

46
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

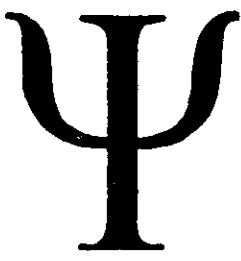
ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA CALIDAD DE VIDA E INDICADORES INMUNOLOGICOS EN PACIENTES CON VIH-SIDA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ERICKA ILEANA ESCALANTE IZETA

JURADO:

DIRECTOR DE TESIS: DR. MARIO CICERO FRANCO
ASESOR METODOLOGICO: LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO



LA PRESENTE TESIS SE ELABORO COMO PARTE DEL PROYECTO DE INVESTIGACION 25284-H FINANCIADO POR EL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA (CONACYT) BAJO LA DIRECCION DEL DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA.

MEXICO, D. F.

JUNIO, 1999

TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

276056



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.

A los que
adentro y afuera
viven y se desviven
mueren y se desmueren.

Mario Benedetti

“ El único que no muere antes de tiempo es... el que no toma por primera vez las riendas de su vida en el instante que el aliento abandona su cuerpo”

Séneca
(Sobre la brevedad de la vida; fragmento)

Este trabajo es el broche final de un ciclo
donde existieron personas que han dejado mucho en mí;
tal vez sin darse cuenta han contribuido en mi desarrollo
académico, profesional y emocional.
A todos ellos, gracias.....

- A Enrique S. Escalante Vázquez,
porque su recuerdo ha sido el motor de mi existencia.

- A Mirna E. Izeta Mayorga,
porque no hay palabras que expresen lo que eres y significas para mí.

- A Enrique, Jesús I.H, Ma de Jesús, Jackie, Jorge, Martín, Ramón,
Jesús, José Luis, Gabriela E, Erick, Gabi, Pepe, Paola y Gina,
quienes desde niña han guiado y acompañado mis pasos...

- A Mariana Flores,
por estar siempre, en las buenas y en las malas y
por enseñarme
el significado de la amistad

- A Miriam Camacho Valladares,
por compartir conmigo su sabiduría y enseñarme que el
conocimiento se encuentra en las cosas más sencillas de la vida

- A Sotero Moreno Camacho,
Por mostrarme todos los sentidos de la confianza.

- A Rocío, Mary, Celia Lot, Celia Roquero y Lilan Mayagoitia
por su amistad.

AGRADECIMIENTOS

- Al Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE .
Directora General: Dra. Elsa Rojas Ortiz.
Dr. Mario Jaúregui Chiú
Clínica de VIH/SIDA: Carmina, Delia, Dra Blanca Guerra y demás equipo de trabajo.
- Al grupo de trabajo en la facultad de Psicología financiado por el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT)
Dr. Juan José Sánchez Sosa
Mtro. Juan Antonio González Puente
Equipo de trabajo: Denia, Jania, Marganta, Jorge V
- A Javier Alatorre Rico
Por su ayuda en el proyecto inicial de esta Tesis
- PROBETEL por su apoyo con Beca Tesis
- Dr. Mario Cicero Franco
Dra. Luisa Rossi
- A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México
- A todos los pacientes que compartieron sus sentimientos y circunstancias cotidianas

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1. SISTEMA INMUNE, VIH Y SIDA.	
1.1 VIH-SIDA. Definición.	5
1.2 Epidemiología	7
1.3 Etiología	9
1.4 Características clínicas: Sintomatología.	11
1.5 VIH y sistema inmune	13
1.5.1 El sistema inmune.	13
1.5.2 Componentes del sistema inmune.....	15
1.5.3 La respuesta inmune	16
1.5.4 VIH-SIDA y sistema Inmune	17
1.6 Diagnóstico y tratamiento.	18
RESUMEN	20

CAPITULO 2. CALIDAD DE VIDA

2.1 Concepto dentro de la psicología de la salud.....	22
2.2 Salud, emoción y calidad de vida	24
2.3 Medición de la calidad de vida.	27
RESUMEN	30

CAPITULO 3. CALIDAD DE VIDA: FACTORES PSICOSOCIALES Y SISTEMA INMUNE EN PACIENTES CON VIH-SIDA.

3.1 Factores Psicosociales del paciente con VIH-SIDA	32
3.2 Calidad de vida en pacientes con VIH-SIDA	35
3.3 Sistema Inmune y factores Psicosociales de la calidad de vida en pacientes con VIH-SIDA.	37
3.3.1 Psiconeuroinmunología.	39
RESUMEN	43

CAPITULO 4. MÉTODO

Objetivos.	46
Planteamiento del Problema	46
Hipótesis	46
Variables	47
Escenario y Sujetos	48
Instrumentos	49
Procedimiento	53
Diseño	54
Análisis estadístico	54

CAPITULO 5. RESULTADOS.

Resultados.....	55
-----------------	----

CONCLUSIONES	66
---------------------------	----

DISCUSION	71
------------------------	----

REFERENCIAS	78
--------------------------	----

ANEXOS

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue explorar las diferencias entre los indicadores psicosociales de la calidad de vida en función de indicadores inmunológicos en 3 grupos de pacientes con VIH/SIDA en diversos niveles de evolución del padecimiento.

La muestra estuvo conformada por 38 pacientes adultos, hombres y mujeres entre 22 y 42 años de edad portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana, en el Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE.

El instrumento utilizado fue el resultado del análisis factorial de la escala Psicosocial del cuestionario de calidad de vida "HIV Overview of Problems Evaluation System" (HOPES) que consta de 49 reactivos distribuidos en 10 subescalas. Los niveles inmunológicos se basaron en los conteos de células CD4 por mm³ en sangre de cada pacientes; con ello se formaron tres grupos clasificándose como: bajo, medio y alto. Se utilizó la prueba estadística no paramétrica Kruskal Wallis.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas psicosociales entre los tres grupos; sin embargo, fue posible realizar un perfil de deterioro psicosocial para cada grupo tomando como base los resultados obtenidos.

Palabras clave: SIDA, VIH, aspectos psicosociales, psiconeuroinmunología, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Cualquier enfermedad física o mental altera el desarrollo cotidiano del hombre. La infección por VIH, igualmente trastorna dicho desarrollo, tanto por las implicaciones biológicas como por las repercusiones psicosociales que se encuentran en torno al SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), que es la enfermedad causada por este virus, el cual, altera el funcionamiento del sistema inmune, impidiendo al organismo defenderse de cualquier infección, hasta provocar la muerte.

Esta investigación tiene la finalidad de comparar los factores Psicosociales de la Calidad de Vida en pacientes portadores de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) de acuerdo a su estado inmunológico.

Se parte del supuesto que la percepción de satisfacción o importancia que cada persona otorga a las diversas áreas de su vida como: salud, trabajo, vivienda, familia o situación económica (concepto de calidad de vida); se relaciona con el sistema de defensas del cuerpo humano contra organismos que le son dañinos (sistema inmunológico). Esto sucede por medio de las emociones y estados psicosociales, que son elementos del constructo multidimensional anteriormente mencionado.

La psiconeuroinmunología, rama de la psicología que estudia los procesos psicológicos en torno a los sistemas endócrino e inmune, ha relacionado estos tres factores (calidad de vida- factores psicosociales inmunidad), mencionando que algunas emociones, estados psicológicos y sociales se asocian al deterioro de la salud, y con ello, al de calidad de vida; pero igualmente puede suceder a la inversa, ya que se trata de relaciones no causales, solo de asociación.

El Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos del ISSSTE en la ciudad de México, cuenta con una clínica de VIH, donde se trabaja por medio de un equipo multidisciplinario integrado por el médico, la enfermera, trabajadora social, el psicólogo y el psiquiatra, quienes conjuntamente brindan atención al paciente. Dentro de éste ámbito de trabajo se le otorgan periódicamente los medicamentos necesarios de acuerdo a su estado de salud; con esto podemos decir que la población en estudio se encuentra bajo tratamiento médico, y cuenta con medio de trabajo, ya que este servicio de salud lo reciben como prestación laboral, con excepción de aquellos casos de incapacidad debida a la misma enfermedad.

Se midió el aspecto psicosocial de la calidad de vida de estos pacientes con la escala " HIV Overview of Problems Evaluation System" (HOPES), la cual fue validada previamente.

Para medir el sistema inmunológico se utilizó como indicador el conteo de células CD4 reportada en los expedientes médicos; la cual se realiza periódicamente como medida de vigilancia del estado de salud del paciente. Los factores social y psicológico se podrán observar en la escala psicosocial del instrumento de calidad de vida.

Desde el surgimiento de la "enfermedad del siglo" (SIDA), el papel del psicólogo ha sido fundamental como promotor de la salud y prevención por medio de programas de educación sexual y concientización social a falta de vacuna que pueda prevenir la enfermedad.

Igualmente es labor del psicólogo el promover una adecuada calidad de vida del paciente portador del VIH como factor importante para controlar el desarrollo de la enfermedad a falta de cura; los aspectos psicosociales en torno al enfermo, así como la percepción que él tenga de los mismos, servirán como base para crear programas de intervención psicológica adecuados a las necesidades de los pacientes; aquí radica el beneficio de esta investigación.

Para cumplir el objetivo planteado éste trabajo se ha conformado de la siguiente manera:

Capítulo 1. Sistema Inmune, VIH y SIDA: Describe las definiciones, epidemiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento del VIH y del SIDA; así como su relación con el Sistema Inmunológico del ser humano.

Capítulo 2. Calidad de vida: Se describe este concepto dentro de la psicología de la salud, su relación con las emociones y la forma en que puede ser medido.

Capítulo 3 Calidad de Vida: Factores Psicosociales y Sistema Inmune en Personas con VIH-SIDA: Describe los factores psicosociales que se incluyen en el concepto de calidad de vida, su repercusión en los pacientes portadores de VIH y la relación que guarda con el sistema inmunológico del individuo.

Capítulo 4. Método: Plantea el sistema que se utilizó en la elaboración del presente trabajo, desde el planteamiento de objetivos, planteamiento del problema, hipótesis, variables, sujetos, la aplicación de instrumentos y el procedimiento estadístico realizado.

Capítulo 5. Resultados: Se enfatizan las características generales de la muestra, el análisis estadístico del cuestionario de calidad de vida comparando tres grupos de pacientes portadores de VIH de acuerdo a sus conteos totales de células CD4 por mm³ en sangre.

Conclusión: Se describen los resultados obtenidos en el capítulo 5.

Discusión: Se explican teóricamente las diferencias psicosociales de los pacientes portadores de VIH de acuerdo a sus niveles inmunológicos.

Referencias: Incluye las principales referencias biblio-hemerográficas de las variables involucradas en el presente trabajo.

ANEXOS: Cuestionario de Calidad de Vida: "HIV Overview of Problems Evaluation System" (HOPES) y reactivos correspondientes a la escala psicosocial del mismo cuestionario.

CAPITULO I. SISTEMA INMUNE, VIH Y SIDA

1.1 VIH-SIDA. DEFINICION.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infecciosa debida a un retrovirus conocido como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual ataca y deprime al sistema inmunológico del individuo, quien se toma presa fácil de infecciones secundarias (infecciones oportunistas) y cáncer, que pueden llevarlo a la muerte. A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas, en las que la enfermedad aparece días o semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años y posiblemente decenios después de la infección inicial por VIH. La enfermedad conocida como SIDA, presenta una amplia gama de síntomas, algunos se deben al efecto directo del VIH sobre las células; otros, a las infecciones o a los tumores secundarios que acompañan a la enfermedad (Sepúlveda, 1989).

El VIH fue descubierto en el Instituto Pasteur en 1983 y luego por Gallo en Estados Unidos en 1984. Puede aislarse en la mayoría de los líquidos orgánicos (Saliva, lágrimas, sudor, sangre, semen, secreciones vaginales, etc) también en células del corazón e intestino; hasta lo que se conoce, solo se transmite por tres vías. sanguínea, sexual y materno - fetal. Produce daño principalmente en los glóbulos blancos y en el sistema nervioso. Produce una infección crónica y progresiva (Cahn, 1992).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue reconocido en 1981 como un síndrome clínico consistente en infecciones oportunistas, neoplasias (cáncer) o ambas, asociadas a una inmunodeficiencia inexplicable. La Organización mundial de la salud OMS ha desarrollado una definición clínica provisional de los casos de SIDA con relación a su vigilancia, estos casos incluyen pacientes con Sarcoma de Kaposi (nódulos cancerosos que aparecen sobre la piel en las extremidades y se extiende a todo el cuerpo), meningitis criptocócica (inflamaciones de carácter infeccioso que afectan a las meninges) o una combinación de signos mayores y menores de infección por VIH (Kilmarx, 1996).

Los signos mayores son pérdida superior al 10% del peso corporal, diarrea crónica y fiebre intermitente o constante por más de 1 mes. Los signos menores son los persistente de más de un mes de duración (excluyendo a los pacientes tuberculosos), adenopatías generalizadas (afecciones inflamatorias degenerativas y neoplásicas que afectan a los ganglios linfáticos), dermatitis pruriginosas generalizadas, historia de herpes zoster (inflamación de uno o varios ganglios sensitivos raquídeos, con vesículas características) durante los 5 años previos, candidiasis orofaríngea (infección causada por el hongo *Cándida*) e infección crónica y progresiva por herpes simple (Wilson, 1997).

A partir de la inmunodeficiencia y su manifestación en enfermedades oportunistas o en neoplasias (formación de tejido nuevo, ya sea normal o patológico), los individuos pueden sobrevivir dos años aún sin terapia médica antirretroviral o profiláctica, es preciso mencionar que la sobrevivencia puede incrementarse en cantidad y en calidad a través de los medicamentos (Izazola, 1996).

En Estados Unidos, los Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades "Center for Disease Control" (CDC) en enero de 1993 amplió la definición de SIDA, donde además de tomar en cuenta a aquellos que presentan determinadas enfermedades, ahora, los pacientes con VIH que presenten recuentos de células CD4 (tipo específico de linfocitos T) menores de 200 células, serán clasificados como pacientes con SIDA (Hollander, 1994).

Cuando un individuo sospecha que es portador del virus se somete a un análisis de laboratorio que confirma la formación de anticuerpos (defensas naturales del organismo) contra el antígeno (organismos patológicos extraños al cuerpo) del virus; la seropositividad es el resultado positivo de dicho análisis; esto confirma la infección, no la enfermedad. Las pruebas más utilizadas son: enzimoimmunoensayo o ELISA y el test de aglutinamiento de partículas confirmatorias. El tiempo necesario para que después del contacto con el virus se produzcan los anticuerpos que positivicen las pruebas, es de seis a ocho semanas en más del noventa y cinco por ciento de los casos (Cahn, 1992).

1.2 . EPIDEMIOLOGIA

En la década de los noventa la infección se situó entre las cinco primeras causas de muerte en grupos de población comprendidos entre los 25 y 45 años. Actualmente, se calcula que aproximadamente 14 millones de personas están infectadas y probablemente se llegue hasta los 40 o 60 millones para el año 2000 (Arnaiz ,1997).

No se sabe exactamente cuál es el origen geográfico del virus, ni en qué momento se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Los países occidentales han culpado al África de ser la cuna y el foco de diseminación del SIDA; en Estados Unidos se consideró a los haitianos como grupo de "alto riesgo" de la infección, actualmente existen consensos en cuanto a que el SIDA es una enfermedad tan nueva en África como en cualquier lugar del mundo y a que, epidemiológicamente hablando, tiene menor importancia conocer de dónde viene el SIDA que hacia donde se dirige. Desde abril de 1987, el SIDA se convirtió en nuestro país en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica (Sepúlveda , 1989)

De acuerdo con Kilmarx (1998) la vía sexual, sea homo o heterosexual, es el principal mecanismo de transmisión a nivel mundial. Aunque inicialmente los contactos homosexuales eran la forma de transmisión predominante, actualmente la vía heterosexual (especialmente en países desarrollados) es responsable de la mayoría de los casos. La infección heterosexual, en su mayoría, ocurre por vía vaginal, aunque la vía anal implica un mayor riesgo de contagio. El VIH ha sido aislado también de saliva, pero hasta ahora no se ha documentado la transmisión por esta vía, igualmente, no hay evidencias de transmisión por insectos o por vías respiratorias (Kalichman, 1995).

Entre los factores que aumentan el riesgo de transmisión se encuentran: el contacto sexual con individuos infectados que están seriamente inmunodeprimidos, los traumatismos genitales, las úlceras genitales (generalmente debidas a enfermedades de transmisión sexual como la sífilis) y también las enfermedades de transmisión sexual no ulcerativas y la ectopia cervical, donde la cerviz no ocupa su localización fisiológica normal, alterando la integridad normal de la mucosa (Dienhart, 1984).

La vía de contagio incluye la transfusión de sangre o derivados (transplantes, inseminación artificial), la inyección de drogas y los contactos con material infectado. El riesgo aumenta en función de la frecuencia con la que se comparten jeringas, el número de personas que las comparten y la prevalencia de la infección en la zona. La mayoría de los hemofílicos que resultaron infectados a consecuencia de transfusiones lo fueron en épocas anteriores a la existencia de análisis adecuados para la detección del virus. Actualmente, con el control obligatorio de las donaciones, el riesgo de este grupo se debe a los raros casos de donantes de sangre recién infectados que aun no han desarrollado anticuerpos frente al virus. Esta vía sigue siendo importante en países subdesarrollados por carecer de medios adecuados de análisis sanguíneo (Arnaiz, 1997).

La transmisión vertical madre - hijo implica el paso del VIH al niño en el 13-40% de los embarazos. La transmisión puede darse en el momento del parto o durante el embarazo. No son bien conocidos los factores que llevan a la no infección en algunos casos, pero determinados factores maternos, como la disminución del número de células T CD4, la viremia o la ausencia de Ac anti gp120, hacen más probable la infección. La transmisión por la leche materna también se ha descrito, por lo que se recomienda evitar la lactancia natural en estos casos (Kalichman, 1995).

Para 1991 Cassuto encuentra que el continente americano presenta la proporción más elevada de enfermos, con predominio de E.U. En América, Europa y Australia la mayoría de los casos afectan a homosexuales o bisexuales masculinos o a heroinómanos. En Africa y el Caribe las principales formas de transmisión son las relaciones heterosexuales, la transmisión materno-fetal, la reutilización de material para inyección sin esterilizar y las transfusiones sin detección previa. En oriente, la prevalencia es reducida (Egipto, Arabia Saudita y Jordania) Israel es el país de la zona con más número de casos, principalmente en homosexuales.

Izazola (1996) menciona que la distribución estimada durante el primer semestre de 1996 en adultos y niños infectados con VIH obtuvo un total de 27.9 millones de personas con mayor prevalencia en África y el sur del Sahara, siguiendo el sur y sudeste de Asia, América latina, Norteamérica, Europa occidental, el Caribe, norte de África y medio Oriente, este de Asia y el Pacífico, este de Europa, Asia Central y finalmente en Australia.

En México, desde 1983 hasta 1998 se han registrado 35 mil personas con SIDA de las cuales 22 mil ya fallecieron. Se calcula que el número de seropositivos está entre 165,000 y 225,000 personas, es decir, que existen cinco infectados por cada 10,000 adultos. Dentro del programa de prevención y control de SIDA en el país, la base es la prevención y posteriormente, mejorar los niveles de atención, para lo que se encuentran registrados 10 medicamentos antirretrovirales, de los cuales 7 ya están en el catálogo de medicamentos del sector público. México ocupa el undécimo lugar a nivel mundial por números de casos de SIDA. Los estados con más incidencia son el Distrito federal, el Estado de México y Jalisco; la enfermedad es detectada principalmente en personas entre 25 y 44 años de edad, es la tercera causa de muerte entre los hombres y la sexta entre las mujeres (Mann, 1998).

1.3 ETIOLOGIA

El VIH es un retrovirus perteneciente a la familia de los lentivirus (con un largo periodo de latencia). Estos son virus citopáticos no oncogénicos que infectan a gran variedad de huéspedes y tienden a causar un deterioro gradual, que incluye alteraciones neurológicas, posteriormente la muerte (Arnaiz 1997).

Los retrovirus constituyen una subclase de ARN-Virus, cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene el nombre de retrovirus. El ARN de estos virus posee toda la información hereditaria necesaria para fabricar los diversos componentes virales; sin embargo para lograrlo debe primero transcribir dicha información a nuevos virus, utilizando, los recursos existentes en la célula. Durante su paso por las células, los retrovirus pueden "robar" proto-oncogenes, transportarlos y cedertos a otras células, provocando así, la formación de cáncer (Davies, 1997).

Los retrovirus poseen una gran capacidad para cambiar su estructura hereditaria, un millón de veces más rápido que cualquier organismo conocido. Esto explica las dificultades que tiene el sistema inmunológico para detectar y rechazar los retrovirus, así como los problemas que enfrentan los científicos para crear vacunas contra dichos microorganismos (Sepúlveda 1989; Izazola 1996).

En la especie humana se han descrito cuatro retrovirus, que pueden ser citopáticos o transformantes. Dos de ellos (HTLV-I, HTLV-II) son virus transformantes; el HTLV-I causa las leucemias de las células T del adulto. Los otros dos (VIH-1, VIH-2) son virus citopáticos no transformantes que causan el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida en humanos. Mientras que el VIH-1 es el más ampliamente distribuido a nivel mundial, el VIH-2 es predominante en África y parece ser de más difícil transmisión y menos patógeno que el VIH1 (Davies, 1997).

Cassuto (1994) describe la estructura del VIH dividiéndola en:

- 1) Morfología: Tiene un diámetro de 90 a 120 nm está rodeada por una envoltura externa lipídica (grasas) de 100nm de diámetro. Tiene un nucleíodo dentro de una envoltura proteica, contiene dos copias idénticas del material genético (ARN) con elevado peso molecular.
- 2) Genoma: ARN, contiene información genética para la síntesis de proteínas incluye tres genes fundamentales de los retrovirus: gag (gen antígeno del grupo, que codifica las proteínas del nucleótido), poli (polimerasa, separa las proteínas producidas por gag), env (envoltura, que permite la síntesis de glucoproteínas de la envoltura viral).
- 3) Proteína viral: Son antigénicas, capaces de producir anticuerpos. La proteína p23 interviene en ensamblar las partículas virales en el momento de la replicación.

4) Regulación de la réplica del VIH: El gen transactivador (TAT) es fundamental para la multiplicación del virus en la célula infectada. Los genes *rev* y *nef* intervienen en la replicación y expresión del genoma viral o en los efectos del virus. El gen *NE* es responsable de la latencia de la infección, caracterizada por la ausencia de replicación.

Sepúlveda (1989) menciona que el VIH puede vivir dentro de las células por muchos años; fuera de ellas, su vida se reduce notablemente. La sangre y los líquidos corporales que poseen glóbulos blancos, tales como el espermatozoides y las secreciones vaginales, son excelentes vectores del virus. En los líquidos corporales como las lágrimas, saliva, sudor y orina se encuentra fundamentalmente libre, fuera de las células, siendo por ello poco infectante, además de que su concentración en estos sitios es muy baja. Fuera del organismo, en superficies inertes, tales como objetos de uso común, su vida se reduce aún más. El hecho de que posee una envoltura sumamente rica en lípidos (grasas) hace que pueda ser fácilmente degradable por diversos procedimientos de limpieza utilizados en forma rutinaria, como el agua, el jabón, los blanqueadores caseros, el alcohol y el calor (hervir durante 20 minutos).

1.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Amaiz (1997) menciona la clasificación oficial realizada por el CDC en E.U. haciendo mención que al llegar los niveles de células CD4 a menos de 200, el individuo puede ser clasificado como enfermo de SIDA. Las características clínicas suelen ocurrir en diversos estadios:

- I. **Infección Inicial:** Es asintomática en la mayoría de los individuos, o aparece como un cuadro de infección gripal aguda. Si durante esta fase, los síntomas son severos, la enfermedad progresará más rápidamente. Durante esta etapa, se infectan los órganos linfoides periféricos. La mayoría de los individuos se hacen seropositivos a los tres meses de la infección, y el 99% lo será a los seis meses.

- II. **Latencia clínica:** La replicación del virus persiste en los órganos linfoides (ganglios linfáticos, timo, amígdala, placas de Peyer y pulpa blanca del bazo). Surge un descenso en el número de células T CD4 y puede observarse una inmunodepresión progresiva.

III. Progresión de la enfermedad: Aunque el paciente permanezca asintomático, la infección progresa. Las células T CD4 que viajan a través del ganglio se infectan, de tal forma que, con el tiempo, el número de células infectadas en las regiones paracorticales aumenta. La pérdida de la arquitectura normal del ganglio linfático (ubicados en el cuello y axilas, en las regiones inguinal y paraventral) contribuye también a la supresión. Marcadores que indican progresión por la enfermedad son : infección por herpes zóster, candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral, síntomas constitucionales (Fiebre, disminución de peso), disminución del número de células T CD4, e incremento de la carga viral (aumenta el número de células infectadas por VIH).

IV. Estadío final (SIDA): La tasa media de progresión es de alrededor 10 años, se da cuando la destrucción del sistema inmune se hace presente y el organismo ya no puede defender al individuo contra las infecciones oportunistas.

El sarcoma de Kaposi y la tuberculosis pueden aparecer aun cuando no exista inmunosupresión severa (Cassuto, 1991).

De acuerdo a Durham y Cohen (1994), en el último estadío se presentan subgrupos que han sido clasificados por el CDC:

- Subgrupo A: Enfermedad constitucional. Fiebre persistente por más de un mes, pérdida involuntaria de peso mayor de 10 %, diarrea persistente por más de un mes.
- Subgrupo B: Enfermedad neurológica. Demencia, mielopatía. Se han realizado estudios utilizando resonancia magnética protónica en pacientes voluntarios sanos y pacientes con infección con VIH o SIDA en sus diversas etapas con complejo demencial, mostrando que en las etapas iniciales del SIDA sin complejo demencial o al principio de éste no se aprecian diferencias significativas respecto a los sujetos normales. (Salgado y Romo 1995).

- Subgrupo C: Enfermedad infecciosa secundaria. Enfermedad infecciosa propia por el VIH, presentando un defecto en la inmunidad mediada por células:
 - a) Enfermedad invasiva sintomática.
 - b) Enfermedades infecciosas sintomáticas secundarias específicas.
- Subgrupo D: Cáncer secundario.
- Subgrupo E: Otra enfermedad coexistente no clasificada cuya evolución y tratamiento pueden ser complicadas o alteradas por el VIH.

Salgado y Romo (1995) Mencionan que muchos de los adultos con SIDA padecen en algún momento, cuadros neurológicos que incluyen alteraciones cognitivas, de movimiento o sensoriales, donde el componente morfológico es el cerebro, la alteración y pérdida neuronales. Los síntomas iniciales se caracterizan por falta de memoria y concentración. Después se presenta lentitud psicomotora, disminución de la alerta, la apatía, retraimiento, pérdida de interés y libido.

1.5 VIH Y EL SISTEMA INMUNE.

1.5.1. El sistema inmune:

La inmunidad es la capacidad que tiene el cuerpo humano para resistir casi todos los tipos de organismos o toxinas que tienden a lesionar tejidos y órganos (Gyton, 1977).

El sistema inmune es extremadamente complejo y posee gran diversidad de actividades para mantener la homeostasis y la salud, al igual que el sistema endocrino, controla el organismo por medio de componentes circundantes capaces de actuar en sitios muy alejados de su lugar de origen. Una función defectuosa del sistema inmunitario trae como consecuencia la presencia de enfermedades (Stites, 1983).

Cahn (1992) menciona que el sistema inmune debe ser capaz de realizar tareas especializadas con gran precisión como reconocer lo que es propio del organismo y lo que le es ajeno.

Gyton (1977) explica que gran parte de la inmunidad depende de un sistema especial productor de anticuerpos y linfocitos especializados que atacan y destruyen los organismos específicos o las toxinas. Este tipo de inmunidad, es la inmunidad adquirida. Por otra parte, existe la inmunidad innata, que resulta de procesos generales e incluye fagocitosis de bacterias y otros invasores de los glóbulos blancos y células reticuloendoteliales (destruyen las células sanguíneas), así como la destrucción de las secreciones ácidas del estómago y las enzimas digestivas de microorganismos que deglutidos pasaron al estómago; también resisten la invasión a la piel por gérmenes y destruyen a los organismos extraños o toxinas en la sangre por medio de diversos compuestos químicos.

La inmunidad adquirida no se presenta hasta después de la primera invasión por un organismo extraño o una toxina, cada uno contiene compuestos químicos específicos, en general, son proteínas, polisacáridos voluminosos o grandes complejos de lipoproteína, estas sustancias se llaman antígenos y logran la inmunidad adquirida (Roitt, 1994).

Son muchas las células que pueden presentar funciones relacionadas al sistema de defensa, sin embargo, las células principales del sistema inmune son los linfocitos (Sties, 1982), se trata de uno de los cinco tipos de glóbulos blancos o leucocitos de la sangre, combaten las enfermedades mediante su participación en la formación de anticuerpos, los cuales son proteínas que se producen siempre que una molécula extraña penetra en el cuerpo, éstas a su vez, reciben el nombre de antígeno (Kimball, 1986).

Existen dos clases básicas de respuesta inmunitaria mediadas por dos tipos distintos de linfocitos. Los linfocitos B regulan la inmunidad humoral, que se encarga de producir anticuerpos denominados inmunoglobulinas, que destruyen antígenos como virus o bacterias o incrementan su destrucción por otras células (Davies, 1997).

El segundo tipo de respuesta inmunogénica se denomina inmunidad mediada por células, e implica a los linfocitos T. Estos linfocitos atacan directamente a diversos antígenos, actúan como células asesinas defendiendo al cuerpo de sustancias que pueden formar tumores (Rosenzweig, 1992).

1.5.2 Componentes del sistema inmune.

Los componentes genéricos, celulares y moleculares del sistema inmunitario están combinados en una compleja red de comunicaciones. Las relaciones entre estos componentes, son recíprocas y restringidas (Sherwood, 1993).

De acuerdo a Amai (1997) los órganos que forman parte del sistema inmunitario son los órganos linfoides, que se dividen en:

- Primarios: encargados de la generación inicial de linfocitos a partir de células progenitoras, estos son: la médula ósea, en la cual se producen los linfocitos B durante toda la vida; y el Timo, donde se producen los linfocitos T, proceso que dura únicamente hasta la pubertad. Esta actividad está controlada por sustancias elaboradas por ellos mismos llamadas interleuquina 3 (IL-3 estimula los linfocitos que dan inicio a la hematopoyesis) y el factor estimulante de células madre pluripotenciales (SCF). Los linfocitos maduros emergen del Timo y de la Médula Ósea sin haber sido estimulados para realizar funciones inmunológicas. Estos linfocitos viajan hacia los órganos linfoides secundarios.
- Órganos linfoides Secundarios o periféricos (el bazo, los ganglios linfáticos y las amígdalas): La función de estos órganos es favorecer el encuentro entre linfocitos y sustancias extrañas. Es en ellos donde inicia la mayor parte de las respuestas inmunes.

Las células T tienen receptores específicos para antígenos que les permite unirse a la superficie de las células infectadas. Existen tres tipos, los cuales son citotóxico, cooperadores y supresoras. Las primeras son capaces de atacar a la célula infectada por virus, después de unirse al antígeno, destruyen a la célula infectada, limitando que se propague la infección. La función principal en la respuesta inmune es desempeñada por las células T cooperadoras, ya que estimulan a las células B para la secreción de anticuerpos en respuesta a la mayor parte de los antígenos y

permiten a las células T supresoras y citotóxicas responder a estos. (Alberets, citado por Durham, 1990).

Dentro de las células T, las células cooperadoras- inductoras se identifican con el marcador CD4 ó T-4. En la superficie de las células supresoras (CD8 ó T8), las células CD4 o T4 desarrollan una función crucial en la respuesta inmune, ya que tiene la capacidad de activar a otras células T, a las B e incluso a otros grupos celulares. Por lo tanto, las diferentes áreas del sistema inmune no están aisladas, si no que se comunican a través de sustancias líquidas llamadas linfokinas, que funcionan como mensajeras (Cahn, 1992).

El linfocito B del ser humano y de la mayoría de los mamíferos se caracteriza por la presencia de inmunoglobulinas que se pueden identificar en la superficie celular (Sites, 1982).

Las células asesinas (NK) derivan de la médula ósea, pero lo que requieren para su desarrollo es diferente a los linfocitos T y B, son relativamente abundantes en los pulmones, la mucosa intestinal y el hígado. Son infrecuentes en el Timo y en los ganglios linfáticos (Arnaiz, 1997). Estas células participan en la destrucción de células infectadas por virus y tumores (Alberets y col citados por Durham, 1990).

Los receptores de los linfocitos T y B (TcR e inmunoglobulinas respectivamente), los antígenos y las citoquinas (se encargan de la activación, proliferación y diferenciación de los linfocitos B) son moléculas fundamentales en el funcionamiento del sistema inmune (Roitt, 1994)

1.5.3 La respuesta inmune.

Las células del sistema inmunológico se desplazan en el torrente sanguíneo por todo el organismo, poniendo en contacto a todas las otras células. Si encuentran células que reconocen no les causan daño, al no reconocerlas, las atacan. Cuando las células del sistema inmunológico no logran reconocerse entre sí, crean una enfermedad autoinmune (Goleman, 1995).

De acuerdo con Cahn (1992), un invasor rompe primeramente la barrera constituida por la piel y las mucosas (que también fabrican sustancias de efectos antimicrobianos); posteriormente tendrá que realizar una serie de defensas no específicas, aquí se incluyen los fagocitos que son capaces de engullir a otras células. Los proceso de fagocitosis y digestión fragmentan al invasor en varias porciones, exponiendo al antígeno que contiene.

El siguiente paso es enfrentarse a defensas específicas para cada antígeno; aquí intervienen los linfocitos T y B. Los primeros hacen anticuerpos contra cada microorganismo extraño, de acuerdo a los estímulos de los linfocitos T cooperadoras (CD4). Al mismo tiempo los linfocitos T ponen en circulación a los mensajeros o linfocinas para atraer nuevos linfocitos y células fagocíticas que puedan ayudarlos. Las células T citotóxicas pueden destruir agentes extraños como los virus. Después de que la infección ya ha sido controlada, los linfocitos T supresores (CD8) causarán la respuesta inmune. La información del invasor puede ser fácilmente reconocida si trata de atacar nuevamente (Amich, 1994).

1.5.4 VIH Y SISTEMA INMUNE.

El principal problema en el SIDA es una disminución en la relación de células T cooperadoras- supresoras (CD4/CD8) que se perciben por un decremento en la función y cantidad de las células T cooperadoras. El Subgrupo de células T4, que son las infectadas por el retrovirus del SIDA, forman de 60 a 80% de la población total de las células T (Laurence, citado por Durham.1990).

Amaz (1997) explica que la principal célula que es atacada por el VIH son las células T CD4, pero también hay otras células que pueden ser infectadas: Megacariocitos, células dendríticas de sangre periférica, células dendríticas foliculares de ganglios linfáticos, microglía, linfocitos TCD8, células de la mucosa rectal, células epiteliales renales y células de la retina entre otras. Se ha observado que algunas células infectadas son realmente CD4 negativas, por lo que se supone la existencia de un segundo factor tras la unión a CD4, como podría ser CD26. Las infecciones originan un amplio rango de alteraciones inmunológicas que afectan a células B, NK, T.

Hollander (1994) aclara que algunos médicos utilizan cuatro límites de los recuentos de CD4 para diagnosticar en etapas la enfermedad del VIH:

- 1) 500ml al comenzar la terapia antirretroviral. Pueden comenzar a aparecer las infecciones causadas por el virus del herpes simple (VHS) y por el herpes Zoster.
- 2) 200ml. Se requiere profilaxis intensiva contra la neumonía y puede aparecer el Sarcoma de Kaposi, también linfoma e infecciones oportunistas como meningitis.
- 3) 100 ml. Las infecciones oportunistas se toman más comunes, en especial la infección ulcerosa por VHS, toxoplasmosis, moniliasis esofágica y la retinitis.
- 4) 50 ml. Cuando la enfermedad se encuentra muy avanzada; la mayoría de las muertes suceden con un conteo mayor a éste. El porcentaje total de CD4, de linfocitos totales y la relación CD4:CD8 son marcadores un poco más estables de la enfermedad que el recuento absoluto de CD4, y en ocasiones se emplean como marcadores auxiliares. El recuento absoluto de CD4 es el marcador más utilizado en la mayor parte de los estudios clínicos.

Durante el proceso de retrotranscripción se dan mutaciones con elevada frecuencia, ya que la respuesta viral no tiene capacidad correctora, así, el virus inicial tras varios ciclos de replicación incrementa su potencial citopático y origina la aparición de variantes antigénicas que no pueden ser detectadas por el sistema inmune (Arnaiz, 1997).

1.6 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Un individuo puede averiguar si se ha contagiado por el VIH y es potencialmente contagiante, por medio de un análisis de laboratorio, que en caso de resultar positivo indica la calidad de "portador" del VIH. Debe tenerse claro que ninguna prueba de laboratorio hace diagnóstico de SIDA, si no que este diagnóstico lo hace el médico de manera clínica al deteriorarse el estado de salud debido al virus, tomando en cuenta las enfermedades marcadoras ya descritas (Cohen, 1992).

El diagnóstico biológico por la infección por VIH se realiza por medio de las pruebas de detección y pruebas de confirmación. Entre las primeras se encuentra la prueba ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) de detección de anticuerpos dirigidos contra el VIH y llegado a ser de aplicación rutinaria, la positividad en esta prueba marca una infección y el riesgo de transmisión de la misma, sin embargo no es capaz de detectar la infección antes de que se formen anticuerpos, esto es, de las 4 a las 12 semanas después del comienzo de la infección. Otras pruebas de detección son: La técnica de aglutinamiento (no muy fiable) y ELISA VIH-2 (Cassuto, 1994).

Hasta la fecha, la Mancha Western es la prueba más utilizada para confirmación. También se pueden emplear pruebas de inmunofluorescencia, pero estas se utilizan principalmente en investigación (Durham, 1994). Estas pruebas se utilizan en caso de resultar positiva la prueba de detección.

El tratamiento implica el uso de la terapia antiviral, el cuidado de las infecciones secundarias y tumores, y la reconstrucción del sistema inmune mediante sustancias inmunomoduladoras (Arnaiz, 1997).

De acuerdo con Izazola (1994) el uso de una combinación de antirretrovirales es ahora la práctica más recomendada, con base en los resultados de los marcadores virológicos que se han correlacionado con efectos clínicos benéficos. Los principios de terapia antiviral actual deben basarse en lograr supresión virológica máxima, por mayor tiempo e iniciando lo más pronto posible. La Sociedad Internacional de SIDA recomienda la vigilancia de la carga viral como medida de eficacia del medicamento antiviral. Este método consiste en contar el número de ácidos nucleicos del VIH en el plasma sanguíneo, lo que puede predecir la evolución a largo plazo del enfermo.

Una vez confirmada la presencia del virus en el organismo, es conveniente realizar un examen de laboratorio para conocer el número de células CD4 que existen por milímetro cúbico en sangre, esto indicará en daño ya causado en el organismo (Zala, 1997).

Además de los recuentos de CD4, las pruebas básicas de laboratorio incluyen una biometría hemática con fórmula diferencial y recuento de plaquetas para identificar problemas como anemia, linfopenia, neutropenia y trombocitopenia. La química sanguínea debe incluir enzimas hepáticas; la revisión de las concentraciones de albúmina es un signo que pronostica el aspecto alimenticio. A medida que evoluciona la infección causada por el VIH es posible observar disminución de las concentraciones de colesterol total o aumento en las proteínas totales (Hollander, 1994).

Dentro del tratamiento al paciente con VIH o SIDA se le recomienda abstenerse de conductas anómicas como fumar o beber en exceso, cuidar su alimentación o evitar el exponerse demasiado al sol. También debe contemplarse el aspecto psicosocial, donde el adecuado entrenamiento en afrontamiento y aceptación de la enfermedad puede resultar benéfico como aportación psicosomática como paliativo de salud que recibe el individuo desde su diagnóstico inicial hasta la muerte (Sties, 1996).

RESUMEN.

En esta sección se describió la manera en que el VIH ataca al sistema inmunológico del organismo provocando su deterioro hasta que el individuo muere por infecciones oportunistas o neoplasias.

Las principales características inmunitarias del VIH son:

- Se infectan las células CD4 del sistema inmunitario, incluyendo linfocitos T, monocitos y macrófagos, células dendríticas foliculares y células de Langerhans.
- La infección causa defectos globales progresivos de la inmunidad humoral y mediada por células.
- Están disminuidos los linfocitos T tipo CD4 (cooperadores-inductores).
- Existe activación policlonal de linfocitos B con disminución de la producción de inmunoglobulinas.
- La enfermedad progresa a pesar de respuestas vigorosas humoral y celular contra el virus.

El SIDA es una enfermedad que ha causado la muerte en un alto porcentaje de la población sexualmente activa, en edad laboral y productiva. Las características de la enfermedad son diversas de acuerdo al estadio de evolución de la enfermedad y del deterioro inmunológico. Las formas de contagio son principalmente tres: por vía sanguínea, sexual y materno-fetal. A nivel mundial, los países subdesarrollados ocupan los índices más altos de prevalencia, esto puede deberse a las carencias en educación sexual, las costumbres del lugar o situaciones médicas poco seguras. Actualmente se busca una vacuna, pero las características del virus han hecho esta labor, hasta ahora, imposible. La mejor manera de prevenir, es fomentando prácticas sexuales seguras, ya que ésta es la forma de contagio con mayor incidencia.

CAPITULO 2. CALIDAD DE VIDA

2.1. CONCEPTO DENTRO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.

El origen de la expresión "Calidad de vida" proviene de un fenómeno social; donde la conciencia de las consecuencias no deseadas provocadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada han contribuido a poner de moda este concepto (Setièn, 1993).

En el intento por encontrar una definición, han surgido diversos postulados: Campbell (citado en Holtgrave, 1997) propone que el concepto se refiere al sentido de bienestar que percibe una persona derivado de su experiencia ante la vida.

Lewis (citado en Alvaradejo, 1988) considera la calidad de vida como el grado en el que el individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad. Buckhard considera que es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material, así como de buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal.

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

Para su estudio, diversos especialistas y diferentes disciplinas han hecho aportaciones tanto en el terreno del entorno físico y biológico, de producción, de síntomas y signos de bienestar - malestar, como en necesidades humanas y satisfacción. Igualmente se ha pretendido hacer uso del concepto con el fin de mejorar el bienestar social e individual a través de la intervención estatal, logrando cubrir las necesidades humanas. Con estos elementos podemos decir que se trata de un concepto multidimensional (Setien, 1993; Grau, 1996).

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

Young y Longman definen calidad de vida como el grado de satisfacción en que se perciben las circunstancias de la vida cotidiana (Donna, Samson, Fisher y Redden citados por Alvaradejo, 1996).

El concepto de calidad de vida ha evolucionado desde los indicadores materiales y objetivos, hacia los indicadores de satisfacción, con medidas psicosociales subjetivas (Grau, 1996).

La perspectiva psicológica aporta una visión donde el hombre experimenta una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente, se ven reducidas; dichas necesidades pueden ser biológicas y aprendidas, por lo que cada cultura influye en su número y contenido. Freud, Maslow y Murray aportan las teorías en las que se basa esta concepción (Setién, 1993).

Jorge Grau (1996) menciona que el concepto se refiere a la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose a los derechos humanos, labores y cuidados, tomando en cuenta los bienes económicos y la preocupación por la experiencia del individuo en su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. Sin embargo, no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinadas por las circunstancias materiales; podemos encontrar a la infelicidad y la enfermedad psíquica bajo condiciones favorables de bienes materiales: "La opulencia social y el consumismo no significan, definitivamente, calidad de vida." En determinados grupos poblacionales como mujeres o pacientes con Cáncer o SIDA se utilizan como medidas globales los indicadores que les son relevantes, evaluando las interrelaciones entre diferentes componentes de la vida y su sentido total de bienestar.

La definición adoptada por las Naciones Unidas sobre calidad de vida como medida de bienestar físico, mental y social tal como la percibe cada individuo y cada grupo; comprende un estado satisfactorio en nueve factores que la componen: Salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social y derechos humanos. (Gonzales, 1995).

2.2. SALUD, EMOCION Y CALIDAD DE VIDA.

Setién (1993), menciona que en el campo de la salud, las metas de más alto grado de calidad de vida estarían representadas por una vida lo más larga posible y en el mejor estado de salud, y que ello, esté distribuido equitativamente entre los individuos y grupos que forman la comunidad. La orientación hacia la salud se da con el bienestar físico, mental y social. Existen prácticas de conductas insanas como el beber alcohol en exceso o fumar, y sin embargo, son aspectos aceptados por la sociedad; se ha observado que existe una relación entre un mejor estado de salud y el no fumar, hacer ejercicio, consumir moderadamente alcohol, tener un peso normal, descansar de 7 a 8 horas diarias por la noche y llevar una buena alimentación.

Existen factores que influyen en la calidad de vida, éstos pueden ser una genética, una familia o un contexto disfuncional (Sumay, 1996). También las emociones juegan un papel importante, sirviendo como punto de interacción continua entre las personas y su entorno físico y social (Lazarus y Folkman, 1986).

Fernández castro (1994) trata la relación que existe entre las emociones y la salud; el principal problema para desarrollar esta idea reside en el gran contraste entre lo tangible y concreto de un diagnóstico médico, y lo subjetivo y cambiante de las emociones humanas. La vía de acción más conocida de las emociones sobre la salud, es el Estrés. Cuando éste se torna crónico, aumenta la vulnerabilidad de manera inespecífica, ante las enfermedades. Con respecto a esta respuesta se ha descubierto que los mecanismo neuroendócrinos se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas como psicológicas. Algunas emociones también se han relacionado con cefaleas, el asma y la diabetes.

Antoni Font (1994) encontró que lo que está más relacionado con la reducción de la calidad de vida en los pacientes con Cáncer, no son los síntomas de la enfermedad o el dolor, ni las incapacidades funcionales sino aspectos psicológicos como el miedo, la ansiedad, depresión e insatisfacción con el propio aspecto. Pacientes con estados de salud similar pueden presentar importante diferencias, de acuerdo a las estrategias que utilicen para enfrentarse a los problemas de salud (conductas, pensamientos y reacciones emocionales). Las expectativas elevadas de que la enfermedad pueda curarse correlaciona negativamente con la ansiedad, depresión y valoración negativa del día; los pacientes con peor calidad de vida (aquellos que valoran el día como más negativo) mostraron tener un menor locus de control interno.

De acuerdo con Font (1994) el estudio científico de la calidad de vida en el ámbito de la salud es importante porque permite:

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

De acuerdo a lo anterior se puede decir que las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud, los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud, los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades y las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos (Fernández, 1994).

Se han creado pruebas que miden el estrés psicológico por el impacto de la enfermedad, tomando en cuenta, principalmente las áreas de funcionamiento físico, psicológico, social, relaciones sexuales, días de discapacidad y sentimientos acerca de la salud (Secchi, 1996).

2.3 MEDICION DE CALIDAD DE VIDA

La medición de la Calidad de Vida es una medida que muestra el grado en que el individuo satisface sus necesidades (físicas, sociales, psicológicas, es decir, de todo tipo, sean materiales o no materiales). El óptimo de calidad de vida coincide con las metas del desarrollo personal. Los indicadores sociales son un conjunto de indicadores integrado dentro de un marco de referencia coherente que permite la medida de los componentes de la calidad de vida. Partiendo de la teoría de las necesidades jerárquicas de Maslow, se han seleccionado once áreas o componentes de calidad de vida, estos son: salud, bienes materiales, trabajo, vivienda, seguridad, educación, familia, entorno social, tiempo libre, religión y política (participación, libertad, prestigio e identidad comunitaria) (Setién, 1993).

Holtgrave (1997) señala la existencia de tres comportamientos fundamentales dentro del campo de la calidad de vida. El primero es la función física, que comprende la discapacidad, ocupación manejo del hogar, sueño, nutrición, sexo y entretenimientos. La segunda función es social: familia, vida social y dependencia. Y por último una tercer función: la emocional, que comprende el aislamiento, la depresión y la ansiedad.

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

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

Considerando que la medición de la calidad de vida del paciente con VIH ha partido de las investigaciones realizadas en Cáncer, pueden tomarse en cuenta los requisitos que Font (1994) menciona debe tener un instrumento para valorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, igualmente aplicables en instrumentos específicos para pacientes con SIDA:

1. Medir calidad de vida en relación con la salud
2. Constatar la reducción de calidad de vida producida por la enfermedad
3. Incluir diferentes aspectos o niveles (físicos, psicológico, familiar y social)
4. Centrarse en los temas de la vida diaria del paciente
5. Considerar el aspecto subjetivo de la calidad de vida
6. Ofrecer diferentes posibilidades de valoración (no solo evaluación dicotómica)
7. Satisfacer los requisitos metodológicos de: especificidad y claridad de los reactivos, sensibilidad, discriminación longitudinal
8. Ser repetible, autoadministrable, sencillo y presentar un grado aceptable de fiabilidad y validez.

Existen diversos instrumentos que miden la calidad de vida en pacientes crónicos.

Cohen (1996) Utilizó el "McGill QOL Questionnaire" (MQOL), el cual está diseñado y validado para medir calidad de vida en personas con cualquier tipo de enfermedad bajo tratamiento, desde el diagnóstico hasta la muerte. En pacientes con VIH, mentalmente capaces y que contaran con estado físico suficiente para completar el cuestionario sin fatigarse. Considera cuatro factores relevantes: el estado físico, existencial, psicológico y de apoyo.

El VIH Overview of Problems Evaluation System (HOPES) es un instrumento derivado de un cuestionario para el cuidado de pacientes con cáncer, igualmente mide la calidad de vida pero únicamente de personas infectadas con VIH, está constituido por 165 reactivos distribuidos en 5 escalas:

- Escala Física: Con 8 subescalas que miden problemas físicos y el funcionamiento diario.
- Escala Psicosocial: Incluye 8 subescalas relacionadas al funcionamiento emocional y problemas de comunicación e interacción con parientes y amigos.
- Escala de Interacción médica: Cuenta con tres subescalas abordando problemas de interacción y comunicación con el equipo de salud.
- Escala de Sexualidad: Contiene dos subescalas que evalúan el interés, actividad y funcionamiento sexual.
- Escala de Pareja: Formada por cinco subescalas relacionadas a problemas de comunicación e interacción con la pareja.

Su consistencia interna se estimó con el alfa de Cronbach y su validez es de constructo (Boer, 1996).

Otros instrumentos que pueden medir específicamente la calidad de vida de pacientes con SIDA son:

- "Functional Assessment of Human Immunodeficiency Virus Infection". (FAHI). (Cella.1996).
- "Medical Outcomes Study Short-form 20". (Smith, 1996).
- "Quality of Well-Being". (Patterson, Kaplan. 1996).

RESUMEN

El concepto de calidad de vida ha sido estudiado originalmente por la Sociología, de ahí ha partido la necesidad de buscar la unión de éste concepto con diversas áreas del conocimiento. El concepto puede tomarse desde dos enfoques: el objetivo, que consiste en revisar las características, necesidades y forma de vida de los individuos en un contexto colectivo que pretende dar solución a problemas sociales. El segundo enfoque es el subjetivo, en el cual, cada individuo manifiesta su estado de satisfacción o bienestar en el medio en el que se encuentra, interviniendo aquí las diferencias individuales y de percepción.

En el campo de la psicología de la salud, la calidad de vida se estudia de manera subjetiva. El concepto pretende comprender cómo un individuo percibe que una enfermedad ha alterado su modo de vida.

Dentro del concepto se incluyen diversas áreas de importancia como son la interacción con el ambiente hospitalario, con el médico, la forma de tomar el medicamento, la percepción de la propia salud, la relación con la familia, la relación con la pareja y los hijos, los cambios laborales, la interacción con amigos y compañeros. Los problemas sociales con los que se enfrente el paciente irán modificando su percepción ante la vida, pero también las características individuales y de afrontamiento tendrán un papel importante en dicha percepción.

Se han realizado distintas escalas que pretenden medir la calidad de vida de personas que sufren diversas enfermedades. El realizar una medición de la calidad de vida servirá de apoyo al equipo de salud para la implementación de programas de trabajo e intervención.

Se han diseñado pruebas mas o menos complejas para medir el estrés psicológico por el impacto de la enfermedad de VIH-SIDA, incluyendo como áreas principales: funcionamiento físico, psicológico, social, relaciones sexuales, días de discapacidad y sentimientos acerca de la salud. Deben ser aplicables a la mayoría de las situaciones y poco influenciados por factores como edad, sexo, ocupación o tipo de enfermedad (Secchi, 1996).

CAPITULO 3. CALIDAD DE VIDA: FACTORES PSICOSOCIALES Y SISTEMA INMUNE EN PACIENTES CON VIH-SIDA

3.1 FACTORES PSICOSOCIALES DEL PACIENTE CON VIH-SIDA.

La infección por VIH/SIDA además de tener grandes repercusiones en la salud física del individuo, influye en sus procesos psicológicos y en sus relaciones interpersonales ya que éstas se ven afectadas por la manera en que se enfrenta al estrés causado por el estigma social que rodea su forma de vida y su preferencia sexual (Guerra, 1998; Villagrán, 1998).

Los ataques públicos contra la gente que sufre SIDA, calificados como "Homosexuales inmorales que están teniendo un justo castigo por su conducta" producen un fuerte efecto sobre el paciente (Morin, 1984).

Estos pacientes enfrentan aspectos sociales que desencadenan ansiedad y depresión. El mayor porcentaje de los pacientes ha tenido relaciones homosexuales. El SIDA pone de manifiesto una forma de vida estigmatizada. El carácter contagioso de la enfermedad origina rechazo de la comunidad, esto se debe a la mala información acerca de la enfermedad y el miedo al contagio (Sepúlveda, 1989).

Los enfermos homosexuales no solo luchan contra la enfermedad, sino contra su miedo a ella y a la homofobia que pueden percibir del medio social (TIME, 1985). Son un grupo estigmatizado y rechazado, principalmente por sus preferencias sexuales, por lo que suelen evadir contactos sociales, haciéndolos vulnerables al estrés psicológico. Suelen dejar de trabajar y de acudir a actividades sociales, lo que limita sus medios de apoyo social (Dijker, 1996).

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección inicial del virus, están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su vida, estas variables pueden ser la edad, sexo, personalidad, religión, habilidades, antecedentes culturales, salud mental, estilo de vida e inteligencia; así como por aspectos sociales, familiares, relaciones interpersonales y habilidades de comunicación; así como por aspectos directamente relacionados con la enfermedad: el tipo de medicamentos que recibe, la presencia de complicaciones clínicas, el tipo de seguridad social y la calidad de la asistencia; también deben tomarse en cuenta el deterioro físico y psicológico y el tiempo de sobrevida (Kalichman, 1995; Arango, 1993).

Las expresiones individuales están determinadas por factores de la historia individual, experiencias y estilos de afrontamiento de cada sujeto. Sus emociones cambian rápidamente a través del curso de la enfermedad. Estos eventos tienen secuencias únicas con significados diferentes para cada individuo. El grupo de pacientes sintomáticos presentan mayor ansiedad, depresión e intensa negación. Los pacientes con SIDA se enfrentan a los futuros pronósticos que dependerán del tratamiento y a la confrontación con la posible muerte (Sepúlveda, 1989; Kalichman, 1995).

Algunos pacientes asintomáticos han desarrollado síntomas psicológicos que incluyen ataques de pánico, ansiedad generalizada y preocupaciones somáticas (Arango 1993, Morín 1984). El modelo de Kubler Ross ante la muerte y el duelo es un buen marco para considerar las emociones experimentadas en los pacientes con VIH, ella identificó 5 etapas: 1) Negación, 2) Enojo, 3) Ajuste, 4) Depresión y 5) Aceptación.

Ramos (1989) menciona que estos enfermos hacen frente a distintos grados de estrés psicosocial, como el miedo a la muerte, las infecciones repetidas, el estado físico deteriorado, el estigma social, el miedo a exponer su estilo de vida, la culpabilidad, el contagio a los demás, la pérdida de la pareja y amigos, la pérdida del atractivo físico, del estatus financiero y ocupacional y a depender de los demás. Dados estos grados de estrés hay varios síntomas que pueden desarrollar, por ejemplo: ansiedad, depresión y déficits cognoscitivos secundarios del ataque al Sistema Nervioso Central y dificultad para iniciar el tratamiento médico.

También suelen ser comunes los problemas de ridiculización, violencia interpersonal, evasión para renta o venta de vivienda, pérdida de pensiones, negación de servicios de salud, cuidado dental, servicios primarios y pérdida de empleo (Kilmarx, 1998).

Por otro lado, Siegel y Krauss (1996) identificaron la presencia de miedo al rechazo, y abandono; deseo de evitar la pena y dolor emocional a sus seres queridos y procurar que las personas que los rodean no se preocupen por ellos. El estrés Psicosocial puede ser resultado de la prueba de anticuerpos, del realizar ajustes en el estilo de vida al ser seropositivo, del observar a otros enfermos y del miedo a que avance la enfermedad.

Los síndromes desarrollados a partir de la ansiedad y la depresión (crisis de angustia, ansiedad generalizada y trastornos afectivos) presentan síntomas que van desde la tristeza, llanto fácil, labilidad emocional, fobias, aislamiento, hasta reacciones psicóticas (Sepúlveda, 1989).

La resolución y adaptación de los pacientes va a depender del apoyo social con el que cuenten y de los aspectos psicológicos individuales, que se pueden definir como la estructura del carácter, la cual puede facilitar la comprensión de los procesos de ajuste y puede predecir el curso de las reacciones emocionales, que juegan un papel importante en los procesos inmunológicos. El apoyo social es útil para producir estrategias de afrontamiento adecuadas para el paciente (Sepúlveda, 1989; Kalichman, 1995).

3.2. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH-SIDA.

El estudio de la calidad de vida en pacientes con SIDA ha tomado sus bases de los estudios realizados en pacientes oncológicos.

Trabajando con ésta población, Font (1994), define la calidad de vida del paciente como la valoración subjetiva respecto a en qué medida cree que su estado de salud ha afectado a su vida cotidiana en un periodo concreto de tiempo. El estudio científico de la calidad de vida es importante, porque permite correlacionar el factor de malestar corporal con el malestar psicosocial.

Ganz y Coscarelli. (1993) mencionan que la salud relacionada a la calidad de vida, forman un constructo multidimensional, que generalmente incluye dimensiones importantes como: El estado funcional (autocuidado, movilidad, actividades físicas y actividades de género como el trabajo o las responsabilidades del hogar); síntomas relacionados a la enfermedad y al tratamiento (síntomas específicos como dolor, dificultad para respirar, u originados por el medicamento como la náusea, pérdida de cabello o impotencia); trastornos psicológicos (como ansiedad o depresión secundarias) y la función social (interrupción de la actividad social normal).

Para evaluar la calidad de vida del paciente con SIDA, también se han tomado en cuenta los aspectos espirituales, existenciales, de las funciones sexuales y de satisfacción ante el autocuidado de la salud (Sumay, 1996).

Cohen (1996) además de tomar en cuenta los aspectos anteriores, considera el apoyo que el paciente percibe del mundo que lo rodea, hace hincapié en no utilizar únicamente los factores negativos para definir la calidad de vida como la ausencia de problemas; sino como el balance entre las influencias positivas y negativas en torno a la vida.

El ser portador del VIH o de la enfermedad (SIDA) puede tener efectos devastadores en la calidad de vida del paciente. Esto puede observarse en los efectos físicos y neurológicos asociados a la enfermedad, aunados a la suspensión laboral, limitaciones en las actividades sociales y en la decrementada dependencia a los demás. Se requieren instrumentos que reporten los cambios clínicos en el estado de salud a través del tiempo, así como los cambios psicosociales; al poseer esta información, será posible crear, en todos los sentidos, cuidados apropiados para estos pacientes (Boer, 1996).

Font (1994) menciona que la disminución de la calidad de vida se relaciona más con aspectos físicos: pacientes con estado de salud similar pueden presentar importantes diferencias en cuanto a disminución de calidad de vida atribuida a la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento, expectativas de autoeficacia y locus de control contribuyen a explicar éstas diferencias. Parece que la calidad de vida subjetiva de los pacientes puede mejorar interviniendo sobre los factores cognitivos mencionados.

Ante la carencia de una cura, es una meta de la terapia clínica, el limitar las consecuencias de la enfermedad, para que el paciente pueda tener una vida cómoda y productiva. La medición de calidad de vida también puede contribuir a conocer la eficacia de los protocolos de tratamiento y puede servir como marcador de cambio en el desempeño neuroconductual (Fletcher y col, 1991).

3.3 SISTEMA INMUNE Y FACTORES PSICOSOCIALES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH.

Amaiz (1997) aclara que debido a que el sistema inmune está relacionado anatómica y funcionalmente con otros sistemas del organismo, su funcionamiento puede verse alterado por influencias ambientales. Por ejemplo, el envejecimiento incrementa la susceptibilidad al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas, ya que hay un declive en las funciones inmunológicas. Por otro lado, la mala nutrición provoca una reducción significativa en las funciones del Timo, la piel y las membranas mucosas así como la secreción de inmunoglobulinas en saliva y otros fluidos corporales. El ejercicio regular y moderado aumenta algunos aspectos de inmunidad.

Borrás (1994) encuentra que los hábitos de beber y fumar aunados al estrés, pueden contribuir a presentar alteraciones linfocitarias.

Para pacientes con SIDA, se ha encontrado una valoración simultanea de las consecuencias de valores estresantes, apoyo social y mecanismos de afrontamiento pueden formar una integración de las consecuencias globales de los factores psicosociales que afectan a la persona, así como el duelo. Estos factores se han correlacionado con las células T CD4, con los linfocitos NK y células B, observando niveles bajos con puntuaciones bajas en medias psicosociales (Beardsley, 1998).

Lutgendorf (1997) observó que el proceso cognoscitivo posterior a la notificación del VIH seropositividad puede verse dificultado por una evitación al suceso, lo que implica mayores niveles de depresión, ansiedad, enojo y miedo, que al ir incrementando, producen decremento de los niveles inmunológicos y con ello, mayor probabilidad de desarrollar el SIDA en un futuro más cercano.

Ganz y Coscarelly (1993) encontraron que pacientes con VIH asintomáticos presentaron menores problemas psicosociales en relación con aquellos que ya habían desarrollado el síndrome, los grupos fueron seleccionados de acuerdo al número de células CD4 de cada paciente.

Boer (1996) encontró que el cuestionario de Calidad de Vida "HIV Overview of Problems Evaluation System" (HOPES) respondió a los cambios de células CD4 a través del tiempo. Se reflejó el deterioro en las funciones inmunológicas en puntuaciones más bajas del cuestionario; funciones inmunológicas estables o mejores, estuvieron acompañadas con más altas evaluaciones del cuestionario. A través del tiempo, los pacientes experimentaron un deterioro más rápido en sus funciones físicas y sexuales, además, la disminución en los conteos de células CD4 estuvieron acompañados por un decremento en la escala psicosocial.

Utilizando el instrumento HOPES, Boer y Col (1996) encontraron un deterioro en las funciones inmunológicas relacionadas a bajos puntajes en el instrumento. Un estado estable en las funciones inmunes estaba acompañado por mejores puntajes en la calidad de vida del mismo instrumento. Cohen (1996) encuentra los mismos resultados aplicando el McGill Quality of life Questionnaire.

3.3.1 PSICONEUROINMUNOLOGIA.

En 1974, el psicólogo Robert Ader descubre que el sistema inmunológico, al igual que el cerebro, puede aprender. Llega a la conclusión que el sistema nervioso central y el sistema inmunológico se comunican: redes biológicas hacen que la mente, las emociones y el cuerpo no estén separados, sino íntimamente interrelacionados (Goleman, 1995).

Rosenzweig (1992) describe que en la década de los ochenta, dentro de la psicología fisiológica aparece un nuevo campo denominado psiconeuroinmunología; su existencia supone que el sistema inmunitario con todas sus células, interrelacionan con otros órganos, especialmente los sistemas humorales y con el sistema nervioso. Estas interacciones se establecen en ambas direcciones; el sistema nervioso influye en las respuestas del sistema inmunitario, y los anticuerpos afectan a las actividades neurales. Goleman (1995) señala no solamente la intervención de las actividades neurales; sino neuroendócrinas, las cuales incluyen al sistema nervioso y los sistemas humorales.

La psiconeuroinmunología ha iniciado el estudio de la posible incidencia de los factores psicológicos (procesos emocionales y estrés particularmente) en la función inmune y de aquí, en la vulnerabilidad a aquellas enfermedades en las que la inmunidad tiene una implicación fundamental, como el Cáncer, las enfermedades autoinmunes o las enfermedades infecciosas, el SIDA entre ellas (Borrás, 1994; Ader, Felten y Cohen, 1991).

Cahn (1992) menciona, que se relacionaron diferencias inmunitarias con factores estresantes fisiológicos y psicológicos tales como vuelos espaciales, privación del sueño, duelo, desempeño de cargos académicos, atención a personas con enfermedades crónicas y separación matrimonial o divorcio.

También se ha encontrado que las medidas inmunitarias varían de acuerdo al estilo que tiene cada persona de sobrellevar determinada situación (afrentamiento). Igualmente, se demostró que se ven afectados los parámetros inmunitarios tanto fenotípicos como funcionales; esto sugiere que podría haber una relación entre factores psicosociales y medidas inmunológicas en diversas poblaciones y enfermedades (Taylor, 1992).

Los sistemas inmune y neuroendócrino se comunican de manera bidireccional por el hecho de compartir señales moleculares (citoquinas, hormonas peptídicas y neurotransmisores) que actúan sobre un grupo de receptores comunes a ambos sistemas, las mismas señales y los mismos receptores pueden ser usados tanto para la regulación intrasistema como para la comunicación intersistema (Arnaiz, 1997).

Una forma de demostrar el papel neural en la respuesta inmunológica ha sido examinar los efectos de lesiones cerebrales sobre la respuesta inmunitaria, algunos de estos efectos son bastante especializados, implicando respuestas a determinados antígenos pero no a otros; igualmente el lugar específico de la lesión determina el carácter de los efectos inmunológicos. Otras aproximaciones se han centrado en la búsqueda de factores emocionales en enfermedades que implican un cambio en el sistema inmunitario; es por esto que se han estudiado los efectos del estrés sobre el sistema inmunitario de poblaciones humanas y animales (Rosenzweig, 1991).

Otra relación que se ha encontrado entre las emociones y el sistema inmunológico es la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés. Las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina; conocidas como adrenalina y noradrenalina), el cortisol y la prolactina y los opiáceos naturales beta-endorfinas y encefalina se liberan durante el aumento de estrés. Cada una influye en las células inmunológicas; mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada; el estrés anula la resistencia inmunológica (Goleman, 1997).

Wiedenfeld y Bandura (1990) mencionan que los estresores que no pueden ser controlados incrementan la producción de corticoesteroides y catecolaminas. Los niveles elevados de corticoesteroides inhiben el metabolismo linfocitario, interfiere con el proceso de proliferación linfocitaria e inhibe la producción de interferón. Los niveles elevados de cortisol se han asociado con el decremento de la respuesta linfocitaria a la estimulación mitógena y disminuye la capacidad de destruir organismos extraños al organismo.

La magnitud de la inmunodepresión inducida por el estrés está determinada por el impacto emocional del acontecimiento estresante, éste depende de variables cognitivo-conductuales relacionadas con la apreciación y el afrontamiento del estresor (Ader, 1991).

Borrás (1994) aclara que las implicaciones de una inmunodepresión inducida por el estrés psicológico a pacientes portadores de VIH son:

1. Mayor riesgo de infección en caso de exposición al virus.
2. La reacción del Virus de su asociación latente con los linfocitos T cooperadores, promoviendo la progresión de síntomas clínicos y enfermedades oportunistas.
3. Potenciación de la replicación del VIH-1 con el consiguiente agravamiento del curso de la enfermedad.

El contexto sociocultural, como el hecho de saberse contagiado, las presiones sociales o el rechazo pueden ser factores estresantes suficientes para inducir un estado de inmunodepresión capaz de aumentar el grado de vulnerabilidad al VIH-1.

Solomon (1991) hace una lista de relaciones entre el sistema neuroendócrino y el inmunológico; de las cuales, ocho pueden ser aplicables a personas con SIDA, entre ellas:

- 1) Los estilos de afrontamiento y los factores de personalidad pueden influir en la susceptibilidad del sistema inmune.
- 2) Estados emocionales como la tristeza o estrés pueden alterar la incidencia, severidad y curso de la enfermedad asociada con la función inmunológica.
- 3) La enfermedad inmunológica puede estar acompañada por síntomas psiquiátricos o neurológicos.
- 4) Factores inmunológicos pueden afectar a las sustancias reguladas por el sistema nervioso central.
- 5) Las intervenciones conductuales como la psicoterapia, técnicas de relajación, imaginación, retroalimentación y biológica, pueden optimizar la función inmunológica.
- 6) Los neutrófilos pueden presentar afinidad a los linfocitos y viceversa.
- 7) El estado hormonal prenatal puede afectar tanto al sistema nervioso central con consecuencias conductuales, como a la función inmunológica.
- 8) Las hormonas reguladas por el Timo pueden verse influidas por el sistema nervioso central.

Temoshok (1990) describió la relación negativa esperada entre angustia psicológica (Tensión-ansiedad, depresión-abatimiento, ira-hostilidad, fatiga-inercia, estrés provocando enfermedad) y medidas inmunitarias (recuento de células T citotóxicas, recuento de células NK) descubriendo una fuerte asociación positiva entre células NK y angustia psicológica.

Solomon y Temoshok (1987) encontraron relaciones entre niveles altos de estrés, ansiedad, depresión, fatiga y hostilidad con números bajos de células T Citotóxicas, T supresoras y NK, así como niveles más elevados del antígeno P24, el cual refleja la replicación del virus. Sin embargo, estos mismos investigadores encontraron conteos bajos de células CD4 en sujetos con menor ansiedad, hostilidad y soledad.

Lutgendorf y col (1997) realizaron una investigación con pacientes homosexuales seropositivos asintomáticos, donde encontraron que al incrementarse los procesos de negación e intrusión, se reflejan mayores dificultades para trabajar en el trauma de la notificación de VIH seropositividad y correlacionan negativamente con el número de células CD4 del paciente.

RESUMEN.

En esta sección se describió la serie de problemas que atraviesa la persona que resulta infectada por el virus del SIDA. La notificación de seropositividad, por sí misma, es un agente que origina estrés en el individuo; se trata de un estrés psicosocial originado por la concepción social que existe hacia la enfermedad, como lo son el miedo al contagio, la estigmatización a los portadores del virus por la posibilidad de que exista una preferencia homosexual o por el hecho de representar conductas sexuales "promiscuas"; o bien, por el hecho de suponer un estilo de vida determinado en los pacientes de VIH.

La persona contagiada, igualmente se enfrenta a modificaciones en su ambiente familiar, en sus relaciones de pareja, en su conducta sexual y en la percepción que tiene de la propia vida y de la posible muerte.

También se enfrenta a cambios económicos originados por los gastos que implica el tratamiento y el medicamento; a las modificaciones laborales con el temor por un posible despido y a dificultades en compañías de seguros o a hacer su testamento. Por otro lado, el deterioro físico se encuentra latente, acompañado por angustia, miedo, depresión y culpabilidad.

Las repercusiones en la vida del paciente dependerán de las características individuales de cada sujeto, así como de la manera en que enfrente el problema y del apoyo que reciba de sus redes sociales.

Los cambios psicológicos, sociales y de salud en el individuo infectado van modificando su calidad de vida. Dentro de este concepto, el aspecto psicosocial tiene una gran importancia, ya que el estrés originado en ésta área tiene una estrecha relación con el estado de salud del individuo; el sistema inmunológico del paciente se ve alterado por su modificación de vida ante el saberse seropositivo, sin embargo, el virus por sí mismo, va modificando las características inmunológicas del organismo y a su vez las condiciones de vida del enfermo.

Con esto se puede resaltar la necesidad de seguir de manera cercana la relación de los aspectos sociales y de salud mental con los estados inmunológicos en las evaluaciones y tratamientos de los pacientes VIH seropositivos.

Las investigaciones recientes en torno a la calidad de vida en pacientes VIH seropositivos apuntan a la necesidad de promover la integración de componentes psicológicos, terapéuticos y sociales del individuo. Con ello, será posible fomentar su salud de manera biopsicosocial.

Si bien, la investigación en el área de promoción de la calidad de vida en pacientes seropositivos ha girado en torno a aspectos psicológicos individuales, ha dejado a un lado la manera en que el grupo social influye en el paciente; no solamente como se percibe el individuo enfermo dentro del grupo, sino como es tratado realmente.

Puede notarse una amplia carencia de instrumentos de medición válidos y confiables de calidad de vida en pacientes seropositivos, por lo que es necesario el continuar la construcción y diseño de medios adecuados de medición sin olvidar las características culturales específicas de cada población, por lo que sería conveniente agregar alternativas cualitativas, en dicho proceso.

El encontrar las áreas básicas que denoten las condiciones de la calidad de vida, puede servir como base de apoyo en la intervención terapéutica, con fin de mejorar los índices de calidad de vida.

De esta manera, uno de los propósitos de la siguiente tesis consistió en evaluar y afinar las características psicométricas de un instrumento expresamente diseñado para valorar los distintos aspectos de la calidad de vida del paciente seropositivo VIH en población mexicana; así como su deterioro con la perspectiva de utilizar dicha información para el desarrollo de intervenciones preventivas y/o restauradoras de mejores niveles de calidad de vida.

CAPITULO 4. METODO

OBJETIVOS

Objetivo general:

Explorar las diferencias entre los indicadores psicosociales de la calidad de vida en función de indicadores inmunológicos en tres grupos de pacientes con VIH/SIDA en diversos niveles de evolución del padecimiento.

Objetivos específicos.

Evaluar y afinar las características psicométricas de la escala psicosocial del instrumento de calidad de vida "HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES)"

Formar tres grupos de pacientes portadores de VIH de acuerdo a su sistema inmunológico. Comparar los factores psicosociales de los tres grupos formados e identificar las diferencias entre ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. ¿Existirán diferencias estadísticamente significativas entre los factores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de acuerdo a su sistema inmunológico?.

HIPOTESIS

alterna:

Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores psicosociales de la calidad de vida en función de indicadores inmunológicos en tres grupos de pacientes con VIH/SIDA en diversos niveles de evolución del padecimiento.

nula:

No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores psicosociales de la calidad de vida en función de indicadores inmunológicos en tres grupos de pacientes con VIH/SIDA en diversos niveles de evolución del padecimiento.

VARIABLES

Definición conceptual

- **Factores Psicosociales de calidad de vida:** Se relaciona con la percepción del sujeto mismo, es decir, lo que es de él, sus sentimientos, vivencias, autoconcepto, autoestima, entre otros; y el vínculo con su entorno, como familia, trabajo, educación y dinero (Silva, 1996), y con el objetivo real o satisfactores básicos y necesarios que añaden bienestar.

Definición operacional

- **Factores Psicosociales de calidad de vida:** Los factores psicosociales son la valoración que hace el paciente con VIH, respecto a la medida en que él percibe que el estado de su salud ha modificado su interacción psicosocial en un periodo concreto de tiempo, en término de los puntajes de los factores Psicosociales de la Calidad de vida del Instrumento HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES) de Anne Coscarelli y Richard Heinrich, que consta de 49 reactivos y 10 factores.

ESCENARIO Y SUJETOS

Esta investigación se llevó a cabo en la clínica de VIH-SIDA del hospital Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, durante las horas de consulta.

- Se trabajó 38 pacientes adultos, hombres y mujeres entre 22 y 42 años de edad, portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Los pacientes se encontraban en cualquier estadio de la enfermedad: asintomáticos, sintomáticos o SIDA. Todos los sujetos cuentan con contrato laboral, ya que acuden al servicio médico de este hospital como prestación de trabajo. No tienen problemas para conseguir su medicamento, ya que se les otorga de manera periódica y gratuita. Siguen diferentes protocolos de tratamiento de acuerdo a la evolución de su enfermedad.
- Los pacientes forman parte de un registro total de 90 individuos seropositivos del mismo hospital a quienes se les aplicó el cuestionario completo de calidad de vida "HIV Overview of Problems Evaluation System" (HOPES).
- De estos 90 se seleccionaron 38 pacientes de acuerdo al registro inmunológico con un período no mayor a un mes de haberlo realizado, para el momento de la aplicación de la escala psicosocial del instrumento total. La principal célula que es atacada por el VIH son las células CD4; también hay otras que pueden ser infectadas como las CD8 y las NK. El porcentaje total de CD4 es un marcador que indica el estado inmunológico del paciente, lo que reflejará en cierta medida, su estado de salud. Para fines de esta investigación sólo se utilizó el conteo de células CD4.

- Se formaron tres grupos con los pacientes seleccionados de acuerdo a los niveles de su sistema inmunológico tomando como base el conteo de células CD4 por mm³ en sangre, constituyéndose de la siguiente manera.

GRUPO	Nivel	Sistema inmunológico
Grupo 1	Bajo	11 – 135 número de células CD4
Grupo 2	Medio	136 – 316 número de células CD4
Grupo 3	Alto	317 – 1197 número de células CD4

INSTRUMENTOS

1. **Factores Psicosociales:** Del cuestionario de calidad de Vida "HIV Overview of Problems-Evaluation System" (HOPES) de Anne Coscarelli y Richard Heinrich de 1991, formada por 165 reactivos; se utilizó la escala psicosocial conformada por 57 reactivos distribuidos en 11 subescalas; las respuestas son tipo Lickert:

0 nunca, 1 un poco, 2 regular, 3 mucho y 4 siempre.

Para esta investigación se realizó un análisis factorial en el que se obtuvieron 49 reactivos, excluidos los no significativos, distribuidos en 10 factores y 5 indicadores. A continuación se describen los factores con sus respectivos reactivos:

- Efectos Psicológicos Adversos al VIH: Se refiere a la sensación de enojo, depresión, emociones y sentimientos en torno a la enfermedad; problemas de concentración, memoria y pensamiento; percepción de lástima social a causa de la enfermedad y temor ante la evolución de la enfermedad. Incluye los siguientes reactivos:

No.	REACTIVO
44	Frecuentemente me siento deprimido
45	Frecuentemente me siento enojado
47	Frecuentemente me encuentro dominado por mis emociones y sentimientos sobre la infección del VIH
50	Me cuesta trabajo concentrarme
51	Me cuesta trabajo recordar cosas
52	No puedo pensar con claridad
62	Me parece que mis amigos o parientes me dicen que me veo bien cuando se que no es cierto
63	Me parece que mis amigos o parientes no me dicen algunas cosas
74	Me pongo nervioso cuando me dan los resultados de mis exámenes médicos

- Afrontamiento inadecuado ante el VIH: Se refiere a no poder expresar lo que siente con respecto a su enfermedad, incomodidad al ver a otros pacientes, sensación de nerviosismo al ir al hospital, al recibir los exámenes médicos y ante la toma de muestras de sangre, en concreto, la forma en que enfrenta su enfermedad. Incluye los siguientes reactivos

No.	REACTIVO
58	No se que decir a mis parientes y amigos
60	Me cuesta trabajo hablar con mis amigos y parientes sobre la infección del VIH
69	Me parece que a mis amigos y parientes les cuesta trabajo hablar conmigo sobre mi enfermedad
70	Me siento incómodo cuando veo a otros pacientes
71	Me pongo nervioso cuando tengo que ir al hospital
72	Me pongo nervioso cuando estoy esperando ver al doctor
73	Me pongo nervioso cuando estoy esperando los resultados de mis exámenes médicos
75	Me pongo nervioso cuando me toman muestras de mi sangre
92	Tengo problemas con las compañías de seguros

- Dificultad en la interacción social: Se refiere a la preocupación por la apariencia física, sensación de soledad, dificultades en comunicar lo que sienten y desea en torno a su enfermedad y al grupo social que lo rodea.

No.	REACTIVO
38	Estoy preocupada por mi apariencia física a causa de mi enfermedad
53	Me siento solo debido a la infección del VIH
54	Me cuesta trabajo decirle a mis amigos que vengan a verme menos seguido
61	Me cuesta trabajo decirle a mis parientes y amigos que vengan más seguido
64	Me parece que mis amigos o parientes no quieren hablar conmigo sobre mi enfermedad
65	Me parece que mis amigos o parientes evitan tocarme
68	Me parece que mis amigos o parientes están molestos cuando me visitan
93	Me cuesta trabajo transportarme para ir y venir a las citas médicas

- Apatía a la terapia médica: Se refiere a la renuencia a acudir a las citas médicas, al tomar los medicamentos y al encontrar situaciones idóneas para el autocuidado.

No.	REACTIVO
82	A veces no voy a mis citas con el médico
83	A veces no voy por mis tratamientos
89	No puedo pagar mis medicamentos
91	Me cuesta trabajo encontrar peluquerías, salones de belleza, o quien lave mi ropa, etc

- Preocupación por la evolución de la enfermedad: Se refiere a la sensación de malestar y preocupación por saber si su tratamiento está funcionando, si la enfermedad está avanzando y la manera en que se encontrará su vida al progresar la enfermedad.

No.	REACTIVO
48	Emocionalmente me siento tenso por la muerte de otros que estaban infectados con el VIH
76	Me preocupa saber si mi tratamiento esta funcionando
77	Me preocupa que la infección del VIH me esté avanzando
80	Me preocupa estar solo cuando la infección del VIH avance
81	Me preocupa cómo mis amigos o familia se las arreglarán si muero

- Problemas de Interacción con hijos: Se refiere a las dificultades que atraviesa el enfermo para el cuidado y convivencia con sus hijos o nietos.

No.	REACTIVO
163	Me cuesta trabajo cuidar a mis hijos y/o a mis nietos
164	Me cuesta trabajo ayudar a mis hijos para que me cuiden
165	Me cuesta trabajo ayudar a mis hijos para que puedan hablar acerca de mi enfermedad

- **Problemas para la comunicación:** Se refiere a las dificultades que tiene el enfermo para comunicar sus deseos y sentimientos debido a la enfermedad, esto conlleva la sensación de soledad.

No.	REACTIVO
53	Me siento solo debido a la infección del VIH
55	Me cuesta trabajo decirle a mis amigos y parientes que me dejen solo cuando no me siento bien
59	Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes que hagan cosas por mí

- **Depresión causada por el estado físico:** Se refiere a las sensaciones de angustia, molestia y enojo debidos a los cambios corporales, a esto se aúna el no querer divertirse en compañía de sus personas significativas.

No.	REACTIVO
40	Estoy molesto por los cambios en mi cuerpo
43	Frecuentemente me siento angustiado
46	Frecuentemente me siento molesto
56	Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes que hagamos algo divertido juntos

- **Culpa por ser portador de VIH:** Se refiere a autoculparse por ser portador de VIH y estar molesto consigo mismo por ello.

No	REACTIVO
41	Estoy molesto conmigo mismo desde que tengo la infección de VIH
42	Me siento culpable por tener la infección de VIH
58	No se que decir a mis amigos y parientes
61	Me cuesta trabajo decirle a mis amigos y parientes que vengan más seguido

- **Percepción de rechazo social:** Se refiere que el paciente percibe que sus redes de apoyo no lo frecuentan habitualmente, o se encuentran molestos cuando lo hacen.

No	REACTIVO
66	Me parece que mis amigos o parientes no me visitan muy seguido
67	Me parece que mis amigos o parientes no me llaman muy seguido
68	Me parece que mis amigos o parientes están molestos cuando me visitan

2. **Indicadores Inmunológicos:** Para conocer la condición del sistema inmune, se registró el número de células CD4 por milímetro cúbico en sangre; es un análisis de laboratorio, que debido a su alto costo y poca disponibilidad en el sector salud, no se realiza de manera regular. Sin embargo, el médico procura que sea de la manera más frecuente dentro de sus posibilidades. Dichos resultados se obtuvieron de los expedientes de cada paciente, exigiendo un período no mayor a un mes de haberlos realizado al momento de la aplicación del cuestionario.

PROCEDIMIENTO

- Se solicitó autorización al Hospital Regional Adolfo López Mateos para llevar a cabo esta investigación.
- Se recabaron datos de identificación: Nombre, sexo, edad, forma de contagio, estado civil, personas con quien vive, ocupación.
- Se aplicó y calificó el cuestionario de calidad de vida (HOPES) a 90 pacientes.
- De los 90 pacientes, se seleccionó de manera no probabilística a los 38 sujetos, de acuerdo a los análisis inmunológicos de conteos totales de células CD4 por mm³ en sangre, para obtener la muestra de la presente investigación.
- Con el registro del número de células CD4, de los análisis químicos reportados en el expediente médico de cada paciente se formaron tres grupos de pacientes de acuerdo a los niveles inmunológicos obtenidos, y se clasificaron como altos (317-1197), medios (136-316) y bajos (11-135).

DISEÑO

Se realizó un estudio NO experimental donde se establecieron relaciones NO causales entre las variables .

El diseño es correlacional transversal ya que los sujetos no son expuestos a ningún tipo de intervención y las mediciones se tomaron en un corte o punto en el tiempo. Así en principio, la estructura del diseño es simplemente "O" (Hernández-Sampieri, 1997).

ANALISIS ESTADISTICO

La captura informática de datos y el análisis estadístico se llevaron a cabo con el programa SPSS (Statistics Package for the Social Sciences), Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

Se realizó un análisis factorial con Rotación VARIMAX para validar el instrumento utilizado, obteniendo un total de 49 reactivos distribuidos en 10 factores

Para conocer la consistencia interna de la escala psicosocial total, así como para cada una de las subescalas se aplicó el coeficiente de confiabilidad a través del alfa de Cronbach.

Se obtuvieron diferencias en las 10 escalas psicosociales entre los tres grupos; utilizando la estadística Kruskal Wallis, que es la prueba no paramétrica análoga al ANOVA y detecta las diferencias en la distribución entre los tres grupos. Se utilizó una prueba no paramétrica ya que los reactivos del instrumento utilizado tienen una estructura ordinal.

CAPITULO 5. RESULTADOS

Los resultados se basan en la comparación de la escala psicosocial del cuestionario de calidad de vida (HOPES) entre los 3 grupos de pacientes de acuerdo a al conteo de células CD4, clasificando su sistema inmunológico como bajo, medio y alto.

La consistencia interna de la escala psicosocial utilizada obtuvo un valor de alfa= .9196 lo que indica un coeficiente de confiabilidad bastante alto.

La confiabilidad de la Escala Psicosocial del instrumento HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES) con los factores pre-establecidos por Anne Coscarelli y Richard Heinrich .

Tabla 1. Confiabilidad de los factores originales de la escala HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES).

NOMBRE DEL FACTOR	REACTIVOS QUE INCLUYE	ALFA
Imagen Corporal	38, 39 y 40	.6827
Autorechazo	41, 42 y 53	.6715
Aspectos Psicológicos	43, 44, 45, 46, 47, 48, 49	.8407
Dificultades Cognitivas	50, 51, 52	.8761
Dificultades en la comunicación con parientes y amigos	54 – 61	.6931
Problemas en la interacción con parientes y amigos	62 – 69	.6993
Ansiedad en situaciones médicas	70 – 75	.8505
Preocupación por la evolución de la enfermedad	76 – 81	.7532
Interacción con niños	163 – 165	.9302
Adherencia Terapéutica	82 – 85	.3045
Barreras Concretas	86 – 93	.3978
Total	59	.9196

Con el total de reactivos (59) de la escala Psicosocial se realizó un análisis factorial con Rotación VARIMAX, que explicó el 72.2% de la Varianza obteniéndose 10 factores y 5 indicadores, de los cuales se obtuvo el análisis de confiabilidad con el alfa de Cronbach; y se conformaron las siguientes dimensiones.

Tabla 2. Confiabilidad de nuevos factores.

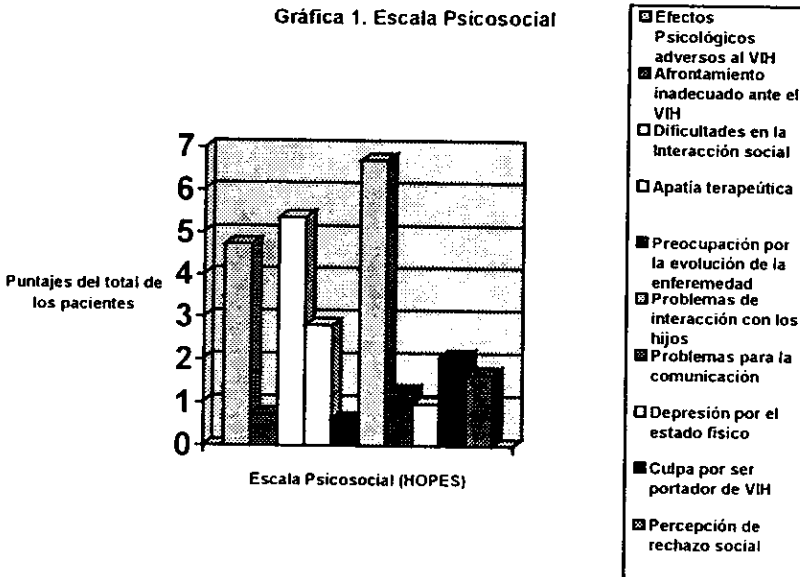
NOMBRE DEL FACTOR	REACTIVOS QUE INCLUYE	ALFA
1. Efectos Psicológicos adversos al VIH	44,45, 47, 50, 51, 52, 62, 63, 74	.9202
2. Afrontamiento inadecuado ante el VIH	58, 60, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 92	.8775
3. Dificultad en la interacción social	38, 53, 54, 61, 64, 65, 68, 93	.8299
4. Apatía a la Terapia Médica	82, 83, 89, 91	.7621
5. Preocupación por la evolución de enfermedad	48, 76, 77, 80, 81	.8124
6. Problemas de interacción con hijos	163, 164, 165	.9239
7. Problemas para la comunicación	53, 55, 59	.8226
8. Depresión causada por el estado físico	40, 43, 46, 56	.8285
9. Culpa por ser portador de VIH	41, 42, 58, 61	.7510
10. Percepción de rechazo social	66, 67, 78	.7208
TOTAL	49	.9214

Los indicadores que se obtuvieron de éste factorial fueron:

	INDICADORES PSICOSOCIALES	REACTIVO
1	Me preocupa no poder cuidarme a mi mismo	79
2	No puedo dormir bien	49
3	A veces no le hago caso a las instrucciones del médico	85
	Me cuesta trabajo resolver el problema de mi testamento	87
4	Tengo problemas de dinero	86
5	A veces no tomo el medicamento como me dijo el médico	84

La gráfica 1 muestra las medidas de los puntajes en cada uno de los factores psicosociales. Es de notarse que la preocupación por la evolución de la enfermedad (F5) obtuvo la medida más alta en el total de los pacientes (6.6889).

Gráfica 1. Escala Psicosocial



Se conformaron tres grupos con la muestra utilizada, de acuerdo al número de células CD4 totales de los pacientes, tomando como base el percentil 33.

En número total de células varió de 11 (mínima) a 1197 (máxima) por mm³ en sangre, con una media de 278.

Los tres grupos se distribuyeron de la siguiente forma:

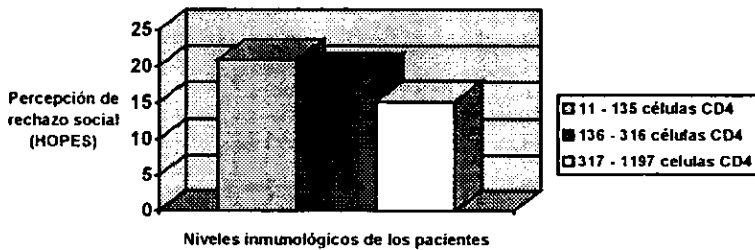
GRUPO	NIVEL	No DE CELULAS CD4	PERCENTIL
1	Bajo	11 – 135	33
2	Medio	136 – 316	66
3	Alto	317 – 1197	99

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) con el fin de comparar cada uno de los factores de la escala Psicosocial con los tres diferentes grupos de pacientes, de acuerdo a su número de células CD4. Los resultados son los siguientes:

FACTOR	RANGO	Chi-square	SIGNIFICANCA
1. Efectos psicológicos adversos al VIH	4.7270	3.622	.163
2. Afrontamiento inadecuado ante el VIH	.7315	2.863	.239
3. Dificultad en la interacción social	5.3535	1.817	.403
4. Apatía a la terapia médica	2.8107	1.557	.459
5. Preocupación por la evolución de la enfermedad	.6053	2.681	.262
6. Problemas de interacción con hijos	6.6889	.200	.905
7. Problemas para la comunicación	1.2564	.871	.647
8. Depresión por estado físico	.9730	2.005	.367
9. Culpa por ser portador de VIH	2.0694	1.592	.451
10. Percepción de rechazo social	1.6691	3.414	.181

Como se puede observar en la tabla anterior, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 0.05 respecto al número de células CD4. En la escala de rechazo social se presenta el rango más alto en el grupo 1 (20.88), es decir pacientes con sistema inmunológico bajo; siguiéndole el grupo 2, medio (18.96) y finalmente, el grupo 3, alto (15.18); así lo muestra la gráfica número 2.

Gráfica 2. Percepción de rechazo social.

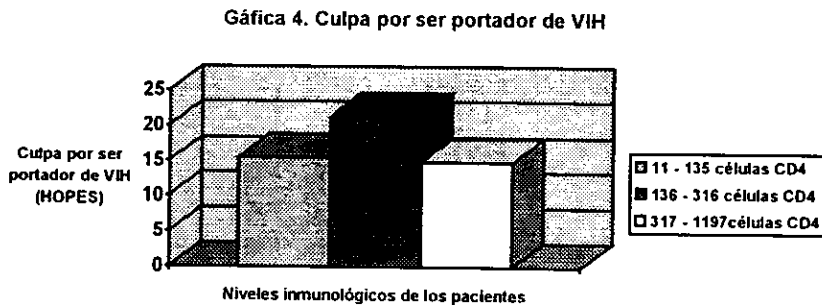


Los resultados de la subescala de depresión por el estado físico (8) presentan la misma distribución que la escala anteriormente mostrada; el grupo 1, bajo obtuvo el puntaje más alto (20.33), posteriormente el grupo 2, medio (19.67) y por último el grupo 3, alto (15.50) como puede observarse en la gráfica 3.

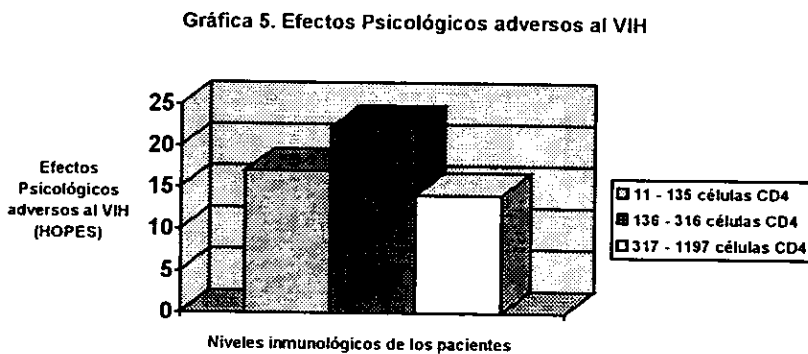
Gráfica 3. Depresión por estado físico



La subescala que manifiesta la culpa que el paciente mismo se atribuye por ser portador de VIH (9), presenta puntaje más alto en el grupo 2, medio (21.23), seguido por el grupo 1, bajo (15.50) y finalmente el grupo 3 alto (14.85); esto puede observarse en la gráfica 4.

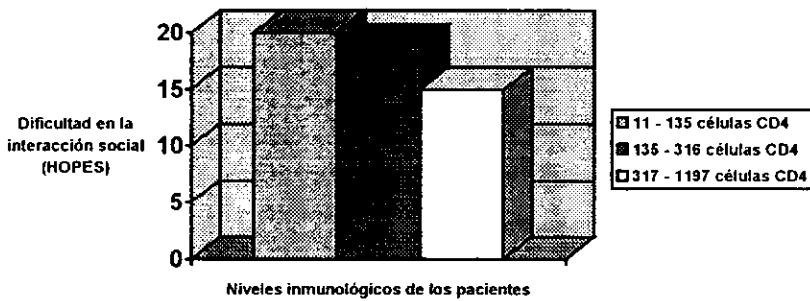


La subescala de efectos psicológicos adversos al VIH muestra puntajes más altos en el grupo 2, medio (22.25) posteriormente se encuentra el grupo 1, bajo (17.04) y finalmente el grupo 3, alto (14.15), la distribución de los resultados son semejantes a la escala anteriormente descrita, esto puede observarse en la gráfica 5.



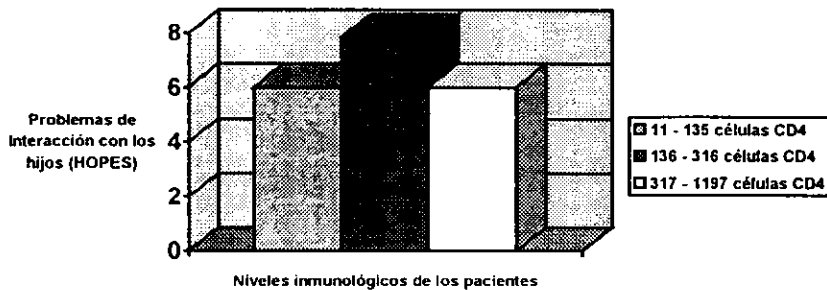
La gráfica 6 muestra la dificultad en la interacción social (3) que presentan los pacientes; el puntaje más alto lo obtuvo el grupo 1, bajo (20.00), posteriormente el grupo 2, medio (18.79) y por último el grupo 3, alto (14.95).

Gráfica 6. Dificultad en la interacción social



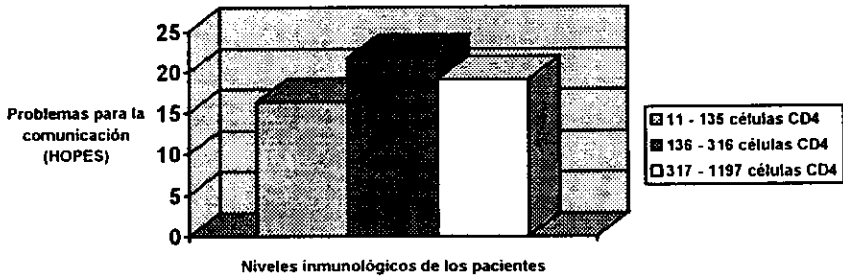
La subescala de interacción con hijos (6) mostró resultados más altos en el grupo 2, medio (7.86), siguiendole los grupos 1, bajo (6.00) y 3, alto (6.00) como puede observarse en la gráfica 7.

Gráfica 7. Problemas de interacción con los hijos



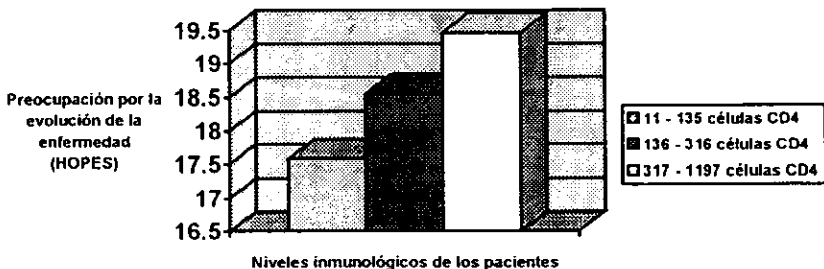
La gráfica 8 muestra los puntajes obtenidos en la escala de problemas para lograr la comunicación (7), siendo los más altos los del grupo 2, medio (21.79), después el grupo 3, alto (19.08) y finalmente el grupo 1, bajo (16.35).

Gráfica 8. Problemas para la comunicación.



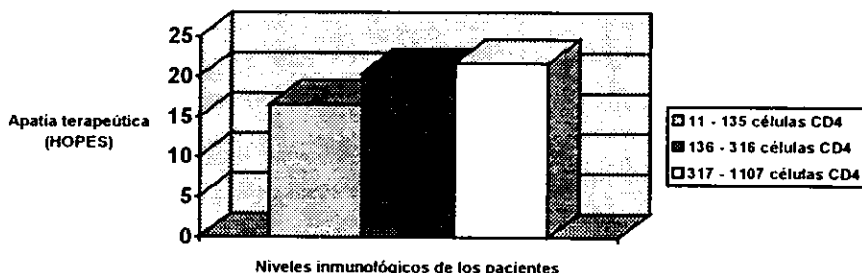
Los pacientes que se preocupan en mayor medida por la evolución de su enfermedad (5) son los que pertenecen al grupo 3 (19.46), posteriormente los del grupo 2 (18.55) y finalmente los del grupo 1 (17.58); es decir, los pacientes con niveles inmunológicos altos son los que se preocupan por saber si su enfermedad está avanzando y si el tratamiento está funcionando; esto va disminuyendo a medida que los conteos de células CD4 van decreciendo, así puede observarse en la gráfica 9.

Gráfica 9. Preocupación por la evolución de la enfermedad



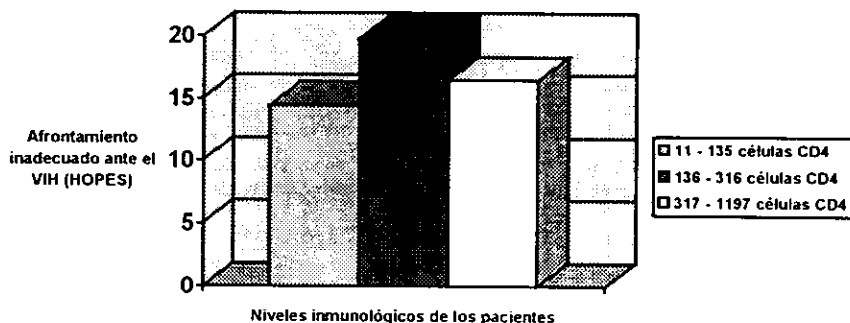
La gráfica 10 muestra que la distribución de los resultados anteriormente mostrados es igual a la de los puntajes encontrados en la subescala de apatía terapéutica (4), donde resultó más elevado el grupo 3 (21.71), posteriormente el grupo 2, (20.42) y finalmente el grupo 1 (16.54); lo que denota que a pesar de que los pacientes con niveles inmunológicos altos son los más preocupados por la evolución de su enfermedad, asisten menos a las entrevistas médicas y son más renuentes al tratamiento.

Gráfica 10. Apatía terapéutica.



La subescala de afrontamiento inadecuado ante el VIH resultó más elevada en el grupo 2, medio (19.79) posteriormente el grupo 3, alto (16.45) y finalmente el grupo 1, bajo (14.45) como puede observarse en la gráfica 11

Gráfica 11. Afrontamiento inadecuado ante VIH



Con los resultados obtenidos fue posible realizar un perfil de deterioro psicosocial, tomando como base el análisis de los reactivos más elevados en la escala para cada uno de los tres grupos:

- ❖ Grupo 1 (Indicadores inmunológicos bajos): Frecuentemente se sienten enojados, se ponen nerviosos al esperar ser recibidos en consulta por el médico, presentan mayores problemas con las compañías de seguros, les parece que sus amigos o parientes no quieren hablar con ellos sobre su enfermedad, en mayor medida les preocupa saber si su tratamiento está funcionando y que la infección esté avanzando, les cuesta mucho trabajo aceptar que sus hijos tengan que cuidarlos, frecuentemente se sienten angustiados, les parece que sus amigos o parientes no los visitan ni llaman muy seguido.

- ❖ Grupo 2 (Indicadores inmunológicos medios): Frecuentemente se sienten deprimidos y dominados por sus emociones y sentimientos sobre la infección del VIH; les cuesta trabajo concentrarse, recordar cosas y pensar con claridad; les parece que sus amigos o parientes le dicen que se ve bien cuando saben que no es cierto, además de ocultarle algunas cosas; se pone nervioso cuando les toman muestras de sangre y al recibir los resultados de sus análisis clínicos; le cuesta trabajo hablar con sus amigos o parientes sobre la infección del VIH, no sabe qué decirles al respecto, igualmente percibe que a ellos les cuesta mucho trabajo hablar sobre la enfermedad; se ponen nerviosos cuando tienen que ir al hospital. Están preocupados por su apariencia física a causa de la enfermedad, se sienten solos debido a la infección de VIH y les cuesta trabajo pedir a sus amigos que los visiten. Perciben que sus amigos o parientes evitan tocarlos y que están molestos cuando los visitan. Les cuesta trabajo transportarse para ir y venir a las citas médicas, emocionalmente se sienten tensos por la muerte de otros pacientes y se preocupan por cómo se las arreglarán sus familiares después de su muerte. Les cuesta trabajo cuidar a sus hijos y a sus nietos, así como ayudarlos a hablar acerca de su enfermedad y pedir

que los dejen solos cuando no se sienten bien. Les cuesta trabajo pedir a sus amigos o parientes que los ayuden a realizar actividades complicadas para ellos, así como el proponer actividades divertidas en grupo. Están molestos con ellos mismos desde que tienen la infección, de hecho, se sienten culpables por ello.

- ❖ Grupo 3 (Indicadores inmunológicos altos): Se sienten incómodos al ver a otros pacientes, a veces no van a sus citas con el médico ni por sus tratamientos. Percibe que sus medicamentos son muy caros (a pesar de que no los paga, ya que los recibe de manera gratuita), les cuesta trabajo encontrar peluquerías, salones de belleza, etc. Les preocupa estar solos cuando la infección del VIH avance. Es el grupo que reporta estar más molesto por los cambios en su cuerpo.

CONCLUSION

El propósito del presente trabajo fue explorar las diferencias entre los indicadores psicosociales de la calidad de vida en función de indicadores inmunológicos en tres grupos de pacientes portadores de VIH/SIDA en diversos niveles de evolución del padecimiento; dicho objetivo ha sido cubierto al finalizar la presente investigación.

Los resultados no denotan diferencias estadísticamente significativas en la escala psicosocial del cuestionario de calidad de vida "HIV Overview of problems evaluation system" (HOPES). Esto confirma la hipótesis nula planteada. Sin embargo, fue posible obtener un perfil de deterioro psicosocial para cada grupo tomando como base los resultados estadísticos.

También se logró conocer la posición psicométrica del instrumento utilizado, así como afinar la estructura de la escala psicosocial del HOPES en la población utilizada; encontrándose una confiabilidad de alfa= .9214 distribuida en 10 factores y 5 indicadores.

La evolución del padecimiento parece reflejarse, en efecto, en variaciones supuestamente temporales de los resultados de los diferentes indicadores de calidad de vida. Si bien, el deterioro no mostró una tendencia consistente a la baja, se notaron fluctuaciones atribuibles probablemente a diversos factores tanto de naturaleza médica como psicológica. La suposición de temporalidad reflejada por las diferencias entre grupos de pacientes con grados variables de evolución no supone, por lo tanto, un gradiente identificable.

Al realizar la correlación de los Factores Psicosociales con el número de células **CD4**, se observó que entre mayor es la auto percepción del paciente de ser rechazado por su grupo social, menor es su conteo de células **CD4**.

Pudo observarse que entre más deprimido se encuentra el individuo, menor es su conteo de células **CD4**. Es decir, entre menos sano se encuentra el individuo se presentan mayores problemas de depresión, además de que es mayor su percepción de rechazo por el grupo social. Esto puede atribuirse a que los pacientes con niveles inmunológicos medios concluyen una etapa asintomática de la enfermedad, atraviesan una serie de cambios corporales que dejan claro la progresión del deterioro físico, y por lo consiguiente, la cercanía de la muerte. Se hace evidente que son portadores del virus, factor que altera sus relaciones sociales ya que, probablemente, se enfrentan por vez primera, al rechazo, al miedo y al estigma social.

En la comparación de medias entre los tres grupos se pudo observar que los cambios corporales que experimentan los pacientes, producen sentimientos de enojo y angustia que aunados al poco interés en el esparcimiento social parecen desembocar en estados depresivos, los cuales se presentan principalmente en los pacientes con niveles inmunológicos bajos (grupo1); agregando a esto que quienes se encuentran en condiciones físicas y de salud más deterioradas, perciben en mayor medida que las personas que le son significativas no los frecuentan y además suelen evitarlos; la depresión y la percepción de rechazo social van disminuyendo de acuerdo a que los niveles inmunológicos son más favorables.

En los pacientes con niveles inmunológicos altos se presentaron menos problemas de depresión a causa del estado físico y la percepción de ser rechazados socialmente es menor; estos se puede explicar de acuerdo a que su estado de salud aún no se ha deteriorado.

Se encontraron relaciones positivas entre las dificultades en la interacción social y mayores rasgos depresivos causados por el estado físico del paciente.

Los pacientes con afrontamiento inadecuado a la enfermedad, parecieran autoculparse por ser portadores del virus. El afrontamiento poco adaptativo, como es el no poder expresar lo que se siente con respecto a la enfermedad, la incomodidad de ver a otros pacientes, la sensación de nerviosismo al ir al hospital o al recibir los exámenes médicos, se encontraron más presentes en los pacientes con niveles inmunológicos medios (grupo 2); le siguen los pacientes con niveles altos (grupo 3) y finalmente los pacientes con niveles bajos (grupo 1). A esto se puede agregar que los pacientes con niveles inmunológicos tanto altos como bajos no manifiestan grandes problemas para hablar acerca de su enfermedad.

El grupo con niveles inmunológicos altos (grupo 3) resultaron los más preocupados por la evolución de su enfermedad. Esto es, saber si su tratamiento funciona, si la enfermedad avanza, preocupación por su situación de salud futura y la muerte. Por otro lado, estos mismos pacientes presentaron la mayor renuencia a acudir a las citas médicas, a tomar el medicamento y al encontrar situaciones idóneas para el autocuidado.

Esta situación va disminuyendo conforme los niveles inmunológicos se tornan menos favorables. Esto podría deberse a la existencia de una desesperanza aprendida en torno al medicamento y a la terapia médica, ya que a pesar de que se busca una mejoría física, continúa en progresión la evolución de la enfermedad, y con ello, la cercanía a la muerte.

En la presente investigación se encontró que entre más deterioro percibió el paciente en sus relaciones interpersonales, peores fueron los efectos psicológicos adversos como problemas de concentración, memoria, pensamiento, sensación de enojo y depresión, lo que indica una relación entre los Factores sociales y psicológicos de los pacientes. En este punto cabe señalar la importancia que tiene el trabajo del psicólogo con la familia y personas significativas en torno al paciente, ya que la relación social puede ser un punto básico para su equilibrio psicológico y con ello, contribuirá en el cuidado de su salud.

Los pacientes con niveles inmunológicos bajos (grupo 1) presentaron mayor deterioro en la Percepción Social por ser portadores de VIH. Esto es, la preocupación que tiene el paciente por su apariencia física, el sentimiento y deseo de soledad, las dificultades para poder expresar lo que sienten y desean en torno a su enfermedad y la percepción de ser rechazado por su grupo social. Le siguen el grupo 2 y el grupo 3, lo que denota que los pacientes con niveles inmunológicos medios o muy bajos perciben menor deterioro en sus interrelaciones sociales. Podrá parecer que el paciente asocia su calidad física con el rechazo y dificultades de interacción social, podría ser que al fomentar benéficamente dichas relaciones, la calidad física y la calidad de vida, mejorarán.

Por último, al comparar a los tres grupos de pacientes se encontró que los efectos psicológicos adversos al VIH son mayores en los pacientes del grupo 2, es decir, con un nivel inmunológico medio; le siguen el grupo 1 y finalmente el grupo 3. Lo que muestra que los pacientes con niveles inmunológicos altos presentan menos alteraciones psicológicas. Esto puede deberse a que su estado de salud aún no se ve deteriorado, de hecho puede resultar imperceptible su condición VIH seropositiva, factor que contribuye a no desencadenar desequilibrios sociales o individuales.

De acuerdo a los resultados señalados anteriormente, éstos se podrían explicar o fundamentar a partir de los hallazgos teóricos desarrollados en la siguiente discusión.

DISCUSIÓN

Esta investigación corrobora que ciertos aspectos psicosociales están estrechamente relacionados con el funcionamiento neuroendócrino e inmunológico del individuo. La **Calidad de Vida y el Sistema Inmunológico** se relacionan por medio de los estados psicosociales del individuo. La condición de una está relacionada con la condición de la otra, no funcionan por separado, sino en conjunto. Estos resultados pueden dar pie para conocer de manera más precisa la fluctuación y relación entre ambas, para lo que se sugiere diseñar medios adecuados de tratamiento psicológico y multidisciplinarios para los pacientes.

Los resultados que no encontraron diferencias estadísticamente significativas coinciden con los de Boer (1996) quien utilizó el mismo cuestionario empleado en esta investigación: "HIV Overview of Problems Evaluation System " (HOPES); encontró que la disminución de los conteos de células **CD4** en los pacientes, estaba acompañada por un decremento en los puntajes en las escalas de Función Física y Sexual, pero, esto no se presentó en la escala psicosocial. De acuerdo a estos resultados, se podría afirmar que los niveles inmunológicos de los pacientes no guardan relación con sus áreas psicosociales.

Lo propuesto por Font (1994) de que los problemas en la Calidad de Vida se relaciona con aspectos psicosociales, más que con aspectos físicos; podrían explicar las diferencias obtenidas en los dos factores psicosociales significativos (culpa y percepción de rechazo social), ya que no resultaron importantes los aspectos físicos, sino los de interacción social.

Si como propone Aragon (1993), el rechazo social, es un factor importante que desemboca en estrés psicosocial originado por ser portador de la enfermedad; esto podría constatarse en los resultados de la comparación de los Factores Psicosociales con el número de células **CD4**, ya que se observó que entre mayor es la autopercepción del paciente de ser rechazado por su grupo social, menor es su conteo de células **CD4**

En lo que respecta a la depresión, entre más deprimido se encuentra el individuo, menor es su conteo de células **CD4**. Este hallazgo se podría explicar con los niveles inmunológicos en el sentido propuesto por Kiecolt-Glaser y Glaser (1986) quienes documentaron con un grupo de individuos diagnosticados como deprimidos por medio de la escala MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) presentó un bajo conteo de linfocitos T cooperadores en comparación con el grupo no deprimido. Dichos hallazgos sugieren que los cambios negativos de la vida del ser humano que conllevan a la depresión, implican estados de estrés en los individuos, lo cual origina alteraciones en los procesos de restauración de DNA, cambios en la actividad de las células NK y hacen más difícil la destrucción o eliminación de células mutantes (Kiecolt-Glaser y Stephens , 1985).

Los resultados encontrados en la dificultad en la interacción social, problemas para la comunicación y percepción de rechazo social, apuntaron hacia la conveniencia de corroboran la importancia de establecer redes sociales para obtener apoyo que sirva de base para salud psicológica del individuo, ya que pudo observarse que al disminuir sus niveles inmunológicos, el paciente presenta más problemas para comunicar sus sentimientos, percibe mayor rechazo social y presenta mayor dificultad en la interacción social (Sepúlveda, 1989).

Es posible que al progresar la enfermedad hay más problemas de ajuste, el individuo se siente más culpable al demandar ayuda, la cual no sería necesaria al no estar contagiado, y experimenta enojo ante la evolución de la enfermedad (Siegel, 1996). Con ello podría explicarse que los pacientes con afrontamiento inadecuado a la enfermedad, se autocolpan por ser portadores del virus.

El grupo conformado por pacientes con niveles inmunológicos medios comienza a manifestar síntomas que anteriormente no eran notorios sin llegar a percibirse como graves. Dicha situación de salud lo orilla a revelar su estado de seropositividad, que en la mayoría de los casos se encontraba en el anonimato.

Esto se ve relacionado con lo encontrado por Kalichman (1995) quien afirma que la mayoría de los pacientes no comunican su estado seropositivo a quienes lo rodean por miedo al rechazo, estigma social y por querer evitar que sus seres queridos sufran. Dichos acontecimientos sociales pueden ser la causa del deterioro en los efectos psicológicos adversos al VIH, afrontamiento inadecuado ante el VIH, dificultad en la interacción social, problemas de interacción con hijos, problemas para la comunicación y sentimiento de culpa en los pacientes con niveles inmunológicos medios, ya que son ellos quienes se enfrenta a los cambios corporales que dejan al descubierto su estado seropositivo.

Al progresar la enfermedad se presentan más problemas en el ajuste de las relaciones interpersonales, los cambios sociales pueden dar origen a varios síntomas como ansiedad, depresión, deficiencias cognitivas y enojo (Sepúlveda 1989, Ramos 1989 y Siegel 1996).

La propuesta de Ader (1991) de que la inmunosupresión está determinada por la apreciación y afrontamiento del individuo hacia el impacto emocional que conlleva la enfermedad, esto parece no concordar con los resultados de este estudio, ya que los pacientes con niveles medios de células CD4 fueron quienes presentaron mayores niveles de afrontamiento inadecuado ante el VIH, aunque habría que tomar la comparación con cautela por tratarse de estudios con metodologías distintas.

Los pacientes con niveles inmunológicos bajos muestran la menor preocupación por la evolución de su enfermedad, y al mismo tiempo, la menor apatía a la terapia médica. Entre más sano se encuentra el individuo, más parece preocuparse por su enfermedad, pero presenta mayores problemas para adaptarse o aceptar la terapia médica. Esto puede explicarse con los ajustes que realiza el individuo ante el duelo por la evolución de la enfermedad, retomando el modelo de Kubler Ross (citado en Kolb, 1982), los pacientes con diagnóstico más reciente que pueden ser los menos enfermos, experimentan la etapa de negación, lo cual puede verse reflejado en su renuencia al tratamiento. Por otro lado, los pacientes más enfermos pueden encontrarse en la etapa de depresión por el deterioro de su cuerpo, lo que facilita aceptar la importancia del uso del medicamento

En lo referente a la adherencia al tratamiento médico, cuando un paciente, sin importar la enfermedad que padezca, cree que el medicamento no le está funcionando, paulatinamente abandona las prescripciones médicas (Durham, 1994). Sin embargo, en el proceso de estos pacientes se puede observar que los menos enfermos se adhieren menos al tratamiento, posiblemente por que no manifiestan ningún malestar físico, posteriormente, al surgir los primeros síntomas tal vez pretenden que el medicamento repare el daño de la enfermedad.

El contexto sociocultural, las presiones sociales, el diagnóstico en sí mismo y el rechazo asociado al SIDA pueden inducir a un estado de inmunodepresión (Borrás, 1994), lo que explica que en este estudio los pacientes con niveles inmunológicos medios son quienes presentan más dificultades sociales y psicológicas asociadas a su enfermedad.

La relación negativa entre factores psicológicos como tensión, ansiedad, depresión y abatimiento, ira, hostilidad y estrés; con el recuento de células T citotóxicas, utilizadas como medidas inmunitarias (Temoshok citado en Goodkin, 1992), coincide con los resultados encontrados en el presente estudio, con excepción de las subescalas de apatía a la terapia médica y preocupación por la evolución de la enfermedad, donde los pacientes con mayores niveles inmunitarios fueron los más afectados.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran ser consistentes con los planteamientos de Borrás (1994) quien menciona que la incoherencia y contradicción de algunos resultados sugieren el continuar con la investigación en ésta área.

Es recomendable que los estudios psiconeuroinmunológicos deben hacer frente a complejas dificultades metodológicas, especialmente en el campo del SIDA, donde variables como los efectos inmunológicos del VIH o de las diversas infecciones oportunistas pueden introducir variables que alteren los resultados de las condiciones de salud; sería conveniente el ampliar ésta área de investigación ya que resulta de suma importancia, en especial para la psicología de la salud

Los resultados obtenidos en este trabajo podrían, en principio, servir de base para la creación de modelos de intervención de acuerdo al etapa en que se encuentra el paciente, en cuanto al área psicosocial y de igual forma, buscar prevenir los efectos psicológicos adversos de la etapa posterior a la que se encuentran.

En los pacientes con niveles inmunológicos bajos es preciso buscar reducir la percepción de rechazo social y la depresión causada por el estado físico.

En los pacientes con niveles inmunológicos medios parece especialmente importante el afrontamiento inadecuado ante la enfermedad, la dificultad en la interacción social, los problemas en la interacción con los hijos, las dificultades en la comunicación y el sentimiento de culpa por ser portador de VIH. En los pacientes con niveles inmunológicos altos, es necesario poner especial atención en la preocupación por la evolución de la enfermedad y en la apatía a la terapia médica.

Es importante lograr la conjunción Psicosocial con la salud en pacientes portadores de VIH-SIDA, de esta manera se podría observar qué tanto se afectan mutuamente y qué tanto pueden ayudarse, a través de programas de redes de apoyo o preventivos del contagio; Ya que el procurar paliativos efectivos a los pacientes con VIH puede mejorar su Calidad de Vida, integrada por en un contexto biopsicosocial, el cual se encuentra alterado por la presencia del virus.

En futuras réplicas de los presentes hallazgos, sería conveniente hacer estudios longitudinales que midan el deterioro psicosocial a la par de fluctuaciones inmunológicas, en pacientes portadores de VIH/SIDA en diversos estadios de la enfermedad; también sugiero tomar en cuenta indicadores afectivos concomitantes, los cuales no fueron tocados a fondo en el presente trabajo.

Sería conveniente añadir medidas de estrés psicosocial, concebido por algunos autores como el mediador entre los indicadores inmunológicos y los factores psicosociales; ya que el propio hecho de ser notificado como portador de VIH causa en el individuo un estado de estrés psicosocial. Dicho estado no se tomó en cuenta en ésta investigación.

Por último, sugiero agregar otros indicadores inmunológicos como los registros de carga viral de los pacientes y la relación de linfocitos CD4:CD8 para sustentar de manera más confiable la situación inmunológica del individuo.

En México, el sector salud ha realizado una intensa labor en el fomento de la prevención de la enfermedad. En lo que se refiere al tratamiento parece haber sido muy limitado, en primer lugar, por los altos costos de medicamentos, lo que conlleva una imposibilidad económica adquisitiva, en la población infectada en general.

Mientras se desarrollan otras opciones tales como vacunas, el psicólogo puede contribuir con planes de prevención mediante prácticas sexuales seguras y protegidas. A falta de cura, es labor del psicólogo, con el apoyo del equipo de salud y de las personas significativas en torno al enfermo, el promover la mejor calidad de vida en portadores de VIH y en enfermos de SIDA.

REFERENCIAS

- Ader, R; Felten, D.L y Cohen, N (1991) Psychoneuroimmunology. (2a. ed). San Diego: Academic.
- AIDS: A Growing Threat. (1985) TIME. Vol 26 No 6: agosto 28-35.
- Alvaradejo G. M, Delgado F, G. (1996). Estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a padecimiento oncológico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. México.
- Amich, S; Salve, M. (1994). Laboratorio Clínico. Inmunología. Editorial Interamericana. México.
- Arango. M.V. (1993). SIDA enfoque integral. Fundamentos de Medicina: Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia.
- Arnaiz. V, A. Pérez V, M, Garrido J, Paz E. (1997). Inmunopatología. Madrid: Síntesis.
- Bayés. R (1994). Presentación del equipo de psicología básica que trabaja en psicología de la salud en la Universidad Autónoma de Barcelona. Anuario de Psicología. No. 61, 3-7.
- Bartlett. J; Moore, R. (1998) Improving HIV Therapy. Scientific American. July 65-68

- Borrás. X (1994). Efectos del estrés Psicológico en la respuesta linfocitaria a los mitógenos, Anuario de Psicología. No. 61. 25-32.
- Borrás. X (1994). SIDA: Aportaciones desde la Psiconeurinmunología. Revista de Psicología General y Aplicada. 47 (2), 225-229.
- Brock, D (1993) Quality of Life Measures in Health Care and Medical Ethics. The Quality of Life. Edited by Marth C. Nussbaum & Amartya Sen: Oxford University Press. Inc. N.Y. 95-114.
- Cahn P, Cahn R, Casiro A, Goodkin K, y col (1992). Psida. Un enfoque integral. México: Paidós.
- Cassuto J, Pesce A, Quarante J. (1994). Manual de SIDA e infección por VIH. Barcelona: Masson.
- Cella D, McCain, Peterman (1996). Development and validation of the functional Assessment of Human Immunodeficiency Virus Infection (FA HI) quality of life instrument. Quality of life Research. Aug, vol. 5, No. 4, 450-463.
- Cohen R, Ansar. H, Hassan.A, Lapointe.B, Mount.B (1996). Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. Aids. vol 10. 1421-1427
- Coscarelli A, Heinrich R, Ganz P. (1991). HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES) for research. 2210 Wilshire. California.
- Davies. H (1997). Introductory Immunobiology. Chapman and Hall. England.
- De Boer. J.B, SprangersM.A, Aronson. N.K. (1996). A study of the reliability, validity and responsiveness of the HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES) in assessing the quality if life patients with AIDS and Symptomatic HIV infection. Quality of Life Research. Vol. 5. 339-347.

- Dienhart .Ch (1984). Anatomía y fisiología humanas. Intramericana. México.
- Dijker.A, Kok.G, Koomen.W (1996) Emotional reactions to people with AIDS. Journal of Applied Social Psychology. Vol 26, No 28: 731-748.
- Donovan. K, Sanson-Fisher. (1991) . Measuring Quality of life in Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology. vol. 7, No. 7. 959-968.
- Durham. J, Cohen. F (1994). Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería. México: Manual Moderno.
- Fernandez C. J., Edo.S (1994). Emociones y Salud. Anuario de Psicología. No. 61, 25-32.
- Fletcher J.M, Willo P, Raudenbush. (1991). Neurobehavioral Outcomes in disease of Childhood. American Psychologist. vol. 46, No. 12:1267- 1277.
- Font. A (1994). Cáncer y Calidad de Vida. Anuario de Psicología. No. 61:41-50.
- Ganz P, Coscarelli Schag, Kahn B. (1993). Describing the health-related quality of life impact of HIV infection: Findings from a Study Using the HIV Overview of Problems-Evaluation System (HOPES). Quality of Life Research,vol. 2: 109-119.
- Guerra, I (1998) Role Playing y Estrategias de Afrontamiento ante el VIH/SIDA. La Psicología Social en México, vol VII. 312-317.
- Gonzales.P (1997) La calidad de vida en pacientes VIH-SIDA seropositivos. Proyecto de tesis doctoral. Facultad de Psicología, UNAM.
- Goleman Daniel. (1997). La Inteligencia Emocional. Sevilla Editores S.A. México.

- Grau Abalo Jorge A. (1996). Calidad de Vida: Problemas en su Investigación. Material elaborado para el taller de calidad de vida a realizarse en el marco de la conferencia Iberoamericana de Psicología de la Salud. UNAM, México.
- Guyton Arthur. (1977). Tratado de Fisiología Médica. Interamericana. México.
- Hernandez Sampieri. (1994). Metodología de la investigación. McGrawHill. México
- Hollander H, Loveless M, Montauk S. (1994). Infección por el VIH: Atención en las primeras etapas. Atención Médica. Marzo. 13-30.
- Holtgrave.D, Pinkerton.S (1997) Updates of cost of illness and quality of life estimates for use in economic evaluations of HIV prevention programs. Journal of Aquired immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology. Vol 16, No 1: 54-62
- Izazola Jose Antonio (1996). SIDA: Estado actual del conocimiento. Basado en la XI Conferencia Intenacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá. Noriega Editores. México.
- Kalichman, Seth. (1995). Understanding AIDS. A guide for Mental Health Professionals: American Psychological Association. Washington. D.C.
- Kiecolt-Glase,JK; Glaser,R. (1986) Psychological Influences on Immunology. Psychosomatics. September, vol. 27, No.9, 621-624.
- Kiecolt-Glaser JK; Stephens RE; Lipetz, PD; (1985). Distress and DNA Repair in Human Lymphocytes. Journal of Behavioral Medicine. Vol 8 311-320.
- Kilmarx.P, Hamers.F, Peterman.S (1998) Living with HIV. Sexuality Transmitted Diseases. Vol 25, No 1: 28-37
- Kimball John. (1986). Biología. Editorial Addisson-Wesley Iberoamericana. México.

- Kolb, L (1982). Psiquiatría clínica moderna. La prensa médica mexicana. México.
- Lutendorf S, Antoni M, Ironson G, Klimas. (1997) Cognitive Processing Style, Mood and Immune Function following HIV seropositivity notification. Cognitive Therapy and Research. vol 21, No. 2, 157-184.
- Mann, J; Tarantola, D (1998) HIV 1998: The Global Picture. Scientific America. July 62-68.
- Morin, S,F; Bachelor (1984): Responding to the Psychological Crisis of AIDS. Public Health Reports. vol. 99 No.1 4-9 . enero-febrero.
- Morton R, Hebel J.R. (1985). Bioestadística y epidemiología. Interamericana. México.
- Patterson T, Kaplan R, Grant I. (1996) Quality of Well-Being in late life psychosis. Psychiatry Research. Jul, vol.63, 169-181.
- Ramos Lira L, (1989). Algunos aspectos Psicosociales del SIDA. Salud Mental. Vol 12, No. 3, septiembre. 55-59
- Roitt Ivan (1994). Inmunología. Fundamentos. Editorial Médica Panamericana. México.
- Rosenzweig M, Leiman A. (1992). Psicología Fisiológica. Editorial McGraw Hill. México.
- Ruiz Lara R, (1984). Nuevo Diccionario Médico. Teide, Barcelona España.
- Salgado Rengel F, Romo García J, (1995). Avances Terapeuticos en transtronos neurológicos en SIDA. Infectología. vol 15, No.9. 382-391.

- Secchi, J.C. (1996) Reflexiones sobre Calidad de Vida en el paciente con SIDA. Actualizaciones en SIDA. -Vol. 4, No.12. Julio 86-91
- Sepúlveda Amor J, (1989) SIDA, Ciencia y sociedad en México: Fondo de Cultura Económica. México.
- Setièn Maria Luisa. (1993). Indicadores Sociales de Calidad de Vida. un sistema de medición aplicado al País Vasco. Editorial Siglo XXI y España Editores. Barcelona.
- Sherwood, L (1993). Human Physiology. From Cells to System. West Publishing Company. USA.
- Siegel, K; Karus, D; Epstein, J; Raveis, V (1996) Psychological and Psychosocial Adjustment of HIV-Infected Gay/Bisexual Men: Disease Stage Comparisons Journal of Community Psychology, vol 24, No 3, 229-243.
- Smith M, Feldman J, Kelly P. (1996). Health related quality of life of HIV infected Women: Evidence for the reliability, validity and responsiveness of the Medical Outcomes Study Short-form 20. Quality of Life Research. Vol. 5, No. 1, 47-55.
- Solomon, G y Temoshok, L (1987). A Psychoneuroimmunologic Perspective on AIDS Research: Questions, preliminary findings, and suggestions. Journal of Applied Social Psychology. 17, 286-308.
- Stites D, Stobo J, Fundenberg H (1996). Inmunología Básica y Clínica. Editorial Manual Moderno. México.
- Sumay, A (1996) La Calidad de Vida y la Calidad debida (o deseada). Actualizaciones en SIDA. Vol 4, No 12. Julio. 91-96

- Taylor, Sh; Kemeny, M (1992) Optimism, Coping, Psychological Distress and High-Risk sexual Behavior Among Men At Risk For Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Journal of Personality and Social Psychology. Vol 63, No.3, 360-473.
- Temoshok Lydia, Baum Andrew. (1990). Psychosocial Perspectives on AIDS. Etiology, Prevention and Treatment. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. USA.
- Villagran, G (1998). Dos Momentos: Pensamientos y Actos para hacer frente al VIH/SIDA en hombres homo-bisexuales. La Psicología Social en México, vol VII, 324-329.
- Wiedenfeld, S; Bandura, A; Levine, S. (1990). Impact of Perceived Self-Efficacy in Coping with Stressors on Components of the Immune System. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 63 No. 3 460-473.
- Wilson. I.B, Cleary. P.D (1997) Clinical predictors of declines in physical functioning in persons with AIDS: Results of a longitudinal study. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and human Retrovirology. Vol 16. No 5: 343- 349
- Zalac, C, Montaner. J (1997) El uso actual de terapias antirretrovirales para el manejo de la infección por VIH. Vol 5, No 15: 1-13

**Escala Psicosocial del Cuestionario de Calidad de Vida:
“HIV Overview of Problems Evaluation System” (HOPES)**

A continuación se le presentará una lista de afirmaciones que describen situaciones y experiencias de personas que tienen la infección del VIH. Lea cada afirmación y marque el número que mejor describe cuanto aplica en cada caso cada afirmación durante el pasado hasta el día de hoy.

Algunas secciones no aplicarán en su caso. Por favor salte esas secciones y continúe con la siguiente sección.

Marque el número que corresponda a su propio caso de acuerdo a las siguientes categorías:

	0	1	2	3	4			
	NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO			
1				0	1	2	3	4
								Frecuentemente me siento deprimido
2				0	1	2	3	4
								Frecuentemente me siento enojado
3				0	1	2	3	4
								Frecuentemente me encuentro dominado por mis emociones y sentimientos sobre la infección del VIH
4				0	1	2	3	4
								Me cuesta trabajo concentrarme
5				0	1	2	3	4
								Me cuesta trabajo recordar cosas
6				0	1	2	3	4
								No puedo pensar con claridad
7				0	1	2	3	4
								Me parece que mis amigos o parientes me dicen que me veo bien cuando se que no es cierto

0	1	2	3	4					
NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO					
8	Me parece que mis amigos o parientes no me dicen algunas cosas				0	1	2	3	4
9	Me pongo nervioso cuando me dan mis exámenes médicos				0	1	2	3	4
10	No se que decir a mis amigos y parientes				0	1	2	3	4
11	Me cuesta trabajo hablar con mis amigos y parientes sobre la infección del VIH				0	1	2	3	4
12	Me parece que a mis amigos o parientes les cuesta trabajo hablar conmigo sobre mi enfermedad				0	1	2	3	4
13	Me siento incomodo cuando veo a otros pacientes				0	1	2	3	4
14	Me pongo nervioso cuando tengo que ir la hospital				0	1	2	3	4
15	Me pongo nervioso cuando estoy esperando ver al doctor				0	1	2	3	4
16	Me pongo nervioso cuando estoy esperando los resultados de mis exámenes médicos				0	1	2	3	4
17	Me pongo nervioso cuando me toman muestras de sangre				0	1	2	3	4
18	Tengo problemas con las compañías de seguros				0	1	2	3	4
19	Estoy preocupado por mi apariencia física a causa de la enfermedad				0	1	2	3	4
20	Me siento solo debido a la infección del VIH				0	1	2	3	4
21	Me cuesta trabajo decirle a mis amigos que vengan a verme menos seguido				0	1	2	3	4
22	Me cuesta trabajo decirle a mis parientes o amigos que vengan más seguido				0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
	NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
23					
Me parece que mis amigos o parientes no quieren hablar conmigo sobre mi enfermedad	0	1	2	3	4
24					
Me parece que mis amigos o parientes evitan tocarme	0	1	2	3	4
25					
Me parece que mis amigos o parientes estan molestos cuando me visitan	0	1	2	3	4
26					
Me cuesta trabajo transportarme para ir y venir a las citas médicas	0	1	2	3	4
27					
A veces no voy a mis citas con el médico	0	1	2	3	4
28					
A veces no voy por mis tratamientos	0	1	2	3	4
29					
No puedo pagar mis medicamentos	0	1	2	3	4
30					
Me cuesta trabajo encontrar peluquerías, salones de belleza o quien lave mi ropa, etc.	0	1	2	3	4
31					
Emocionalmente me siento tenso por la muerte de otros que estaban infectados con el VIH	0	1	2	3	4
32					
Me preocupa saber si mi tratamiento esta funcionando	0	1	2	3	4
33					
Me preocupa que la infección del VIH me esté avanzando	0	1	2	3	4
34					
Me preocupa estar solo cuando la infección del VIH avance	0	1	2	3	4
35					
Me preocupa cómo mis amigos o parientes se las arreglarán si muero	0	1	2	3	4
36					
Me cuesta trabajo cuidar a mis hijos y/o nietos	0	1	2	3	4
37					
Me cuesta trabajo ayudar a mis hijos para que me cuiden	0	1	2	3	4
38					
Me cuesta trabajo ayudar a mis hijos para que puedan hablar acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
	NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO
39 Me cuesta trabajo decirle a mis amigos y parientes que me dejen solo cuando no me siento bien.	0	1	2	3	4
40 Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes que hagan cosas por mi	0	1	2	3	4
41 Estoy molesto por los cambios en mi cuerpo	0	1	2	3	4
42 Frecuentemente me siento angustiado	0	1	2	3	4
43 Frecuentemente me siento molesto	0	1	2	3	4
44 Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes que hagamos algo divertido juntos	0	1	2	3	4
45 Estoy molesto conmigo mismo desde que tengo la infección de VIH	0	1	2	3	4
46 Me siento culpable por tener la infección de VIH	0	1	2	3	4
47 Me parece que mis amigos o parientes no me visitan muy seguido	0	1	2	3	4
48 Me parece que mis amigos o parientes no me llaman muy seguido	0	1	2	3	4
49 Me preocupa infectar a otros con el VIH	0	1	2	3	4