida Total	68.23	111.34	12	1124	80

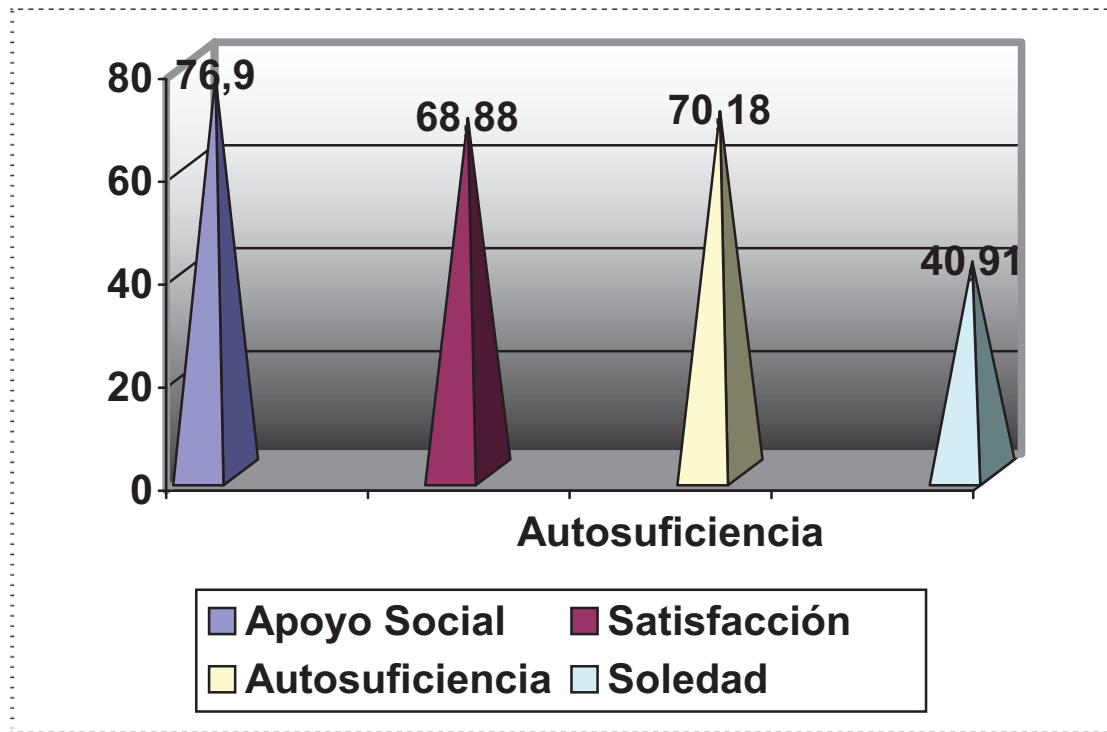
Tabla 5 Resultados de Calidad de Vida



Gráfica 6 Resultados de Calidad de Vida

VARIABLE	INDICADOR	MEDIA	D.E	MIN	MAX	N
<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CALIDAD DE VIDA</b>	Apoyo Social	76.9	18.10	33.33	100	85
	Satisfacción	68.88	13.51	37.14	94.28	80
	Autosuficiencia	70.18	57.08	45	565	80
	Soledad	40.91	44.02	14	430	85

Tabla 6 Resultados de los Aspectos Psicológicos de la Calidad de Vida



Gráfica 7 Resultados de los Aspectos Psicológicos de la Calidad de Vida

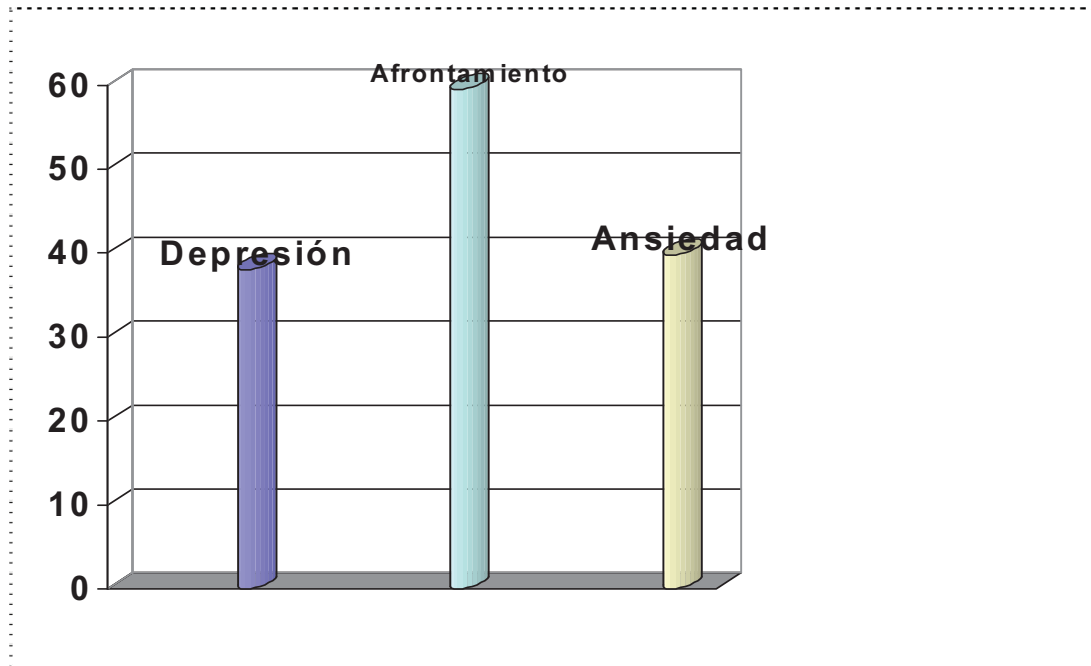


VARIABLE	INDICADOR	MEDIA	D.E	MIN	MAX	N
<b>ADHERENCIA TERAPEUTICA</b>	Auto-eficacia para la Salud	83.10	24.5	0	100	84
	Actitud hacia el Tratamiento	35.08	27.49	0	100	84
	Dependencia Médica	43.17	16.09	0	90	85
	Percepción de Salud	60	18.25	20	100	85
	Adhesión al tratamiento Total	45.01	51.33	75	340	85

Tabla 7 Resultados de los Adhesión al tratamiento

VARIABLE	INDICADOR	MEDIA	D.E	MIN	MAX	N
<b>DEPRESION</b>	Total	38.06	11.18	3.47	64.28	80
<b>AFRONTAMIENTO</b>	Total	59.47	13.28	24.84	84.24	84
<b>ANSIEDAD</b>	Total	39.78	12.40	25	85.71	79

Tabla 8 Resultados Depresión, Ansiedad y Afrontamiento



Grafica 8 Resultados Depresión, Ansiedad y Afrontamiento

## 4.2 ANALISIS CORRELACIONAL

### RESULTADO DE LAS CORRELACIONES ENTRE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y LOS PARÁMETROS FISIOLÓGICOS

En el análisis asociativo presentamos los resultados obtenidos mediante la prueba Spearman aplicada a los instrumentos de Calidad de Vida y Salud, Afrontamiento, Who-Qol- Breve, BDI y BAI.

VARIABLE	CARGA VIRAL	CD4
<b>CALIDAD DE VIDA</b>		
Calidad de Vida Total	<b>-.188*</b>	.181
Percepción de calidad de vida	-.037	.059
Salud física	.022	.063
Salud psicológica	-.107	<b>.227*</b>
Relaciones sociales	-.056	.032
Medio ambiente	<b>-.209*</b>	.172

\*\* Correlación significativa a nivel 0.01.

\* Correlación significativa a nivel 0.05.

La Calidad de Vida Total esta correlacionada significativamente de forma positiva con la Carga Viral.

De los indicadores de Calidad de Vida sólo el Medio Ambiente tiene una correlación negativa con la carga viral.

No se encontró ninguna correlación entre la Carga Viral y los indicadores de Calidad de Vida que incluye la percepción de calidad de vida, salud física, salud psicológica y relaciones sociales.

La observación entre el conteo de células CD4 y la salud psicológica arroja una correlación positiva. No así con la calidad de vida total, percepción de calidad de vida, salud física y psicológica, ni con relaciones sociales o medio ambiente.

VARIABLE	CARGA VIRAL	CD4
<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CALIDAD DE VIDA</b>		
Apoyo social	<b>-.187*</b>	.043
Satisfacción	-.141	.183
Autosuficiencia	-.086	.142
Soledad	-.051	.121

\*\* Correlación significativa a nivel 0.01.

\* Correlación significativa a nivel 0.05.

En los Aspectos Psicológicos de la Calidad de Vida encontré que el Apoyo Sociales el único que tiene una correlación negativa con la Carga Viral

Sin embargo, se observó que no existe correlación alguna con los aspectos psicológicos de la calidad de vida (satisfacción, autosuficiencia y soledad).

En las correlaciones hechas entre el conteo de CD4 y el apoyo social, satisfacción, autosuficiencia y soledad no hay resultados significantes

VARIABLE	CARGA VIRAL	CD4
<b>ADHERENCIA TERAPEUTICA</b>		
Adhesión al tratamiento total	1.55	-.036
Percepción de salud	<b>-.310**</b>	<b>.241*</b>
Percepción de la autoeficacia hacia la salud	.000	.068
Actitud hacia el tratamiento	.163	-.047
Dependencia médica	.153	-.034

\*\* Correlación significativa a nivel 0.01.

\* Correlación significativa a nivel 0.05.

La Percepción de Salud dentro de los indicadores de Adhesión al tratamiento tiene una asociación negativa con la Carga Viral en los pacientes que viven con VIH.

Los indicadores de actitud hacia el tratamiento, dependencia médica, percepción de autoeficacia hacia la salud y adhesión al tratamiento total no tienen asociación alguna con la carga viral.

Nuevamente se observa una correlación ahora positiva entre la percepción de salud con CD4. Pero no hay correlación entre los puntajes obtenidos en dependencia médica, actitud hacia el tratamiento y percepción de autoeficacia

VARIABLE	CARGA VIRAL	CD4
DEPRESIÓN	.013	.006
ANSIEDAD	-.049	.074
AFRONTAMIENTO	-.173	<b>.242*</b>

\*\* Correlación significativa a nivel 0.01.

\* Correlación significativa a nivel 0.05.

Finalmente no se encontró una correlación significativa entre la carga viral y la depresión, ansiedad y afrontamiento.

Sin embargo, se observa una correlación positiva con el afrontamiento y el conteo de células CD4. No así con los puntajes obtenidos con el inventario de depresión y ansiedad.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con la aplicación de una serie de instrumentos que midieron Calidad de Vida, Aspectos Psicológicos de la misma, Adhesión al tratamiento, Depresión, Ansiedad y Habilidades de Afrontamiento, en un grupo de personas que viven con VIH, se exploró la posible asociación de los anteriores con los parámetros fisiológicos de Carga Viral y CD4. Encontrando que la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes, es decir, se encuentran alrededor de los 30, cuentan con educación escolar media y superior, predominando el sexo masculino y ser solteros.

Específicamente en los aspectos que se relacionan con la Calidad de Vida observamos que tienen una buena percepción de su calidad de vida y de salud física contrario a lo que se podría esperar, de acuerdo con lo descrito por Cunningham y cols. en 1998, que describe que el malestar físico es inherente al paciente que vive con VIH, lo cual se refleja en la disminución de su calidad de vida.

Consideran que su Salud Psicológica, Relaciones Sociales y su Medio Ambiente son aceptables para su condición de enfermos crónico degenerativos, por lo tanto su calidad de vida en general es buena, esto coincide con lo expuesto por Cederfjall y cols. en 2001.

Se encuentran semejanzas con lo que manifiesta Iseminger en 1994 y Bowling (1997) al mencionar que la Calidad de Vida es un constructo vinculado con conceptos como felicidad, bienestar, salud psicológica y física, satisfacción y una percepción de salud que incluye el bienestar físico que reportaron los pacientes entrevistados.

Al asociar la Calidad de Vida encontramos una correlación negativa con la carga viral y con el medio ambiente, pero no hay evidencia significativa con la percepción, salud física o psicológica ni con las relaciones sociales que tienen estas personas, lo que coincide con lo postulado por Franchil y Wenzel (1998) ya que no siempre se encuentra una asociación entre los parámetros psicológicos y

los fisiológicos. A pesar de esto si observamos una correlación entre los puntajes de CD4 y la salud psicológica.

El apoyo social como un aspecto psicológico de la calidad de vida tiene una asociación negativa con la carga viral, como ha sido observado por diversos autores desde Wills y Fegan (2001), Remien, y cols. (2003) y Uchino en 2004 los que encontraron una correlación entre este y la adhesión, en este punto tenemos resultados parecidos. Ya que al tener una red de apoyo social buena ellos no se sienten solos y por lo tanto manifiestan ser autosuficientes para realizar sus actividades cotidianas y se muestran satisfechos consigo mismos.

Al observar como se comportaron en el área de Adhesión al tratamiento, encontramos que se sienten autoeficaces para manejar su enfermedad y perciben que su salud es aceptable, lo cual contrasta con una mala actitud hacia el tratamiento e indicaciones médicas, por lo que no consideran absolutamente necesaria la dependencia médica. Lo que refleja una pobre adhesión al tratamiento.

Afortunadamente los niveles de depresión y ansiedad son sorprendentemente bajos.

Sus habilidades de afrontamiento son suficientes para el manejo de su enfermedad a pesar de lo que encontró Cunningham y cols. (1998) ya que estos pacientes pierden el apetito, presentan náuseas, vómito, sudor, nocturno, fatiga y pérdida de peso, disminuyendo así su calidad de vida. Sin embargo, intervienen otros factores de importancia sobre el estado de la calidad de vida son los socioeconómicos y habilidades de afrontamiento, es decir aunque tengan síntomas físicos aversivos sus habilidades de afrontamiento sirven como mediador para que el paciente reporte una buena calidad de vida.

En este punto observamos que los pacientes que viven con VIH tienen un nivel suficiente de habilidades de afrontamiento algunas como consecuencia de sus redes de apoyo social lo que coincide con lo encontrado por Veiel & Bauman en 1992 y también presentan bajos nivel en ansiedad y depresión.

## REFERENCIAS

- Abbas, A.K; Lichtman, A.H; Pober, J.S. (2002) *Inmunología celular y molecular*. España. Mc Graw-Hill Interamericana 4ª edición.
- Seligman, M. Abrahamson, L., y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Andrews, F. & Withey, (1979) "Social indicators of well-being". En: Americans perceptions of life quality. New York. Plenum Press.
- Baekelund, F.; Lundwill, L. (1975) Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin* 82, (738-83).
- Bandura, A. (1978) The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bangsberg, D.R., Porco, T.C., Kagay, C., Charlebois, E.D., Deeks, S.G., Guzman, D., Clark, R., & Moss, A. (2004) Modeling the HIV protease inhibitor adherence-resistance curve by use of empirically derived estimates. *The Journal of Infectious Disease*, 190, 162-165.
- Beck, A.T. (1963). *Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions*. *Archives of General Psychiatry*. 9: 324-333.
- Belsky, J.K. (1996) *Psicología del envejecimiento*. Barcelona. Masson
- Blanco, A. y Chacón, F. (1986). La evaluación de la Calidad de Vida. En J. Morales. *Psicología Social Aplicada*. Bilbao España. 183-210.
- Breslow, L. (1972) A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. In M.C. Nussbaum & Amartya. *The quality of life*. New York: Oxford University Press Inc.
- Bowling, A. (1997) *Measuring Health: A review of Quality of life measurement scales*. University Press. Buckingham
- Cederfjall, C. ; Languius-Eklof, A. ; Lidman, K. ; Redling, R. (2001) A.I.D Patient care and STDs Vol. 15, Num, 1 . Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection.



- Chesney, M., Morin, M., & Sherr, L. (2000) Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50, 1599-1605.
- Cohen, S. y Lazarus, R.S. (1973) Active coping proceses, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychomatic Medicine*, 35, 375-389.
- Cohen, S. (1988) psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Contrada, R. ; Leventhal, E.; y Anderson, J. (1994). Psychological preparation for surgery: Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. En: S. Maes, H. Leventhal y M. Johnston (Eds.), *Internationalreview of health psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Cunningham, W.E, ;Shapiro, M.F. ; Hays. R.D (1998). Constitutional symptohms and health-related quality of life in patients with symptomatic HIV disease. *Am J. Med*, 104,129-136.
- Day, R. L. (1987). Relationships between life satisfaction and consumers satisfaction. In A. Coskum Samli (Ed.) *Marketing and the quality of life interface*, New York: Quorum Books.
- DeLong, D.R. (1971) Individual differences in patterns of anxiety arousal, stress-revelant information and recovery from surgery. Tesis doctoral, Universidad de California, Los Angeles.
- Diener, E. (1984). Subjetive well-being. *Psychological Bulletin*. (95): 542-575.
- Domínguez, B. (1984). Contribuciones de la investigación en Psicología a la Adherencia Terapéutica. En Puente- Silva (Ed.) *Adherencia Terapéutica: implicaciones para México* (pp. 71- 85). México: Federico Puente Silva.
- Dubnoff, H. (1986) *El proceso del envejecimiento*. Madrid. Morata.
- Dunbar, J.M. ; Stunkard, A.J. (1979) Adhrence to medical regimen. En *Nutrition, Lipids and coronary Herat disease*. R. Levy, B. Rifkind, B. Dennis, N. Ernst (Eds): Raven, Nueva York.
- Dupuy, H. J. (1978). Self representations of general psychological well-being of American adults. In A. R. Kamman, M. Farry, & P. Herbison (1984). *The analysis and measurement of happiness as a sense of well-being. Socials Indicators Research*.
- Friedman, y DiMatteo M.R (1989) *Health psychology*. Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall
- Gallar, M. (1998) *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.

- Gordillo V, Del Amo J. Soriano V. González-Lahoz J(1999) Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13: 1763-1769.
- González R.E., y Zepeda P.F. (2002) Aspectos psicológicos de la calidad de vida y auto-eficacia en un grupo de ancianos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM
- Headey, B., Wearing,A. (1989) Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model *Journal of personality and social psychology*. (57) 731-739
- Hernández S., Fernández Baptista .,(2008) Metodología de la Investigación. McGraw Hill. 4ta ed. México
- Hipócrates (1996) Tratados Hipocráticos. Alianza editorial. Madrid
- Hogg, R.S., Heath, K.V.,Yip, B., Craib, K.J., O'Shaughnessy, M.V., Schechter, M.T. & Montaner , J.S. (1998) Improved survival among HIV infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *Journal of the American Medical Association*, 279 (6), 450-454.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J.J, Wiley, C. ( 2003) Behavioural mechanism explaining adherence. What every health professional should know. In: WHO, ed. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO; pp.157-71.
- Iseminger K.(1994) Quality of life research
- Kaplan, R.M, Simon, H.J. (1990) Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions. *Annals of Behavioral Medicine*, 12: 66-71
- Krauze; Borawski-Clark. (1997) Funciones del apoyo social en la vejez. En Buendía, J. (Ed). Gerontología y salud; perspectivas actuales. (pp.147-168). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Laforest, J. (1991) Introducción a la gerontología. Barcelona. Gender.
- Lazarus, R. (1966) Psychological stress and the coping process. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Lazarus, R. Y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R. Y Folkman, S (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lazarus, R. Y Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 1987, pp.141-169
- Leventhal, H. y Johnson, J. (1983). Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation, En P. Wooldridge, M. Schmitt, J. Skipper y R. Leonard (Eds), *Behavioral science and nursing theory*. St Louis: Mosby.
- Leventhal, H. ; Meyer, D. y Nerenz, D. (1980) The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed) *Medical psychology*, Nueva York: Pergamon Press.
- Levi, L. & Anderson, L. (1975) *Psychosocial stress: Population, environment and quality of life*. New York: Spectrum.
- López-Roig, S. ; Pastor, M.A. y Rodríguez-Marín, J. (1990) El papel del apoyo social en pacientes hospitalizados. En: J. Rodríguez-Marín (Ed), *Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad*. Barcelona. PPU.
- Matud P. Carballeira M. López M. Marrero R. Ibañes I. (2002) Apoyo Social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25:32-37.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987) *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*.
- Mercado. S.G. (1992) *Estrés, Ansiedad y afrontamiento en el manejo del paciente quirúrgico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Murphy, D.A., Marelich, W.D., Hoffman, D. y Steers, W.N.,. (2005) Predictors of antiretroviral therapy. *AIDS Care*; 16: 471-84.
- ONUSIDA/OMS – 2002 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) Organización Mundial de la Salud (OMS) ONUSIDA/02.46S (versión española, diciembre de 2002) ISBN 92-9173-255-9 Versión original inglesa, UNAIDS/02.46E, diciembre de 2002 : *AIDS epidemic update: December 2002*
- Traducción – ONUSIDA
- Paslow, T.G; Stites, D.P; Terr, A.I; Imboden (2001) *Inmunología básica y clínica* . México. Manual Moderno 10ª edición.
- Pavón R. Hernández M. Loria S. Sandoval L. (2004) Interacciones neuroendocrinoinmunológicas. *Salud Mental*, 27: 19-25.
- Paz. R.F. (1999) *La adhesión al tratamiento a tratamientos médicos mediante una encuesta de opinión*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM

- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K. y Valencia, M.A. (2006) Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev Panam Salud Pública*; 19:217-28
- Piña J.A., Davila T., Sánchez-Sosa, J.J. Togawa, C., y Cázares, R.O. (2008) Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Rev Panam Salud Pública*; 23: 377-83.
- Puente-Silva, F.G. (1984) ¿Qué es la adhesión al tratamiento? Adhesión al tratamiento Implicaciones para México. XXIII. Congreso Internacional de Psicología. México.
- Quintero, G; González, U (1997). Calidad de vida contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. *Gerontología y salud; perspectivas actuales*. (pp.147-168). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Remien, R.H., Carballo-Dieguez, A., Wagner, G.:(2003) Prevalence and determinants of sexual risk behavior in male couples of mixed HIV status. XI International Conference on AIDS
- Remor E. Carroble J. Arranz P. Martínez D. Ullas S. (2001) Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicol Conduct*, 9: 323-336.
- Robert, S. y Lamontagne, Y. (1977) Depresión. En: M. Bouchard, L. Granger, y R. Ladouceur, (Eds.) Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Madrid: Debate.
- Robbins-Cotran, R.S; Kumar, V; Collins, T; (2000) Patología estructural y funcional. México. Mc Graw-Hill Interamericana 6ª edición.
- Rodríguez, O.G (1998) La psicología de la salud en América Latina. Porrúa. México. pp 45-60.
- Safren, S.A., Radomsky, A.S., Otto, M.W., y Salomon, E., (2002) Predictors of psychological well-being in a diverse sample of HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatics*; 43: 478-85
- Sanchez-Sosa J.J (2002) Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Rev. Mex. Psic*; 19:85-92.
- Setien. (1993) Indicadores sociales y calidad de Vida. Madrid. CIS-SXXI

- Selye, H. (1980). *Selye's guide to stress research*. New York : Van Nostrand Reinhold 4ta ed.
- Silverstein, A.M. (1989) *A History of Immunology*. Academic Press. San Diego
- Schroeder, S.A; Krupp, M.A; Tierney, L.M; Mcphee, S.J. (1992) *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México. Manual Moderno 27ª edición.
- Summers, J., Robinson, R., Capps L., Zisook, S., Hampton J., McCutchan, E y cols (2000) The influence of HIV-related support groups on survival in women who live with HIV. *Psychosomatics*. 41: 262-8
- Treisman, A. (1982) Adherence to medication treatment: A qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four U.S. *Journal of experimental Psychology: Human Perception and Performance*. Vol. 8 (2),194-214.
- Trujillo H. Oviedo-Joekes E. Vargas S.(2001) *Avances en psiconeuroinmunología. Rev Int Psic Clí Salud/Int J Clin Health Psychol*, 1:413-474.
- Uchino, B.N. (2004) *Social Support and physical health: Understanding the health consequences of the relationships*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Valdespino, G.J., García,G.M., Del Rio, Z.A., Loo, M., Magis, R., y Salcedo, A.R., (1995) *Epidemiología del SIDA/VIH en México*. *Salud Pública Mex*; 37:556-571.
- Valenti, W.M., (2002) HIV management: New Technologies improve outcome and contain costs. *AIDS Read*, 12: 64-69
- Veiel, H.O. y Bauman, U. (1992.). *The Meaning and Measurement of Social Support* (pp. 57-62). Washington, D.C.: Hemisphere
- Vellucci SV, Parrott RF. (1995) Prostaglandin-dependent c-Fos expression in the median preoptic nucleus of pigs subjected to restraint: correlation with hyperthermia. *Neurosci Lett*; 198: 49–51
- Willis,T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum,T. A. Revenson,. J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*
- White, C. (2000) Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioral model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.

ANEXOS

# BATERIA DE INSTRUMENTOS CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

## INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. & Groves, M.A (2004) Inventario de Calidad de Vida y Salud. Facultad de Psicología. UNAM.

## INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

### EJEMPLO:

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Encerraría en un círculo “CASI NUNCA” si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente terror en todo momento, encerraría en un círculo “SIEMPRE”.

0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde con toda confianza, conteste la verdad.

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante las últimas dos semanas, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los últimos quince días.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
2. Creo que me enfermo mas fácilmente que otras personas.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

#### DESEMPEÑO FISICO

3. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
4. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuerdas fácilmente					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
5. Puedo lavar mi ropa					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
6. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
7. Puedo subir varios pisos de escaleras sin cansarme demasiado					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
8. Puedo cocinar mis comidas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
9. Puedo ir a donde quiero yo solo (a)					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

## ALEJAMIENTO

10. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
11. Me siento tan vacío (a) que nada podrías animarme					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
12. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
13. Me siento solo (a) aún estando en compañía de otros					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

---

---

Durante las últimas 2 semanas...

## PERCEPCIÓN CORPORAL

14. Estoy insatisfecho (a) con la apariencia de mi cuerpo					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
15. Me siento poco atractivo (a) porque estoy enfermo (a)					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
16. Me siento restringido (a) por mi peso					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
17. Me da pena mi cuerpo					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo (a)					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre



Durante las últimas 2 semanas...

## FUNCIONES COGNITIVAS

19. Se me olvida en donde puse las cosas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
20. Se me olvidan los nombres					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
22. Tengo problemas con mi memoria					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

---

---

Durante las últimas 2 semanas...

## ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
26. Me siento incómodo(a) con mi médico					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
27. El trato que he recibido en el hospital o en la clínica, ha lastimado mis sentimientos					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas semanas...

## FAMILIA

28. El amor de mi familia es lo mejor que tengo					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
29. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
30. Mi familia me comprende y me apoya					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
31. Mi familia cuida mis sentimientos					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

---

---

Durante las últimas 2 semanas...

## PREOCUPACIONES

32. Me incomoda que otros me traten distinto al saber que estoy enfermo					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
33. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
34. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
35. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando esta conmigo por mi enfermedad					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
36. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre

Nunca      Veces      mente      Siempre  
 Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE

37. Desde que me enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

38. Ver a otros divirtiéndose me entristece  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

39. Ya no puedo pasar el rato con mis amigos debido a los gastos de mi enfermedad  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

40. Desde que me enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

41. Desde que me enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

42. Ahora que estoy enfermo (a) la vida me parece aburrida  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

43. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo (a)  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

44. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

45. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

46. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.  
 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%  
 Nunca      Casi      Pocas      Frecuente-      Casi      Siempre  
             Nunca      Veces      mente      Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

## DEPENDENCIA MEDICA

47. Espero que el médico cure todos mis síntomas.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
48. No sé qué puedo hacer para mejorar mi salud.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
49. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
50. Desde que me enfermé los médicos me dan instrucciones que no sirven					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
51. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
52. No entiendo lo que el médico dice sobre mi enfermedad					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
53. Disfruto asistir al médico					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
54. El responsable de que me cure es el médico					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
55. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
56. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
57. Necesito atención médica constantemente					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre



## BIENESTAR Y SALUD

65. Mi salud en general es...

0.....0.....0.....0.....0.....0

Muy Mala Regular Buena Muy Excelente  
Mala Buena

66. En comparación con el año pasado, ¿como evaluaría su salud en general ahora?

0.....0.....0.....0.....0

Muy Mala Regular Buena Muy Excelente  
Mala Buena

67. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar?(por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad)

NO  SI, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

68. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de algún familiar cercano, salida de un hijo de casa, cambio de domicilio o trabajo, separación).

NO  SI, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

69. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

\_\_\_\_\_

---

---

## COMENTARIOS GENERALES

70. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ESCALA DE AFRONTAMIENTO

Escala (forma) de Moss, R. (1984).

## INSTRUCCIONES

Intentamos conocer cuales son las formas que usa al tratar de solucionar los problemas que se le presentan cotidianamente. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Escoja la opción que refleje mejor su propio caso encerrando en un círculo la respuesta.

### CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES FORMAS

1. Trato de conocer más del problema					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
2. Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
3. Hablo con un amigo acerca del problema					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
4. Hablo con un profesional (médico, abogado ,etc) del problema.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
5. Le pido a Dios que me guíe o me dé valor.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
6. Me preparo por si pasa lo peor.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
7. No me preocupo, pienso que todo saldrá bien.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre
8. Cuando me siento enojado (a) me desquito con otras personas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- mente	Casi Siempre	Siempre

## CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES FORMAS

9. Cuando me siento deprimido (a) me desquito con otras personas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
10. Trato de ver el lado bueno del problema					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
11. Hago otras cosas para no pensar en el problema					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
12. Pienso en un plan de acción y lo llevo a cabo.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
13. Pienso en varias formas de resolver el problema					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
14. Me guío por mis experiencias pasadas en situaciones similares					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
15. Doy a notar lo que siento					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
16. Tomo las cosas como vienen, y las resuelvo paso a paso					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
17. Trato de analizar el problema y de ver las cosas objetivamente					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
18. Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
19. Trato de no precipitarme y no actuar impulsivamente					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	



CUANDO TENGO PROBLEMAS ACTÚO DE LAS SIGUIENTES FORMAS

20. Me digo cosas a mí mismo (a) para sentirme mejor.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
21. Me olvido del problema por un tiempo					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
22. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
23. Prefiero estar alejado (a) de la gente					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
24. Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
25. Me niego a creer lo que está pasando					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
26. Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
27. Trato de permanecer insensible, que no me afecte.					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
28. Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	
29. Trato de llegar a un acuerdo para rescatar algo positivo del problema					
0%.....	20%.....	40%.....	60%.....	80%.....	100%
Nunca	Casi	Pocas	Frecuente-	Casi	Siempre
	Nunca	Veces	mente	Siempre	

30. Trato de relajarme o tomarlo en calma

- A. Bebiendo más
  - B. Comiendo más
  - C. Fumando más
  - D. Durmiendo más
  - E. Haciendo más ejercicio
  - F. Hago otras cosas (anotar): \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

31. ¿Cuántos amigos (as) considera que tiene?

- |         |        |        |        |        |                  |
|---------|--------|--------|--------|--------|------------------|
| A.....  | B..... | C..... | D..... | E..... | F.....           |
| Ninguno | Uno    | Dos    | Tres   | Cuatro | Mas de<br>cuatro |

32. ¿Cuántos amigos (as) cercanos con quienes pueda platicar de sus problemas tiene?

- |         |        |        |        |        |                  |
|---------|--------|--------|--------|--------|------------------|
| A.....  | B..... | C..... | D..... | E..... | F.....           |
| Ninguno | Uno    | Dos    | Tres   | Cuatro | Mas de<br>cuatro |

33. ¿A cuantas personas conoce de quienes pueda esperar ayuda real cuando tiene problemas?

- |         |        |        |        |         |                  |
|---------|--------|--------|--------|---------|------------------|
|         | Nunca  | Veces  | mente  | Siempre |                  |
| A.....  | B..... | C..... | D..... | E.....  | F.....           |
| Ninguno | Uno    | Dos    | Tres   | Cuatro  | Mas de<br>cuatro |

34. Tengo un círculo de amigos (as) con quienes mantengo un contacto cercano.

- |                   |                           |                   |                            |                     |                           |
|-------------------|---------------------------|-------------------|----------------------------|---------------------|---------------------------|
| A.....            | B.....                    | C.....            | D.....                     | E.....              | F.....                    |
| Una vez<br>al día | Una vez<br>a la<br>semana | Una vez<br>al mes | Una vez<br>cada 6<br>meses | Una vez<br>cada año | Una vez<br>cada<br>2 años |

## INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSION ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González-Celis, R.A.L. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001)

### INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione sólo una, la que le parezca mas apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor conteste de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
¿Cómo evaluaría su calidad de vida	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A CUANTO HA  
EXPERIMENTADO SOBRE CIERTOS ASPECTOS EN LAS DOS ULTIMAS  
SEMANAS:**

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Cuánto disfruta usted de la vida?	1	2	3	4	5
¿Hasta donde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS:**

	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Qué tanto acepta su apariencia corporal	1	2	3	4	5
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS:

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la	1	2	3	4	5

vida diaria?					
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5

¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
------------------------------------	---	---	---	---	---

¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

**LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS:**

	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
¿Con que frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

# INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández., Facultad de Psicología, UNAM.

## INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo esa oración. Si varias oraciones de un grupo se aplican en su caso, encierre en un círculo cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1.-	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.-	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado (a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.-	No me siento fracasado (a)	Siento que he fracasado mas que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.-	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado (a) de todo
5.-	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.-	No me siento castigado (a)	Siento que tal vez seré castigado (a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado (a)
7.-	No me siento desilusionado (a) de mí mismo (a)	Estoy desilusionado (a) de mí mismo (a)	Estoy fastidiado (a) conmigo mismo (a)	Yo no me soporto
8.-	No creo ser peor que otras personas	Me critico a mi mismo (a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.-	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.-	No lloro mas de lo usual	Ahora lloro mas que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

11.-	No estoy mas irritable de lo usual	Me enojo o irrito mas fácilmente que antes	Me siento irritado (a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12.-	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado (a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.-	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones mas que antes	Tengo mas dificultad de tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.-	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)	Creo que me veo feo(a)
15.-	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de mas esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.-	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas mas temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.-	Yo no me canso mas de lo habitual	Me canso mas fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado (a) para hacer cualquier cosa
18.-	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.-	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido mas de dos kilos	He perdido mas de cinco kilos	He perdido mas de ocho kilos

20.- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_.

21.-	No estoy mas preocupado (a) por mi salud que antes	Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado (a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo mas	Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa
22.-	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo



# INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por: Rubén Varela Domínguez y Eneida Villegas Hernández., Facultad de Psicología, UNAM.

## INSTRUCCIONES:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas mas comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia.

### SÍNTOMA:

<b>1)</b>	<b>Entumecimiento, hormigueo</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>2)</b>	<b>Sentir oleadas de calor (bochorno)</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>3)</b>	<b>Debilitamiento de piernas</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>4)</b>	<b>Dificultad para relajarse</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>5)</b>	<b>Miedo a que pase lo peor</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>6)</b>	<b>Sensación de mareo</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>7)</b>	<b>Opresión en el pecho, o latidos acelerados</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>8)</b>	<b>Inseguridad</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>9)</b>	<b>Terror</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>10)</b>	<b>Nerviosismo</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>11)</b>	<b>Sensación de ahogo</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>12)</b>	<b>Manos temblorosas</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>13)</b>	<b>Cuerpo tembloroso</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>14)</b>	<b>Miedo a perder el control</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>15)</b>	<b>Dificultad para respirar</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>16)</b>	<b>Miedo a morir</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>17)</b>	<b>Asustado</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>18)</b>	<b>Indigestión o malestar estomacal</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>19)</b>	<b>Debilidad</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>20)</b>	<b>Ruborizarse</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente
<b>21)</b>	<b>Sudoración (no debida al calor)</b>			
	Poco o Nada	Mas o menos	Moderadamente	Severamente

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino  Masculino   
¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

¿Cuál es su estado civil?  Soltero  Separado  
 Casado  Divorciado  Con pareja  Viudo

¿Vive solo?  Si  No

En caso de haber respondido no, por favor escriba las edades de las personas con quienes vive y la relación o parentesco que tienen con usted.

Edad	Sexo	Relación o parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Está usted enfermo en este momento?  Si  No  
Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que sea? \_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado algún problema o enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Cuál enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Si conoce los siguientes datos anótelos:

Presión arterial \_\_\_\_\_ Glucosa \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Carga Viral \_\_\_\_\_ CD IV (4) \_\_\_\_\_

Escolaridad (marque uno):

- Ninguna en absoluto
- Primaria : Escriba hasta que año \_\_\_\_\_
- Secundaria: Escriba hasta que año \_\_\_\_\_
- Carrera técnica: Escriba de que tipo \_\_\_\_\_
- Preparatoria: Escriba hasta que año \_\_\_\_\_
- Estudios universitarios: Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación actual? \_\_\_\_\_

Ingreso promedio mensual \$ \_\_\_\_\_

Ingreso promedio mensual de los habitantes de la casa \$ \_\_\_\_\_

**MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y PACIENCIA!  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El Hospital General de Atizapan y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad de dejar el estudio sin problema o consecuencia alguna como usuario de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, para ello se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud.

Es probable que pueda sentirse incomodo (a) con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá conocer mejor los aspectos relativos a su vida.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo a través de ella. Toda la información se utilizará únicamente para propósitos de investigación.

Si desea información adicional respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarme.

Lic. Arely Fernández Uribe  
Psicóloga de Base  
Medicina Interna  
Hospital General de Atizapan  
Tel: 5822 8200 ext. 133

Mtro. Leonardo Reynoso-Eraso  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México  
erazo@servidor.unam.mx

---

Con mi firma declaro tener 18 años o mas y que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a responder los cuestionarios pertinentes y asistir a las entrevistas.

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_

## HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPAN

### “DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER”

En 1985 se implementa del Plan Nacional de Salud el extender la cobertura a las poblaciones desprotegidas, dentro del programa de construcción de la Secretaría de Salud financiado con recursos del Fondo Nacional de la Reconstrucción. Por lo que se construye el Hospital General de Atizapan “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” . Siendo inaugurado el 27 de Abril de 1987 por el Presidente de la Republica el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado. Así como entregar un reconocimiento a la empresa Chrysler de México, Cruz Roja Danesa, Ente Nazionale Idrocarbum de Italia y al gobierno de los Países Bajos por sus donativos para la construcción de este hospital.

### CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El hospital General de Atizapan se encuentra ubicado en la Avenida Adolfo López Mateos sin numero, en el municipio de Atizapan de Zaragoza en el Estado de México.

La población beneficiada por este hospital asciende a 800 mil habitantes de los municipios de: Atizapan, Aculco, Chapa de Mota, Isidro Fabela, Nicolas Romero, Timilpan, Julotepec, Sonaniquilpan, Polatitlan y Villa del Carbón.

Este es un hospital de Segundo Nivel de atención médica. Su objetivo es brindar atención médica preventiva, curativa y rehabilitación a la población. Cuenta con los siguientes servicios:

- ❖ Medicina Interna
- ❖ Cirugía
- ❖ Pediatría
- ❖ Gineco-Obstetricia

Servicios en los cuales se cuenta con el servicio de hospitalización de los pacientes que requieren tratamiento médico, observación y un control estricto

por parte de los médicos y enfermeras. Otros servicios son los de urgencia donde se atiende a los pacientes en el momento:

- ✓ Urgencias: área encargada de proporcionar atención inmediata a los usuarios, dentro de los consultorios, control de enfermería, área de exploración, curación y observación de adultos y pediátrica.
- ✓ Ginecológicas: Labor, expulsión y recuperación
- ✓ Quirófanos
- ✓ Terapia Intensiva

El servicio de Consulta externa que cuenta con 15 consultorios con las siguientes especialidades:

- Pediatría
- Cirugía General
- Medicina Interna
- Cirugía Maxilo-facial
- Odontología
- Planificación familiar
- Gineco-obstetricia
- Oftalmología
- Control del niño sano
- Clínica del adolescente
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Psicología (Medicina Conductual)
- Urología

Así como otros servicios que complementan la atención a los usuarios:

- Medicina Preventiva
- Trabajo Social
- Dietología
- Central de Equipos y Esterilización (CEYE)

Finalmente los servicios auxiliares y de diagnóstico:

- Laboratorio Clínico

- Radiología
- Ultrasonido
- Tomografía
- Banco de sangre
- Patología

Los servicios Administrativos que se encargan de : Informes, archivo clínico, sistemas, informática, estadística.

La Dirección: Subdirección administrativa, Jefatura de Recursos Materiales, División del Programa de Garantía de la Calidad, División de Atención Médica, Jefatura de División de Enseñanza e Investigación, Jefatura de Recursos Humanos, Jefatura de Servicios Generales, Contabilidad, Caja General y secretarías.

En los servicios Generales se encuentra el almacén general, lavandería, control de asistencia, servicios generales y mantenimiento. También está la biblioteca, auditorio y comedor.

El hospital cuenta con 76 médicos especialistas, 4 generales, 12 en Administración. Así como 16 enfermeras especialistas, 130 generales, 56 auxiliares, 17 en actividades administrativas. Siete trabajadoras sociales, 16 químicos, 57 personas como técnicos, 201 como personal administrativo. Nutriólogas, Psicóloga, Ingenieros y Biólogos.

Así como 42 médicos residentes en las diferentes especialidades, incluyendo las 5 residentes de Medicina Conductual y 34 médicos Internos de Pregrado

En el proceso de atención a pacientes hay dos vertientes:

- 1) Ser canalizado del centro de salud o institución de primer nivel, con indicaciones por escrito, refiriéndolo con el especialista.
- 2) Ingresar por el servicio de Urgencias, dando atención inmediata, si es necesario trasladarlo a otra institución o continuar con su proceso ya sea hospitalizado y en consulta externa hasta su alta.

Medicina Conductual (Residentes)

Los residentes de Medicina Conductual se encuentran en dos servicios primordialmente:

1) Medicina Interna

Desde hace 6 años es sede de los residentes de Medicina Conductual, asignando las actividades y supervisando las mismas diariamente. La supervisora *In Situ* Lic. Arely Fernández Uribe, la cual proporciona la inducción al ambiente hospitalario dando asesoría a cada residente durante su estancia en la residencia. Al servicio de Medicina Interna se encuentra adscrito el servicio de Salud Mental, el cual cuenta con el consultorio numero 14 de Consulta Externa donde se da Terapia Psicológica los Martes y Jueves de 8:00 a 14:00 horas. De lunes a viernes los residentes tienen el siguiente itinerario de 07:00 a 14:30 horas.

ACTIVIDADES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Pase de Visita en piso de Medicina Interna	✓	✓	✓	✓	✓
Revisión de expedientes	✓	✓	✓	✓	✓
Consulta Externa en Consultorio		✓		✓	
Consulta Externa en Piso de Medicina Interna	✓	✓	✓	✓	✓
Atención a pacientes hospitalizados	✓	✓	✓	✓	✓
Atender Interconsultas ( Cirugía, Pediatría, Urgencias y Trabajo Soc) hospitalización o consulta externa	✓	✓	✓	✓	✓
Asistencia a sesiones general del Hospital		✓			
Supervisión Académica (Psic. Bertha Molina Zepeda)	✓				
Asistir a Clases con los Médicos Internos de Pre-grado y Residentes de Medicina Interna.					✓
Supervisión por parte del Tutor (Mtro. Leonardo Reynoso Eraso)		✓			
Elaboración de Expediente y Notas	✓	✓	✓	✓	✓
Discusión y retroalimentación de Casos	✓	✓	✓	✓	✓

Tabla 9 Descripción de Actividades del Residente de Medicina Conductual:

Entrada a las 7:00 am, registro en la libreta afuera de la oficina de la Jefa de la División de Enseñanza e Investigación (Dra. Matias). Al llegar al Piso de Medicina Interna registrarse en la libreta que esta en el Control de Enfermería. Pase de Visita con los Médicos de Base, Residentes e Internos de Pregrado, acompañados por la Jefa de Enfermeras y la Trabajadora Social asignada al servicio. Se toma

nota de los pacientes que necesitan intervención psicológica con la ayuda o petición de los médicos, así como contribuir con el diagnóstico que se encuentra en los pacientes previamente evaluados al ser instigada por el Médico a cargo del paciente.

Al terminar la visita se revisan expedientes para realizar entrevista clínica, se toman notas y se comenta el caso con los médicos para saber su punto de vista, objetivo o posible diagnóstico. Al tener toda la información se procede a la intervención con el paciente. Se realiza la presentación con el rapport para dar paso a la Entrevista Clínica, se toman notas, se identifica el área de incidencia, se evalúa y se realiza la intervención cognitivo-conductual. Se realiza la nota en el expediente con el siguiente formato:

Fecha:

Presentación del paciente: Datos sociodemográficos

S: Subjetivo lo que el paciente reporta

O: Objetivo, lo que nosotros observamos y evaluar si esta en tiempo, espacio y persona.

A: Análisis, Observar las condiciones familiares, las habilidades con las que cuenta, las deficiencias, conductas disfuncionales, estado de ánimo, redes de apoyo, recursos económicos, materiales y humanos que posee el paciente para realizar la intervención.

P: Procedimiento, justificar la técnica utilizada así como las tareas y el seguimiento.

Con cada paciente se emitió un diagnóstico psiquiátrico basado en el CIE 10 y el DSM-IV para fines estadísticos de la institución.

Cada fin de mes se entrego un vaciado de los pacientes atendidos a la supervisora *in situ*, a la jefa de división de Medicina Interna y a la jefa de la División de Enseñanza e Investigación y a la supervisora académica.

Se realizan las interconsultas en cuanto llegan especialmente en el servicio de Urgencias por las características propias del servicio.

También cubría la terapia individual con los empleados del hospital que solicitaban el servicio desde Médicos de Base hasta personal de intendencia.



Aplicar los inventarios para el protocolo Calidad de Vida y Adhesión al tratamiento en pacientes que viven con VIH.

Registrar la hora de salida en Piso de Medicina Interna y en la oficina de la Jefa de Enseñanza (Dra. Matias).

#### ACTIVIDADES DESARROLLADAS RESIDENTES DE M.C

Objetivo: Al finalizar la Maestría profesional en Psicología Medicina Conductual el alumno resolverá problema inherentes a las enfermedades Crónico-Degenerativas que tienen los pacientes del Hospital General de Atizapan en su Servicio de Medicina Interna.

Las principales enfermedades que se presentan en el Servicio de Medicina Interna son:

Diabetes Mellitus tipo 2

Insuficiencia Renal Crónica

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Hipertensión Arterial Sistémica

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Así como Amputación de extremidades, Procedimientos invasivos que implican dolor, estrés y someterse a cirugía.

Por lo que se busca desarrollar programas de intervención individual, grupal y familiar. Que incluyan el desarrollo de estrategias de intervención que coadyuven a la solución de problemas psicológicos que presentan los pacientes a partir de su enfermedad. Para ofrecer alternativas educativas básicamente para el cambio de estilo de vida para prevenir complicaciones inherentes al padecimiento. Entrenando a los pacientes a adquirir nuevas habilidades que les permitan adaptarse a su situación actual, lo que finalmente favorece la adhesión al tratamiento.

Como objetivo principal se busca que al finalizar los alumnos de la Maestría desarrollen las competencias para realizar intervenciones psicológicas con una orientación cognitivo-conductual para detectar, evaluar y solucionar los problemas que presenta el paciente mediante la aplicación de técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual.

Para llevar a cabo este objetivo se entrenó a los residentes en las siguientes áreas:

- Habilidades terapéuticas para el manejo de pacientes crónico-degenerativos
- Trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos
- Evaluación y diagnóstico consistente con la postura teórica
- Manejo de técnicas, métodos y procedimientos.
- Elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención enfocados al tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico.
- Desarrollando habilidades para desempeño en el servicio:

Entrevista Clínica, Desarrollo de Protocolos que buscan prevenir, dar tratamiento y rehabilitación. Finalmente favorecer la Adhesión al tratamiento.

A continuación se da una descripción a grandes rasgos de las funciones del residente de Medicina Conductual:

#### PACIENTES CRÓNICO-DEGENERATIVOS:

Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Sistémica, Virus de Inmunodeficiencia Humana, Evento Vascular Cerebral, Insuficiencia Renal Crónica, Insuficiencia

Hepática, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cardiopatía, Etilismo Crónico, Cáncer.

PSICOEDUCACIÓN:	Paciente y familiares Diagnóstico, Funcionamiento de la Enfermedad, Tratamiento y Rehabilitación.
ADHERENCIA TERAPEUTICA:	Dieta, Medicamento, Ejercicio
ESTRÉS QUIRÚRGICO :	Antes, Durante, Después y En la Rehabilitación de la cirugía, Amputación
INTERVENCIÓN EN CRISIS:	Diagnóstico, Tratamiento, Fallecimiento, intento de suicidio
HOSPITALIZACIÓN:	Ansiedad, Depresión, Miedo a Procedimientos, Alta voluntaria, Manejo de las Emociones Manejo de Expectativas Disminuir Síntomas Trabajo Interdisciplinario con el Equipo Médico.
CONSULTA EXTERNA:	Calidad de vida, Habilidades Sociales Solución de Problemas, Modificación de conducta

Afrontamiento, Autocontrol

TÉCNICAS:

Manejo Cognitivo, Conductual y Emocional.

Manejo del Dolor

Terapia Racional Emotiva

Reestructuración Cognitiva

Desensibilización Sistemática

Inoculación al Estrés

Imaginería

Relajación Muscular Profunda

NIVEL DE INTERVENCIÓN:

Primario; Preventivo

Secundario; Tratamiento

Terciario: Paliativo

PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO DEL 01 DE MARZO DEL 2004 AL 28 DE FEBRERO DEL 2005.

AÑO	D.M	H.AS.	E.V.C	V.I.H/S.I.D.A	E.P.O.C	I.R.C	OTROS
2004	77	11	18	35	17	24	65
2005	63	12	13	44	15	32	71