



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 TAPACHULA CHIAPAS.  
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ CHIAPAS.**

**ESTADO DE SALUD Y SU RELACION CON LA PSICOPATOLOGIA EN  
PACIENTES CON VIH-SIDA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**MARICELA BAUTISTA ALEJANDRE**

**TAPACHULA, CHIAPAS.**

**2009**



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.

**ESTADO DE SALUD Y SU RELACION CON LA PSICOPATOLOGIA EN  
PACIENTES CON VIH-SIDA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

**MARICELA BAUTISTA ALEJANDRE**

**AUTORIZACIONES:**

**DRA. JUANITA FERNADEZ PALMA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE ZONA C/MF No.1  
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZCHIAPAS.

**DR. M EN C. JORGE MARTINEZ TORRES**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
COORDINADOR DELEGACION DE ATENCION MÉDICA

**DRA. MARIA DEL PILAR FLORES RAMOS**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
COORDINADORA DE EDUCACION

**DRA. JUANITA FERNANDEZ PALMA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**ESTADO DE SALUD Y SU RELACION CON LA PSICOPATOLOGIA  
EN PACIENTES CON VIH-SIDA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**MARICELA BAUTISTA ALEJANDRE**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

## **DEDICATORIA:**

### **A Dios:**

En mi humana pequeñez quiero poner en tus manos, humildemente este trabajo para ofrecértelo y darte las gracias, porque en tu infinita bondad me has dado salud y al mismo tiempo me haz concedido culminar esta meta en el camino de la superación profesional.

### **A mi hija:**

**Anayanssi:** que el señor te bendiga, te agradezco por el apoyo que me diste, por todo ese tiempo en que no estuve contigo, aunque aun pequeña, me supiste entender, y quiero que sepas que tu siempre serás el motor de mi superación. Te amo.

### **A mis padres:**

Por enseñarme a luchar hacia delante, por su gran corazón y capacidad de entrega, pero sobre todo por enseñarme a ser responsable, gracias a ustedes he llegado a esta meta.

### **A mis hermanos:**

Ahora, ya todos con sus respectivos consortes, compartimos otra etapa en nuestras vidas con un cariño mas profundo, más rico y abundante, gracias por sus consejos, palabras de aliento y estímulo en esta superación profesional.

### **A mis maestros.**

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; al Dr. Jorge Martínez Torres, porque nunca escatimó esfuerzo y tiempo para corregir y mejorar este trabajo, por sus valiosos conocimientos siempre al servicio del tesista, a la Dra. Juanita Fernández Palma por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, al Dr. Manuel de J. Villalobos Flores por apoyarnos en su momento.

### **A mis amigos de Generación:**

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y fortaleciendo aún más nuestra amistad en estos 3 años: Chony, Rosy, Charis y Angelio.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y en especial a la **de Medicina Familiar** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

## **Indice General**

Indice general	4
Marco teórico	5
Planteamiento del problema	16
Justificación	17
Objetivos	18
- General	
- Específicos	
Hipótesis	19
Metodología	20
Tipo de estudio	22
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
- Información a recolectar	24
- Procedimiento	25
- Consideraciones éticas	26
Análisis de resultados	27
Tablas y gráficas	29
Discusión	80
Conclusiones y recomendaciones	82
Referencias bibliográficas	85
Anexos	88

### **Marco teórico:**

El progreso en el control de las enfermedades en la primera parte del siglo XX, produjo un incremento de la longevidad y un aumento de las enfermedades crónicas, encontrándose la población en general con la perspectiva de vivir hasta los 80 ó 90 años, libres de enfermedades y daños. Por lo anterior, la idea de salud y estado de salud como la condición deseada y balanceada ha vuelto a resurgir. En la segunda mitad del siglo pasado, <sup>(1)</sup> en 1948 la Organización Mundial de Salud (OMS) definió a la salud como *el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad* con lo cual el término evolucionó hacia métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física, y se toma en cuenta su contexto social y su salud mental <sup>(1,2,3)</sup>

El término de Salud según la OMS ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. En este contexto es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grados con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos. La medición de calidad de vida puede usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnóstico específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas, para medir el impacto de la enfermedad en el individuo, en ensayos clínicos, en estudios de comunidad y en evaluaciones económicas. La etiología de la discapacidad puede ser congénita o adquirida. La OMS emplea los siguientes términos para describir sus consecuencias: a) Deficiencia, es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica, como podría ser la ausencia de un miembro, la sordera o un retraso mental; b) discapacidad, es toda restricción de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal

para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse o comprender; c) minusvalía, es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal. Así, la pérdida de un dedo para muchas personas les causan deficiencia y cierta discapacidad. La deficiencia y el origen de la discapacidad define el grado de dependencia de una persona; en el área sociocultural puede haber una capacidad de adaptación ante una crisis, de baja autoestima y elevada dependencia. Tal vez la primera escala desarrollada en una forma consistente al estado funcional de los pacientes, con padecimientos crónicos fue la del *KARNOSFKY, (KPS)* ésta es una escala de 10 puntos, se ha considerado como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación. Desde su primera descripción 1948, la *escala kps* ha sido aceptada entre los médicos <sup>(1,2,3)</sup>

Además de la definición de salud de la OMS, otros autores han planteado otras definiciones de salud.

Para Capra la salud es una experiencia de bienestar, resultado de un balance dinámico que involucra los aspectos físicos y psicológicos del organismo, así como también la interacción con su medio ambiente natural y social <sup>(1,2,3)</sup>

Antonovsky menciona que la salud es continuum, que va desde sano hasta enfermo y emplea la palabra salutogénesis en contraposición de patogénesis <sup>(1,2,3)</sup>

Lepelge (1997) refiere que la salud es constructo hipotético, compuesto por elementos físicos, fisiológicos y sociales. <sup>(1,2,3,4)</sup>

El estado de salud, término derivado directamente del de salud, fué definido por Marilyn Bergner según cinco dimensiones que corresponden a: 1) características genéticas o hereditarias (estructuras básicas que sustentan a las restantes); II) características bioquímicas, anatómicas y fisiológicas de un individuo (asociadas con la enfermedad, la disminución, la incapacidad y el handicap-o desventaja); III) estado funcional (actividades de la vida cotidiana); IV) el estado mental (percepción de la salud y el estado de ánimo); V) potencial de salud individual refiere a la longevidad y al pronóstico de las enfermedades y de las incapacidades <sup>(5)</sup>



En las últimas décadas se ha incrementado el interés por la obtención de nuevos indicadores clínicos a partir de la necesidad de evaluar mejor los desenlaces en salud <sup>(5)</sup>

Durante las últimas décadas se han producido importantes avances metodológicos en el campo de la investigación clínica aplicada, a partir de la identificación de nuevos objetos de interés de la Medicina para el estudio de la fenomenología salud-enfermedad. Una parte importante de estos avances tiene relación con la epidemiología y con otras disciplinas relacionadas a ella, tales como la epidemiología clínica y la clinicometría, esta última orientada al estudio de la medición de desenlaces mediante la estandarización de la información clínica derivada directamente del paciente con el propósito de transformar estos datos básicos en información científica útil <sup>(5)</sup>

La red social es el tejido de relaciones sociales que los individuos tienen y, según Berkman y Glass, se relaciona con la salud a través de diversos mecanismos psicosociales: a) por el hecho de proporcionar apoyo social, tanto emocional como instrumental o en la ayuda de toma de decisiones o en la facilitación de la información; b) por la influencia social que existe entre los factores de la red; c) por la participación y el compromiso social; d) por el contacto persona a persona, y e) por el acceso a recursos materiales <sup>(6)</sup>

Hay pocos estudios sobre el impacto del apoyo social sobre la salud. En Barcelona se ha descrito la relación entre el apoyo social en la población anciana y la mal salud percibida y la mortalidad, mediante un estudio de seguimiento de la población entrevistada en la encuesta de salud de Barcelona del año 1992 <sup>(6)</sup>

Psicopatología: La salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social y contribuir con ello de modo constructivo. Los trastornos de salud mental muchas veces se inician en edades que interfieren en la educación y el empleo, dañando por completo un futuro, por lo demás, feliz y productivo. En el peor de los casos, se asocian a problemáticas actuales como el

suicidio, cuyas cifras ascendieron en el año 2000 a un millón alrededor del mundo, según datos de la OMS <sup>(7)</sup>

El informe mundial de 2001 de la Organización Mundial de Salud mostraba que los trastornos de salud mental afectan a más del 25% de la población en algún momento de su vida y que el 20% de los pacientes de atención primaria presenta uno o más trastornos de este tipo. Se ha calculado que el coste anual de estos problemas en Estados Unidos supone el 2.5% de su producto interior bruto, y en los países bajos, el 23% del total de los costes de los servicios de salud <sup>(7,8)</sup>

Aunque se ha señalado que las principales determinantes del estado de salud de las personas son el entorno social y económico en el que viven, factores que están fuera del control de los individuos y que determinan sus riesgos físicos y psicosociales, la prevención sigue dirigida a la modificación de los estilos de vida personales sin considerar las opciones de cambio en el entorno de vida y trabajo.

En nuestro país apenas se han realizado estudios que analicen la salud mental de la población ocupada <sup>(8)</sup>

Numerosos estudios han constatado que existe un aumento creciente de los niveles de malestar psíquico y de desgaste profesional en el ámbito sanitario con graves consecuencias en término de ausentismo y rotación del personal. Los factores que contribuyen a esta situación son múltiples, pérdida de control respecto a la propia actividad asistencial, exceso de cargas de trabajo, situaciones emocionalmente difíciles y continuadas <sup>(9)</sup>

La mayoría de estos factores se pueden encuadrar dentro de los modelos más utilizados de riesgo psicosocial laboral; el modelo de Job Content de Karasek-Johnson y el modelo de esfuerzo-recompensa de Siegrist <sup>(9)</sup>

Para mitigar estas situaciones y mejorar la satisfacción de los profesionales, se han propuesto iniciativas como: refuerzo de la interdisciplinariedad en el trabajo en equipo. Formación en estilos de liderazgos facilitador. Es evidente que las propias organizaciones sanitarias han de velar por la minimización de los riesgos psicosociales a través de estrategias amplias y de largo alcance. Los servicios de prevención están llamados a tener un papel muy importante en la prevención de

los riesgos psicosociales tanto en la detección de los mismos como en el diseño de estrategias y su aplicación <sup>(9)</sup>

La concurrencia de patología física y psiquiátrica puede complicar el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de los pacientes. Esto ha llevado a investigar, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos: permanecen hospitalizados por más tiempo, requieren de más y más sofisticados exámenes de diagnóstico, presentan con mayor frecuencia rehospitalizaciones, demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria <sup>(10)</sup>

En nuestro medio el estudio de la comorbilidad se ha centrado en detectar la presencia de patología psiquiátrica en poblaciones consultantes en atención primaria o policlínicos de Hospitales docentes, investigando determinadas patologías o poblaciones específicas <sup>(10)</sup>

Los pacientes portadores de algunas patologías médica crónica a quienes se les hizo algún diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al ICD-10 presentaron como diagnósticos más frecuentes los trastornos de somatización <sup>(10)</sup>

Las crisis de angustia o ataques de pánico suponen un importante problema de salud, puesto que provocan un sufrimiento significativo en las personas que las poseen y una alta utilización de la atención sanitaria, además de tener un coste social elevado <sup>(11)</sup>

Algunos estudios demuestran que los pacientes que tienen crisis de angustia y trastorno de angustia muestran un grado de deterioro social, familiar y laboral parecido. Las personas aquejadas de crisis de angustia utilizan frecuentemente los recursos sanitarios de atención primaria <sup>(11)</sup>

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su progresión a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales de los pacientes que determina un descenso en la sensación de bienestar. A pesar del considerable esfuerzo, realizado en los últimos años, en mejorar el tratamiento de la infección por VIH, todavía hay un conocimiento limitado del impacto del tratamiento y de la progresión de la enfermedad <sup>(12)</sup>

Entre las ITS, la provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ocupa un lugar destacado. La pandemia del VIH/SIDA continua representando el peor de los flagelos que amenaza la vida de millones de personas, sobre todo en Africa, donde la esperanza de sobrevivida se ha reducido a 45 años. Un informe reciente de la ONU advierte que hasta 90 millones de africanos están en riesgo de contraer la enfermedad en los próximos 20 años, y que 80 millones habrán fallecido a causa del SIDA para esa fecha <sup>(13)</sup>

La selección de un cuestionario de salud para su uso en Atención Primaria (AP), debe considerar aspectos tan diversos como su robustez psicométrica (análisis de la validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) o indicadores de factibilidad como el tiempo de administración <sup>(14)</sup>

Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes. Se recomienda un instrumento ya existente; muchos de ellos son adecuados y pueden aplicarse a los propósitos del estudio. No existe el instrumento perfecto, por lo cual debe buscarse su función, tipo de padecimiento y población de enfermos <sup>(15)</sup>

Estos instrumentos tiene que ser adecuados por las diferentes culturas en las cuales se aplican: Buscar que las preguntas se entiendan y se acepten para poderse contestar; el valor real o “verdadero” de la característica que se quiere medir, más sencillamente medir lo que realmente se quiere medir. Existen algunas experiencias en México sobre la aplicación de estos instrumentos. En 1996 se validó el cuestionario Coop-Dartmouth para evaluar el estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica, encontrando que la calidad de vida se puede medir en forma similar a como se hacen en adultos. En la calificación global obtenida se observó que la mayoría de los pacientes presentaron un muy buen estado funcional. <sup>(15)</sup>

Este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, su análisis y de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial . Para el estudio de problemas de salud existen algunos instrumentos básicos para el estudio de salud familiar: Historia clínica, Genograma, clasificación familiar ,

ciclo vital familiar, Apgar familiar, índice simplificado de pobreza familiar , escala de reajuste social de Holmes y Rahe, cuestionario Medical Outcomes Study Sherbourne CD y Stewart AI. La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizarse a los integrantes de la familia como un todo. La evaluación de la función familiar tiene en Medicina Familiar características específicas que la diferencia de la que puede realizar por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento a soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión psicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar . Se considera que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones <sup>(16)</sup>

La Medicina Familiar es la especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que indican tanto la salud como la enfermedad del individuo y su familia. Médico Familiar: Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. Para el perfil del médico familiar se considera conveniente la elaboración de las áreas en las que desempeña su ejercicio profesional así como los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades <sup>(17)</sup>

El objetivo principal de la práctica médica consiste en preservar el estado de Salud del paciente, ya no únicamente como la ausencia de la enfermedad, ampliando sus horizontes desde una focalización biológica hacia un funcionamiento global, físico, mental y social. Si consideramos que es importante el estado funcional deberemos ser capaces de evaluarlo de alguna manera. La WONCA define el estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento dado o durante un período determinado. En la actualidad disponemos de una amplia colección de instrumentos que nos informan de cómo se siente el paciente, cuál es su estado funcional y cómo percibe su propia salud.

Durante las dos últimas décadas la calidad de vida se ha ido convirtiendo en una importante variable de resultados de los cuidados sanitarios. En los últimos 25 años la evolución del estado de salud de un individuo o grupo, se ha empleado en una amplia variedad de situaciones. Se espera también que la información aportada pueda ayudar a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Los estudios realizados en los últimos años han demostrado una pobre correlación entre las estimaciones del médico y las del paciente sobre el estado funcional, el bienestar emocional y la calidad de vida en general. Un último argumento se centra en el progresivo aumento de la esperanza de vida de la producción y el incremento de las patologías crónicas donde no se espera una curación y los esfuerzos terapéuticos se deben realizar en intentar mejorarlas en la sensación de bienestar global del paciente. Las láminas COOP fueron diseñadas originalmente por un grupo de médicos investigadores de atención primaria en Estados Unidos. Las viñetas COOP/WONCA es el instrumento que mide el estado de salud. Se diseñaron para proporcionar un sistema de medición del estado funcional en la consulta médica. Las viñetas aportan un sistema rápido, válido y fiable <sup>(18,19)</sup>

A finales de los 80s, la WONCA decidió realizar el cuestionario original y promover su uso en atención primaria. Se eliminaron las viñetas al apoyo social y la calidad de vida y se dejó la del dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. Los títulos de las láminas y las preguntas se modificaron y los dibujos se simplificaron al máximo. El instrumento puede cumplimentarse en menos de 5 minutos. La revisión se completó en 1990 y se denominó al nuevo instrumento viñetas Coop/Wonca. La fiabilidad Test-Retest a las 2 semanas, evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Spearman, varía en 0.52-0.72. En la versión española, cuando se repitió este análisis sólo para aquellos individuos que manifestaron encontrarse igual que en las 2 semanas anterior, los coeficientes son sensiblemente superiores a los anteriores (0.66-0.81) En general estos niveles de fiabilidad pueden considerarse aceptables e indican que las láminas son estables durante relativos períodos de tiempo corto. El cuestionario demostró tener una buena validez aparente ante una muestra de estudiantes de medicina, puesto que el 99% no le provocaba malestar,

aburrimiento o fatiga y un 70-75% consideró que mejoraba la comunicación entre paciente y profesional. Las viñetas han demostrado ser sensibles al estado funcional no detectados por otros instrumentos. Además, existen estudios internacionales que también evalúan el estado de pacientes que acuden a consultas de atención primaria de áreas urbanas y rurales de Estados Unidos, muestras poblacionales, mujeres embarazadas y un instrumento ensayo llevado a cabo en 7 países para evaluar la aceptabilidad de las viñetas <sup>(18-19)</sup>

Las láminas Coop-Wonca constituye un instrumento de medida.. Este cuestionario comprende 7 escalas distintas de un único ítem. Cada una de las escalas presenta un título y plantea una pregunta que hace referencia a lo sucedido en o durante las dos semanas. A estas preguntas se contesta con una de cinco posibles alternativas acompañadas de una viñeta o signo. Las posibles respuestas se puntúan de 1 a 5, siendo las puntuaciones mayores las que reflejan una peor salud percibida. Las láminas han de presentarse siempre en el mismo orden: 1.- Forma física, 2.- Sentimientos, 3.- Actividades cotidianas, 4.- Actividades sociales, 5.- Cambio en el estado de salud, 6.- Estado de salud, 7.- Dolor (opcional) <sup>(19,20)</sup>

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación médico-paciente, en el 2002 en el “Estudio del corazón y Reemplazo con Estrógenos/Progesterona”(Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study, HERS) se midió la calidad de vida y los síntomas depresivos en mujeres posmenopáusicas, 1382 mujeres tuvieron mejoría estadísticamente significativa en la función física y salud mental y menores síntomas depresivos. Otro estudio realizado a 76 pacientes adultos frágiles mayores de 65 años en el servicio de Geriatria del Hospital Almenara en Lima Perú,(2004), evaluando la calidad de prescripción farmacológica en adultos mayores frágiles, la valoración de calidad de vida lo realizaron con el Coop/Wonca observándose pobre autopercepción de calidad de vida.<sup>(21,22,23)</sup>

Aunque se ha señalado que los principales determinantes del estado de salud de las personas son el entorno social y económico en el que viven, factores que están fuera del control de los individuos y que determinan sus riesgos físicos y

psicosociales, por lo que el uso de instrumentos de recolección de datos como son las láminas Coop/Wonca que reflejan como ya se dijo la percepción que el paciente tiene de su capacidad funcional en un momento dado y que permite realizar valoraciones cada cierto tiempo al ser un instrumento rápido, sencillo, comprensible que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud, promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicio de salud, y éstos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida. <sup>(24,25)</sup>

Entre los instrumentos que han sido desarrollados para la detección de psicopatología de manera rápida y sensible, se encuentra el Cuestionario de Salud General, validado en Chile por Trucco et al., Araya et al. <sup>(10)</sup>

El intento de los médicos y profesionales de la salud, en general, de evaluar objetivamente los niveles de salud fué lo que motivó a David Goldberg a elaborar un cuestionario de autorreporte de salud general ( o cuestionario de salud autopercebida). elaborado por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general.. Este cuestionario fué elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no para realizar diagnósticos clínicos ni para valorar trastornos crónicos; se concentra en dos tipos de problemas: la dificultad autopercebida para poder desarrollar un funcionamiento sano y la aparición de fenómenos de naturaleza angustiosa para la persona. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondria. Algunos de los items fueron tomados de la Escala Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eynsec y del inventario multifacético de Personal de Minnesota <sup>(9,26)</sup>

El General Health Questionnaire desarrollado con la finalidad de cribar los trastornos mentales actuales. Es una medida de estado que evalúa la situación actual respecto a la habitual, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales <sup>(6,26)</sup>



Existen varias versiones con mayor o menor número de preguntas (60,30,28 ó 12 ítems), la versión más abreviada, de doce preguntas, GHQ-12 se ha probado tan efectiva como las versiones más extensas, al ser usado en atención primaria, en distintas culturas. Consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, se pregunta al sujeto en forma de escala Likert de 4 categorías si la persona ha experimentado recientemente un síntoma en particular. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta “menos que de costumbre” toma el valor 0 y la respuesta “mucho más que de costumbre”, toma el valor 3. Se suman los valores obtenidos de las 12 preguntas y se considera casos de riesgo de padecer trastornos mental a las personas con puntuación mayor o igual que 4 (se utilizan las expresiones mala salud mental y mal estado de salud mental para esta puntuación). Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. Así se obtiene un estimado del grado de severidad de la ausencia de salud mental. En general este cuestionario ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental o bienestar<sup>(10,26)</sup>

El uso de instrumentos que miden la salud percibida en individuos infectados por VIH es útil ya que permite evaluar el impacto de la enfermedad y elaborar estrategias terapéuticas más beneficiosas<sup>(12)</sup>

## **Planteamiento del problema**

El incremento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de larga evolución como diabetes mellitus , la hipertensión y VIH SIDA, ha llevado a la sociedad a replantear la medición de salud en este grupo de pacientes. Ya que la infección por el virus del VIH así como su progresión a SIDA causan un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales de los pacientes que determinan un descenso en la sensación de bienestar, se hace necesario conocer la auto percepción que tiene el paciente sobre su salud y de esta forma evitar que presenten estados psicopatológicos que repercuten en su persona y en la sociedad en que se desenvuelven, ya que este grupo de pacientes son económica y socialmente activos y en muchos de los casos son jefes de familias. Se ha visto su incremento en las patologías crónicas donde no se espera en sí una curación a pesar de los esfuerzos terapéuticos por lo que se debe abordar en el paciente la sensación global de bienestar, con el fin de mejorar su calidad de vida y aprender a vivir con VIH-SIDA, ya que la pandemia por este padecimiento continúa representando el peor de los flagelos que amenaza la vida de millones de personas en el mundo y ante la imposibilidad de lograr su curación se mantienen como medidas principales las de prevención y promoción a la salud.

Existen escasos trabajos de investigación en México en donde midan estado de salud en pacientes con enfermedades extenuantes. Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el estado de salud de los pacientes con VIH-SIDA y su correlación con la psicopatología?

## **Justificación**

Durante las últimas décadas se han producido importantes avances metodológicos en el campo de la investigación clínica aplicada, a partir de nuevos objetos de interés de la medicina, siendo la salud mental, la capacidad de un individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social y de contribuir con ello de modo constructivo; siendo uno de ellos el estado de salud y su relación con la psicopatología, se sabe que pacientes con enfermedades crónicas presentan mayores alteraciones de estado mental como el VIH/SIDA es una patología o padecimiento que altera la homeostásis del individuo, afectando por completo su futuro en pacientes con VIH/SIDA, y, teniendo en cuenta que la infección por el VIH/SIDA, es una epidemia apareciendo día a día nuevos enfermos, y que está muy lejos de ser detenida a pesar del considerable esfuerzo realizado en los últimos años en mejorar el tratamiento; todavía hay un conocimiento limitado del impacto del tratamiento, y que ante la imposibilidad de lograr su curación debemos focalizarnos en intentar lograr mejoras en la sensación de bienestar global del paciente, ya que estudios realizados han demostrado una pobre correlación entre las estimaciones del médico y las del paciente, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos: permanecen hospitalizados por más tiempo, requieren de más y más sofisticados exámenes de diagnóstico, presentan con mayor frecuencia rehospitalizaciones, demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental; por lo que motiva a medirlo, y que para ello existen en la actualidad una amplia colección de instrumentos que nos informan de cómo se siente el paciente, cual es su estado funcional y como percibe su propia salud.

## **Objetivos**

General:

Determinar el estado de salud de los pacientes con VIH-SIDA y su relación con la psicopatología.

Objetivos específicos:

Determinar las características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Determinar las características familiares de la muestra de estudio.

Correlacionar el estado de salud con la psicopatología en pacientes con VIH-SIDA.

## **Hipótesis**

Hipótesis alterna:

Existe relación entre el estado de salud y la psicopatología en pacientes con VIH-SIDA.

Hipótesis nula:

No existe relación entre el estado de salud y la presencia de psicopatología en pacientes con VIH-SIDA.

## **Metodología:**

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y correlacional en un censo poblacional de 150 pacientes con VIH-Sida, siendo una muestra de 141 pacientes ( ya que 2 estaban hospitalizados al momento del estudio, 3 pacientes con retraso psicomotor, 1 paciente sordomudo, y 3 defunciones ) que acudieron a su control en Medicina Interna del Hospital General de Zona No.1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cumplieron los criterios de selección y previo consentimiento informado, en un período de 5 meses, del 1º de Julio al 31 de Diciembre 2007. Se aplicaron 3 instrumentos: Uno que mide variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, tipo de transporte, situación laboral, nivel socioeconómico), familiares (tipo de familia, por su desarrollo, por su estructura, ciclo vital). Las Viñetas COOP/WONCA en su versión modificada, que miden estado de salud, consta de 6 preguntas una pregunta por cada dimensión las cuales son: Forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud y estado de salud. Se calificaron de 1 a 5 siendo el mejor el valor menor y el peor el valor mayor, así como el Cuestionario General de Salud (GHQ-12) versión corta para detectar trastornos psiquiátricos actuales, centrándose en problemas temporales del funcionamiento normal, constó de proposiciones que fueron respondidas en escala Likert, para la calificación del GHQ se asignó 4 posibles respuestas de 0 a 3, de esta manera se obtuvo el puntaje total de 36 que es indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor es su valor. Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos del programa Dbase IV, se realizó análisis univariado y bivariado mediante el programa SPSS12.

**Instrumentos:**

## Estado de salud:

Las láminas COOP- WONCA o viñetas las desarrollaron originalmente los profesionales de una red de centros médicos comunitarios que cooperaban en actividades de atención primaria, diseñadas para proporcionar un sistema de medición del estado de salud en la consulta médica, la revisión se completó en 1990. El instrumento abarca un total de 6 láminas, cada una de ellas consta de un título referida al estado de salud durante el último mes y 5 posibles respuestas 1 siendo “el mejor” el valor menor y 5 “el peor” el valor mayor, con un puntaje total de 30 y mínimo de 6. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de 5 niveles. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. El instrumento puede cumplimentarse en menos de 5 minutos. En nuestra investigación utilizaremos el instrumento de versión modificada, de 6 láminas.

## Psicopatología:

Cuestionario general de salud versión corta (GHQ-12), es un instrumento elaborado por David Goldberg en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas, posteriormente se elaboraron versiones más cortas de 30, 28 y 12, ítems, elaborado con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, midiendo con esto el estado de salud mental y no el estado de salud general. Esta escala, en la versión más corta (GHQ-12) que mide presencia de psicopatología ampliamente validado <sup>(16)</sup> cuestionario autoadministrado, de 12 preguntas cerradas con 4 opciones de respuesta, en escala de tipo Likert, la primera opción 0 (ninguna sintomatología) y la cuarta opción 3 (sintomatología severa). El punto de corte para probable caso de psicopatología fue de 14 <sup>(16)</sup>.

**Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo y correlacional a 141 pacientes, adscritos al Hospital General de Zona No. 1 que acudieron a control de Medicina Interna en el periodo del 1º de diciembre del 2007 al 31 de Diciembre 2007.

**Población:**

El estudio se realizó a la población en control por VIH-SIDA adscritas al Hospital General de Zona No. 1, delegación Chiapas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acudieron a su cita de control en Medicina Interna..

**Período de estudio:**

Se realizó la encuesta a población adscritas al Hospital General de Zona No.1 delegación Chiapas que acudieron a control de Medicina Interna durante el periodo 1º de Julio al 31 de Diciembre del 2007.

**Tipo de muestra y tamaño de la muestra:**

Se entrevistó a la población de ambos sexos, adscritas a Hospital General de Zona No. 1, delegación Chiapas, que acudieron a la consulta de Medicina Interna; tipo de muestreo por conveniencia; con tamaño de muestra de 141, y tipo de muestra aleatoria por conglomerados.



### **Criterios de selección:**

#### Inclusión:

1. Derechohabientes.
2. En control por el padecimiento .
3. Que acepten participar en el estudio.

#### Exclusión:

1. Con padecimientos mentales.
2. Amaurosis.
3. Hipoacusia.
4. Menor de edad.

#### Eliminación:

1. Cuestionarios incompletos.

## **Informacion a recolectar**

Variables:

Variable dependiente:

VIH-SIDA: Es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estadio más avanzado de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Variables independientes:

Estado de Salud: Es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

Psicopatología: Evaluación de la salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Sexo: Condición de macho o hembra

Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Estado civil: Situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil.

Escolaridad: Proceso bidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

Tipo de familia por su estructura: Es la clasificación de familia con base a su estructura..

Ciclo vital: Etapa de evolución y desarrollo de la familia.

## **Procedimiento:**

Se entrevistaron un total de 141 pacientes con Dx.de VIH/SIDA, previo consentimiento informado, que cumplieron los criterios de selección (derechohabientes, en control por medicina interna por su padecimiento, que aceptaron participar en el estudio), se eliminaron 9 pacientes ya que 2 estaban hospitalizados al momento del estudio, 3 pacientes con retraso psicomotor, 1 paciente sordomudo, y 3 defunciones. Se les aplicaron 3 cuestionarios: Uno que mide variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, tipo de transporte, situación laboral, nivel socioeconómico), familiares (tipo de familia, por su desarrollo, por su estructura, ciclo vital), al cual se le realizó validez de apariencia y contenido . Las Viñetas COOP/WONCA en su versión modificada, que miden estado de salud, consta de 6 preguntas las cuales son: Forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud y estado de salud. Se calificaron de 1 a 5 siendo el mejor el valor menor y el peor el valor mayor . Cada una de las escalas presentó un título y planteó una pregunta que hizo referencia a lo sucedido en o durante las cuatro últimas semanas. Contestaron con una de cinco posibles alternativas ilustradas con un dibujo que representó un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de 5 niveles. El Cuestionario General de Salud versión corta constó de 12 preguntas (GHQ-12) es un instrumento que se utilizó para detectar trastornos psiquiátricos actuales, centrándose en problemas temporales del funcionamiento normal, para la calificación del GHQ se asignó 4 posibles respuestas de 0 a 3, ésta manera se obtuvo el puntaje total de 36 que es indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor es su valor. Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos del programa Dbase IV

## **Análisis estadístico**

Se realizó análisis estadístico univariado y bivariado; razón de prevalencia para asociación, ( $p \leq 0.05$ ) e intervalos de confianza al 95 % para significancia estadística (IC) en el programa SPSS version 12

**Consideraciones éticas:**

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, y así como a la declaración de Helsinki, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983. Este estudio se ajustó a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.

El estudio fue observacional, transversal y prospectivo sin implicación de riesgos para la salud, intimidad y derechos individuales de los encuestados.

La información se llevó a cabo en forma confidencial, se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

En la ejecución de éste trabajo las entrevistas se hicieron en forma directa, a pacientes que acudieron a la consulta, se les informó la confidencialidad del uso de la información, los cuales serán empleados para fines estadísticos, así mismo se realizó el consentimiento informado sobre el objetivo de este trabajo de investigación.

## Resultados:

Se entrevistaron 141 pacientes con una media de edad de 42 años +- 12 años, media de escolaridad de 8.6 +-4.8, proporción por sexo 2 hombres/1 mujer.

De los 141 pacientes encuestados el 32.6 % tiene pareja estable. El 56.7% reportaron ser católicos. El 29.1 % de los pacientes encuestados son obrero. El 67.4% del ingreso lo aporta el entrevistado. El 37.6% son de nivel socioeconómico bajo. El 53% su desarrollo es tradicional. El 82.3% su demografía es Urbana. El 54.6% su estructura es Nuclear. Para este estudio el 31.9% de los pacientes reportaron estar en el ciclo vital de independencia. El 98% de la población estudiada , su mayor índice es hasta los 10 años de evolución (media 5.12 años +-4.12). En el 97.2% de los pacientes no se asocia VIH con Tuberculosis Pulmonar, en el 97.2% de los pacientes no se asocia VIH con diabetes mellitus en el 99.3% de los pacientes no se asocia VIH con Insuficiencia Renal. El 74.5% su preferencia sexual es heterosexual. El 83% fué por transmisión sexual. El 98.6% llevan control con Medicina Interna. En el 83.7% la familia está enterada. El 73% de los pacientes llevan un esquema de 3 medicamentos. El 36.2% tienen una actividad física muy intensa. El 64.5% reportaron que sus actividades cotidianas no se modificaron en lo absoluto por la enfermedad. El 71.6% reportaron que sus actividades sociales no se modificaron en lo absoluto. El 29.8% reportaron que su estado de salud fué como siempre. El 44% reportaron que en sus sentimientos no hubo cambios. El 34.8% reportaron que el cambio en su estado de salud fué como siempre. Los promedios mayores fueron en forma física (2.29+-1.16) y estado de salud (2.6 +-1.15).El 66.7% reportaron que su estado de concentración fué el de siempre. El 53.2% reportaron que sus preocupaciones no les afectó en lo absoluto. El 49.6% de los pacientes reportaron ser útil en la vida de forma igual. El 66% reportaron sin cambios en la toma de decisiones. El 48.9% de los pacientes reportaron estar sin agobios ni en tensión por la enfermedad. El 50.4% de los pacientes reportaron no presentar problemas en la superación de sus dificultades. El 56% de los pacientes reportaron disfrutar sus actividades cada día sin cambio alguno. El 53.2% de los

pacientes reportaron enfrentar sus problemas igual que siempre. El 48.2% de los pacientes reportaron no presentar depresión. El 73.8% de los pacientes reportaron conservar la confianza en sí mismos sin afectarles la enfermedad. El 80.1% de los pacientes reportaron tener un valor en la vida. El 61% de los pacientes reportaron sentirse felices de la misma manera de siempre. Medias del cuestionario General de salud: Las medias mayores fueron en el ITEM 1, 4 y 7. GHQ1: (1.02 +-6.14), GHQ 4: (.85 +- .62), GHQ 7: (.82 +- .64).

## Tablas y gráficas

Cuadro 1

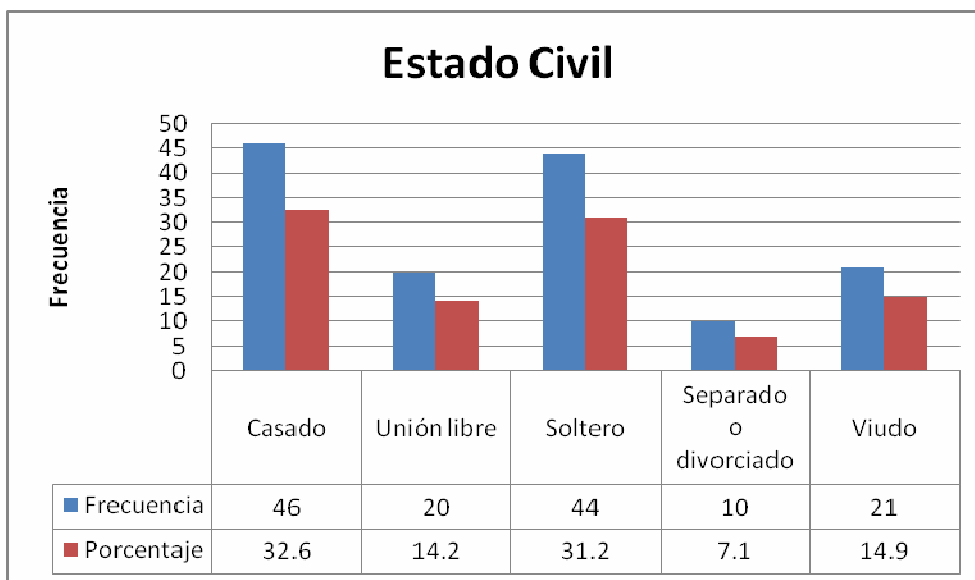
### Frecuencia de estado civil

Estado civil	Número	Porcentaje %
Casado	46	32.6
Unión libre	20	14.2
Soltero	44	31.2
Separado o divorciado	10	7.1
Viudo	21	14.9
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

De los 141 pacientes encuestados el 32.6 % tiene pareja estable.

Gráfica 1  
Estado civil



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH



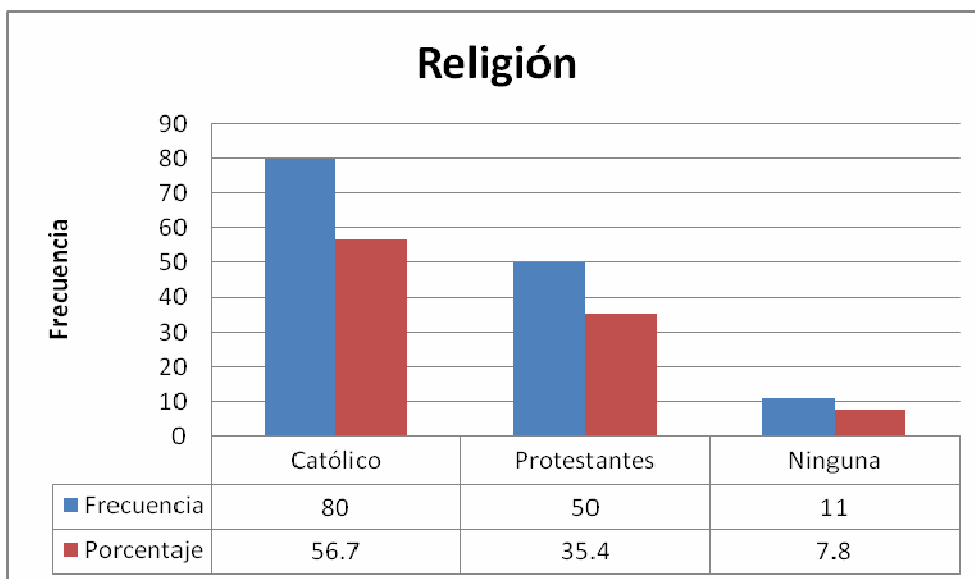
Cuadro 2  
**Frecuencia de religión**

Religión	Número	Porcentaje %
Católico	80	56.7
Protestantes	50	35.4
Ninguna	11	7.8
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 56.7% reportaron ser católicos.

Gráfica 2  
Religión



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

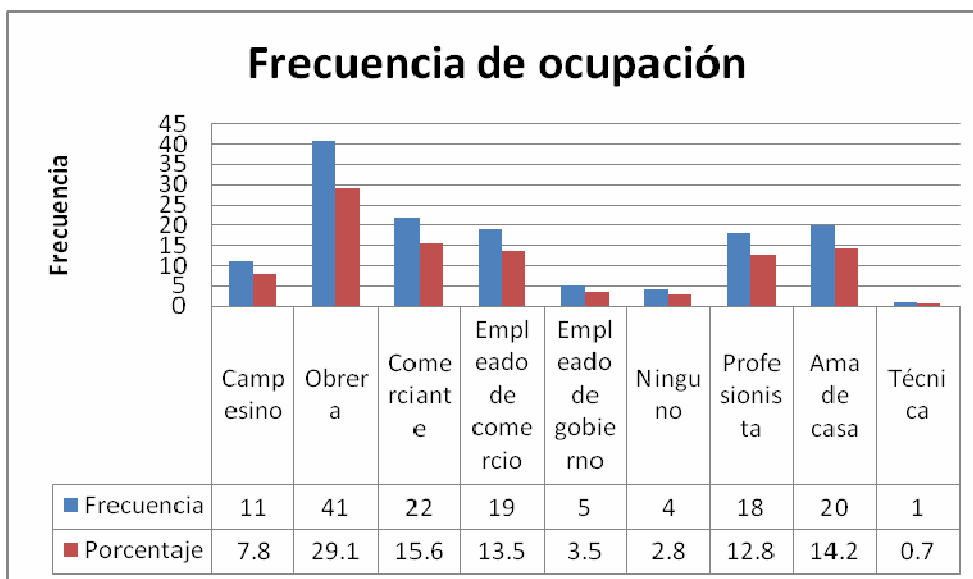
**Cuadro 3**  
**Frecuencia de ocupación**

Ocupación	Numero	Porcentaje %
Campesino	11	7.8
Obrera	41	29.1
Comerciante	22	15.6
Empleado de comercio	19	13.5
Empleado de gobierno	5	3.5
Ninguno	4	2.8
Profesionista	18	12.8
Ama de casa	20	14.2
Técnica	1	.7
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 29 % de los pacientes encuestados son obreros.

Grafica 3  
**Frecuencia de ocupación**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

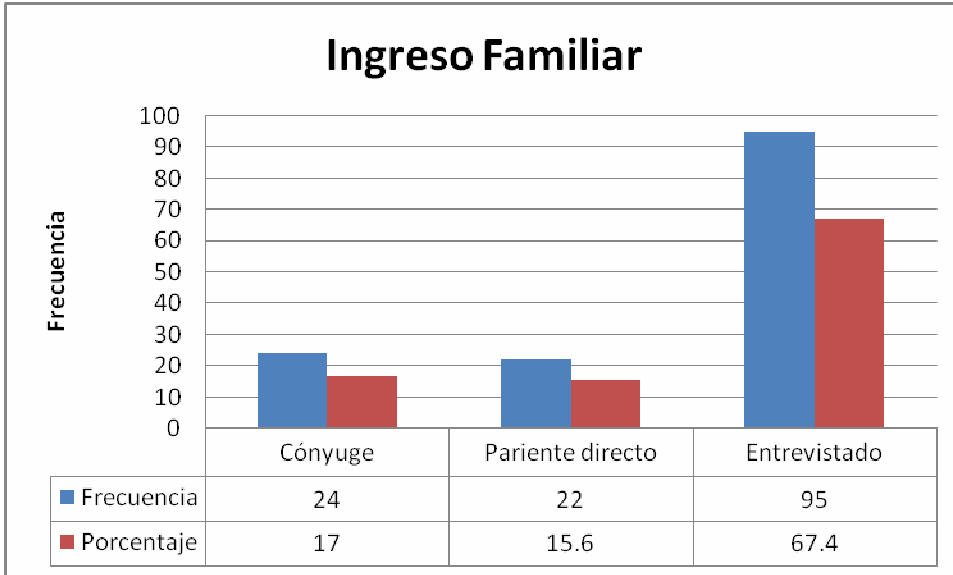
Cuadro 4  
**Frecuencia de aporte de ingreso**

Aporte	Número	%
Cónyuge	24	17.0
Pariente directo	22	15.6
Entrevistado	95	67.4
Total	141	100.0

Encuestas de estado de salud en pacientes con VIH

El 67% de ingreso lo aporta el entrevistado.

Grafica 4  
**Frecuencia de aporte de ingreso**



Encuestas de estado de salud en pacientes con VIH

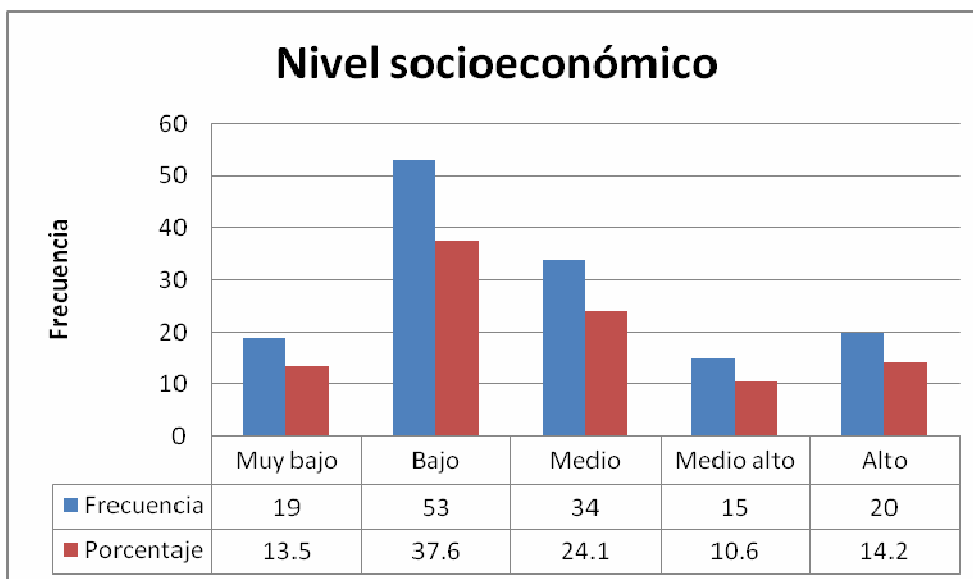
**Cuadro 5**  
**Frecuencia de Nivel socioeconómico**

Nivel Socioeconómico	Numero	Porcentaje %
Muy bajo	19	13.5
Bajo	53	37.6
Medio	34	24.1
Medio alto	15	10.6
Alto	20	14.2
Total	141	100.0

Encuestas de estado de salud en pacientes con VIH

El 37% son de nivel socioeconómico bajo

Grafica 5  
**Frecuencia de Nivel socioeconómico**



Encuestas de estado de salud en pacientes con VIH



Cuadro 6  
**Tipo de familia por su desarrollo**

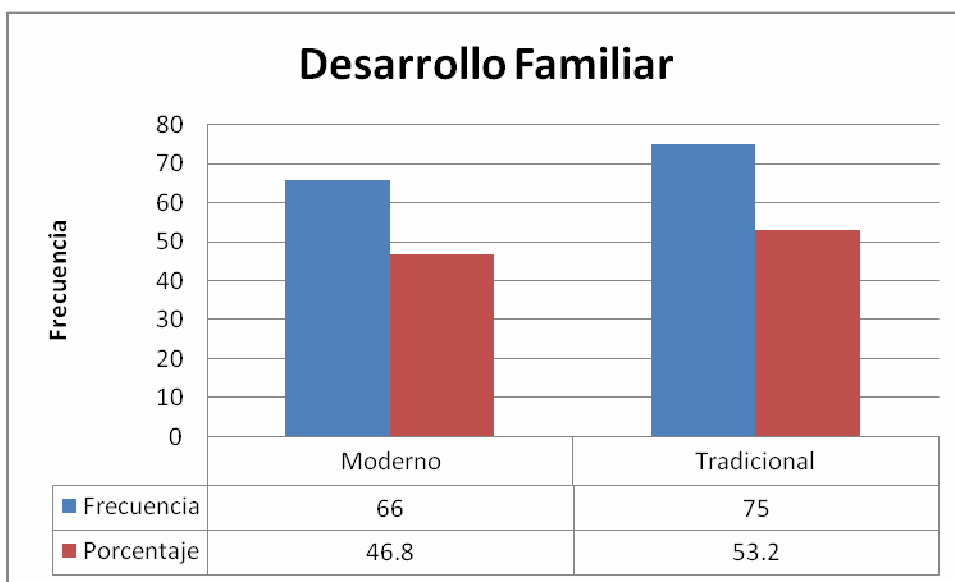
Desarrollo	Número	Porcentaje %
Moderno	66	46.8
Tradicional	75	53.2
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 53% su desarrollo es tradicional

|

Gráfica 6  
Tipo de familia por su desarrollo



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Cuadro 7

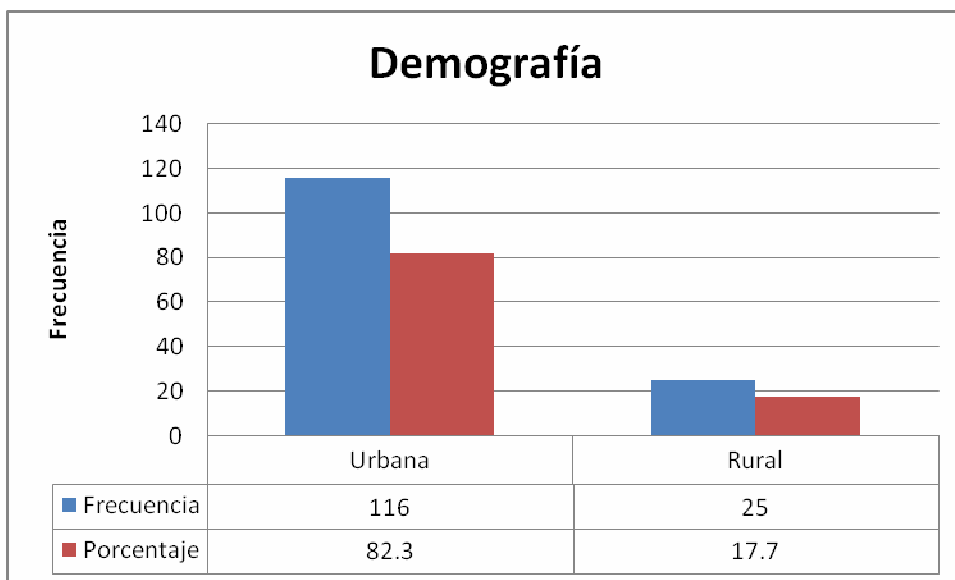
**Tipo de familia por su demografía**

Demografía	Número	Porcentaje %
Urbana	116	82.3
Rural	25	17.7
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 82% su demografía es Urbana

Grafica 7  
Tipo de familia por su demografía



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Cuadro 8

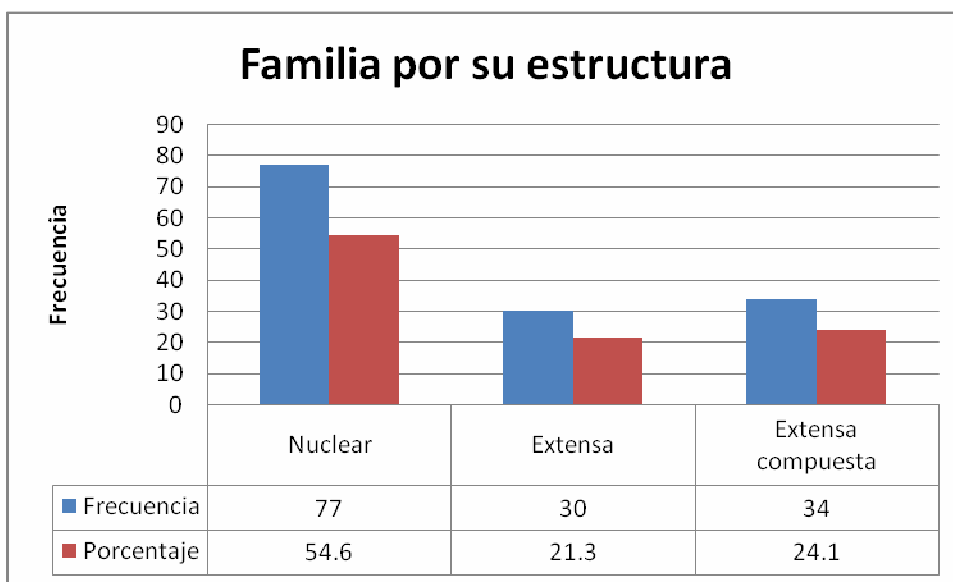
**Tipo de familia por su estructura**

Estructura	Número	Porcentaje %
Nuclear	77	54.6
Extensa	30	21.3
Extensa compuesta	34	24.1
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 54% su estructura es Nuclear

Gráfica 8  
**Tipo de familia por su estructura**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

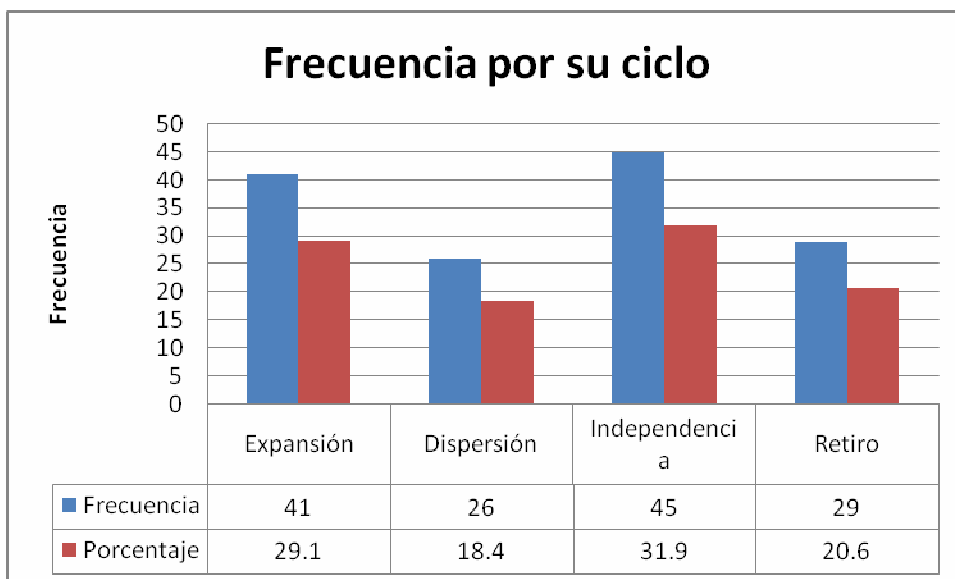
**Cuadro 9**  
**Fases del ciclo vital**

Ciclo vital	Número	Porcentaje %
Expansión	41	29.1
Dispersión	26	18.4
Independencia	45	31.9
Retiro	29	20.6
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Para este estudio el 31.9% de los pacientes reportaron estar en el ciclo vital de independencia.

Gráfica 9  
Fases del ciclo vital.



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH



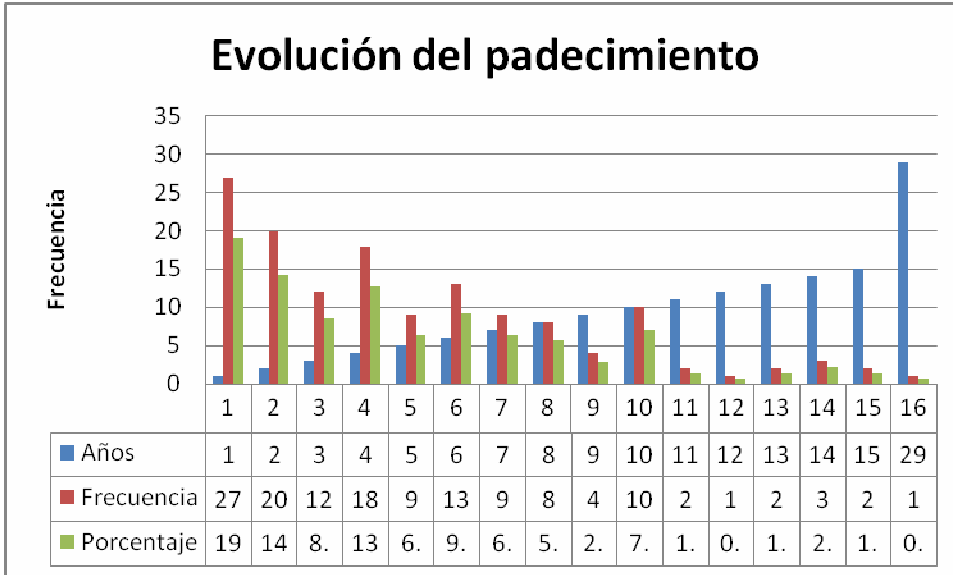
**Cuadro 10**  
**Tiempo de evolución del padecimiento**

Evolución del Padecimiento (años)	Numero	Porcentaje %
1	27	19.1
2	20	14.2
3	12	8.5
4	18	12.8
5	9	6.4
6	13	9.2
7	9	6.4
8	8	5.7
9	4	2.8
10	10	7.1
11	2	1.4
12	1	.7
13	2	1.4
14	3	2.1
15	2	1.4
29	1	.7
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 98% de la población estudiada , su mayor índice es hasta los 10 años de evolución.( media 5.12 años+- 4.12)

Grafica 10  
**Tiempo de evolución del padecimiento**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

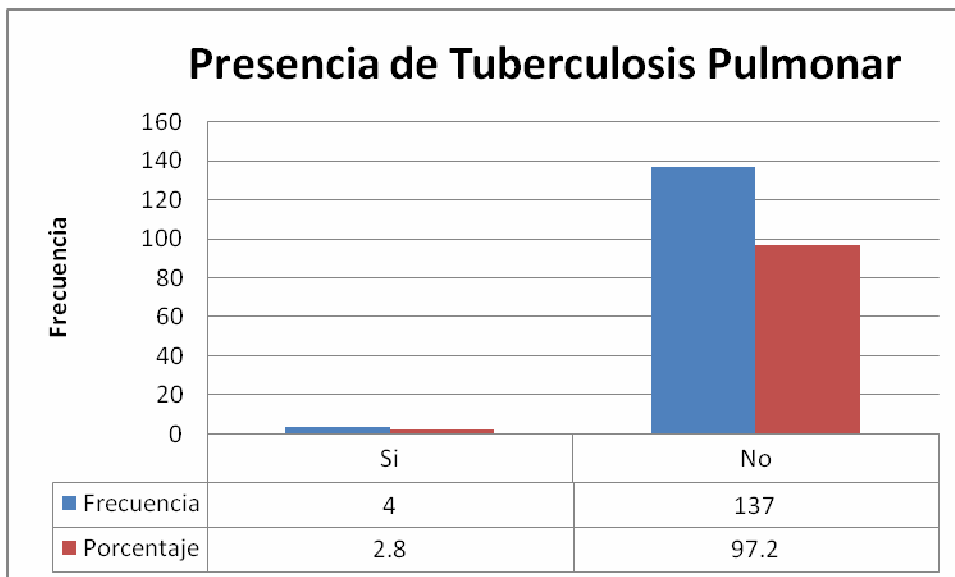
Cuadro 11  
**Frecuencia por Tuberculosis Pulmonar**

Tuberculosis Pulmonar	Número	Porcentaje %
Si	4	2.8
No	137	97.2
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

En el 97% de los pacientes no se asocia VIH con Tuberculosis Pulmonar

Gráfica 11  
**Frecuencia por Tuberculosis Pulmonar**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

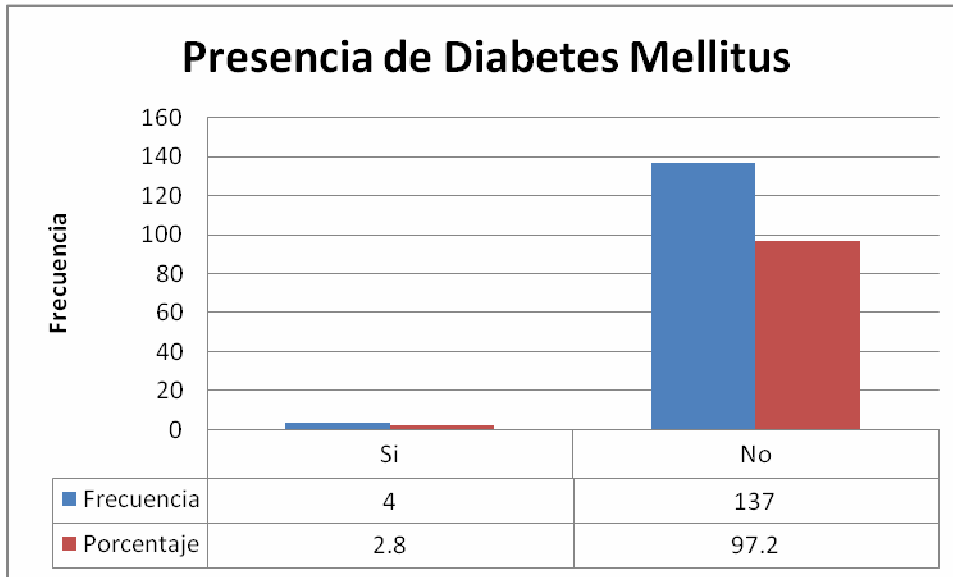
Cuadro 12  
**Frecuencia de diabetes mellitus**

Diabetes Mellitus	Número	Porcentaje %
Si	4	2.8
No	137	97.2
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

En el 97% de los pacientes no se asocia VIH con Diabetes Mellitus.

Gráficas 12  
**Frecuencia de diabetes mellitus**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

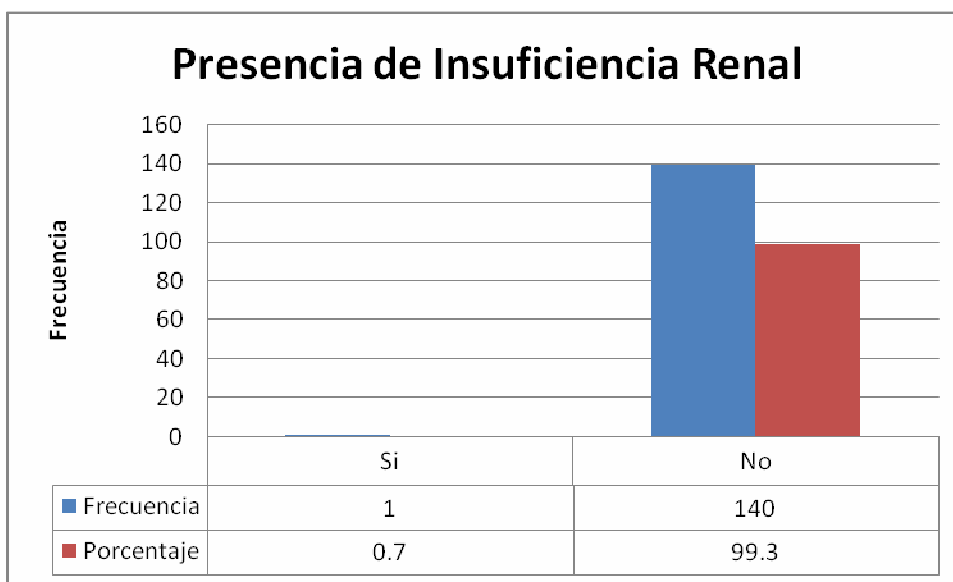
Cuadro 13  
**Frecuencia de Insuficiencia Renal**

Insuficiencia Renal	Número	Porcentaje %
Si	1	.7
No	140	99.3
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

En el 99% de los pacientes no se asocia VIH con Insuficiencia Renal

Gráfica 13  
**Frecuencia de Insuficiencia Renal**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH



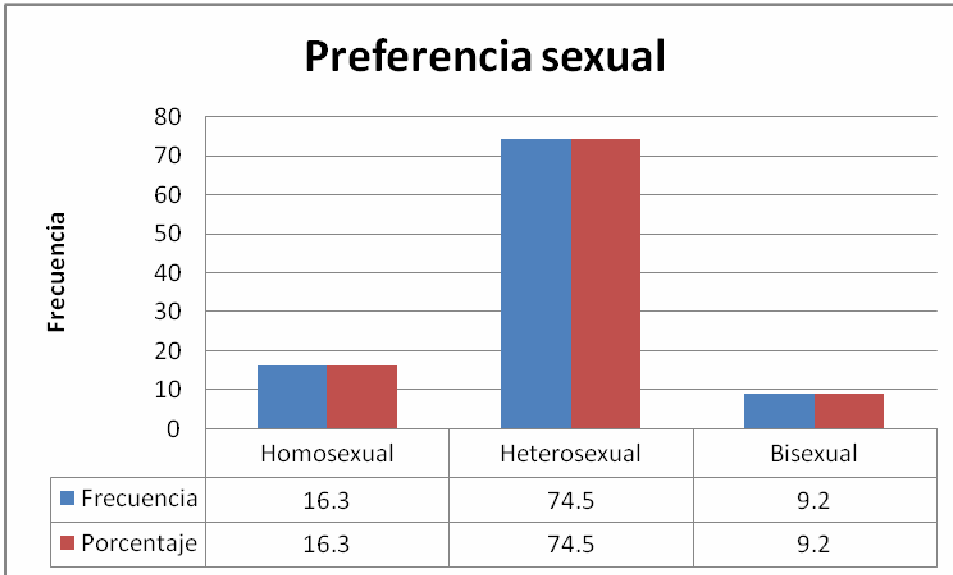
**Cuadro 14**  
**Frecuencia por Preferencia Sexual**

Preferencia Sexual	Número	Porcentaje %
Homosexual	16.3	16.3
Heterosexual	74.5	74.5
Bisexual	9.2	9.2
Total	100.0	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 74% Su preferencia sexual es heterosexual

Gráfica 14  
**Frecuencia por Preferencia Sexual**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

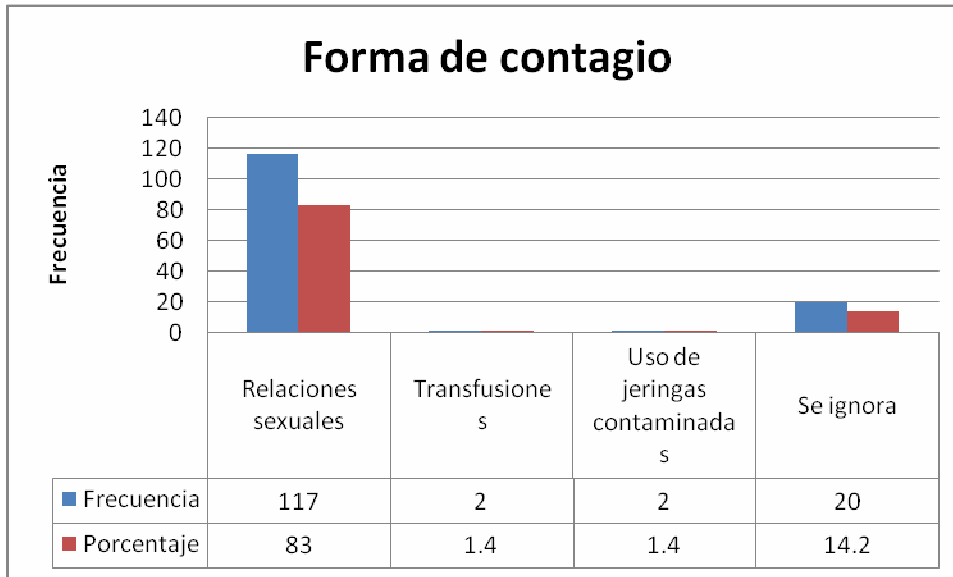
Cuadro 15  
**Tipo de forma de contagio**

Forma de contagio	Número	Porcentaje %
Relaciones sexuales	117	83.0
Transfusiones	2	1.4
Uso de jeringas contaminadas	2	1.4
Se ignora	20	14.2
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 83% fué por transmisión sexual

Grafica 15  
**Tipo de forma de contagio**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

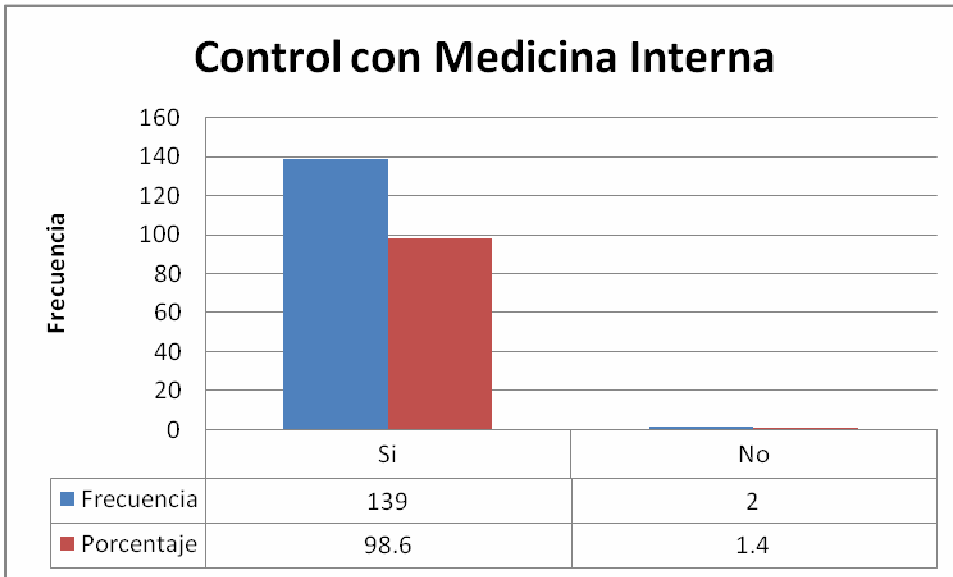
Cuadro 16  
**Control con Medicina Interna**

Control en Medicina Interna	Número	Porcentaje %
Si	139	98.6
No	2	1.4
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 98% llevan control con Medicina Interna

Gráfica 16  
**Control con Medicina Interna**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Cuadro 17

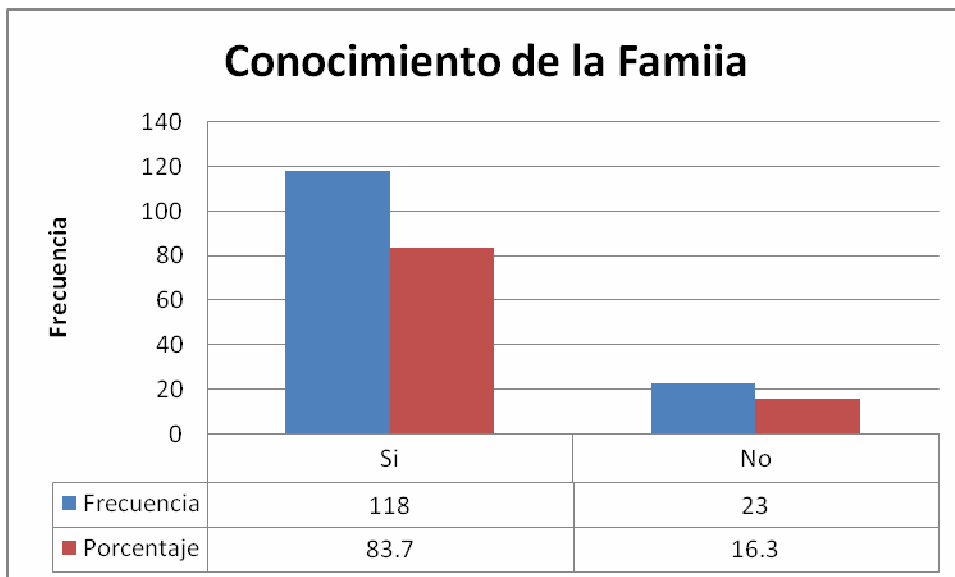
**Conocimiento del padecimiento por la familia**

Conocimiento del padecimiento por la familia	Número	Porcentaje %
Si	118	83.7
No	23	16.3
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

En el 83% la familia está enterada

Gráfica 17  
**Conocimiento del padecimiento por la familia**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH



Cuadro 18

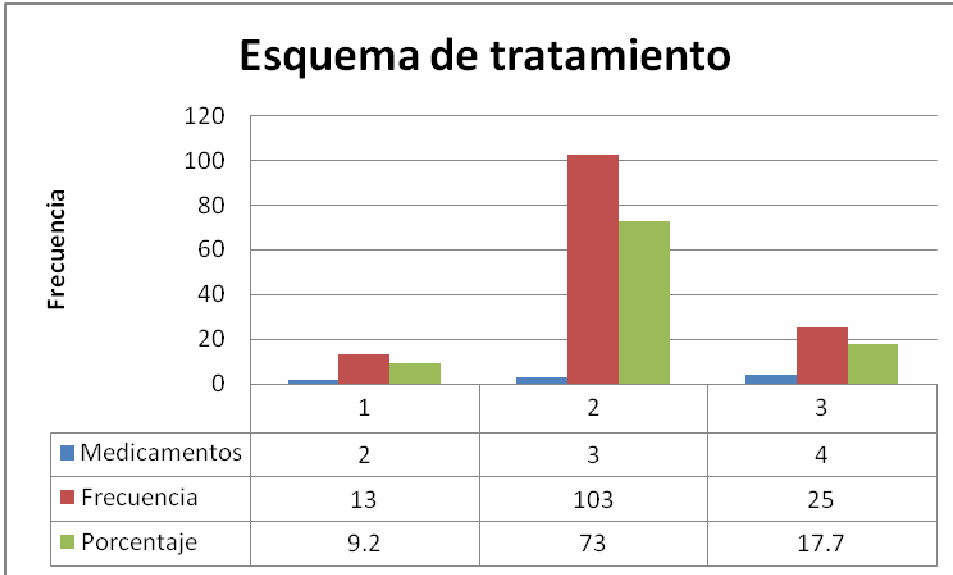
**Tipo de esquemas de tratamiento**

Esquema de Tratamiento	Número	Porcentaje %
2	13	9.2
3	103	73.0
4	25	17.7
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 73% de los pacientes llevan un esquema de 3 medicamentos

Gráfica 18  
**Tipo de esquemas de tratamiento**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

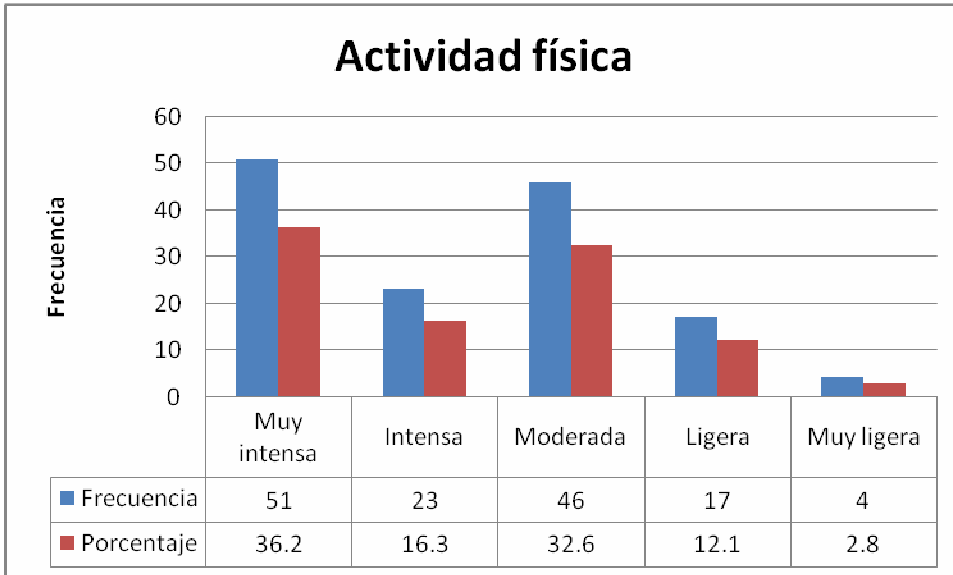
**Cuadro 19**  
**Forma Física**

Física	Número	Porcentaje %
Muy intensa	51	36.2
Intensa	23	16.3
Moderada	46	32.6
Ligera	17	12.1
Muy ligera	4	2.8
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 36.2% tienen actividad física muy intensa

Gráfica 19  
**Forma Física**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

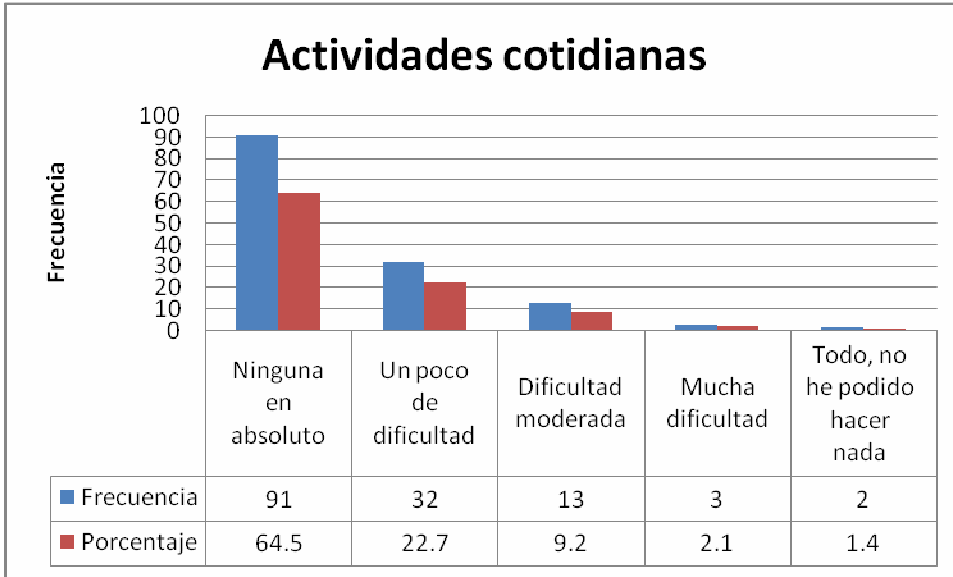
**Cuadro 20**  
**Actividades Cotidianas**

Cotidianas	Número	Porcentaje %
Ninguna en absoluto	91	64.5
Un poco de dificultad	32	22.7
Dificultad moderada	13	9.2
Mucha dificultad	3	2.1
Todo, no he podido hacer nada	2	1.4
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

.El 64.5% reportaron que sus actividades cotidianas no se modificaron en lo absoluto por la enfermedad.

Gráfica 20  
**Actividades Cotidianas**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

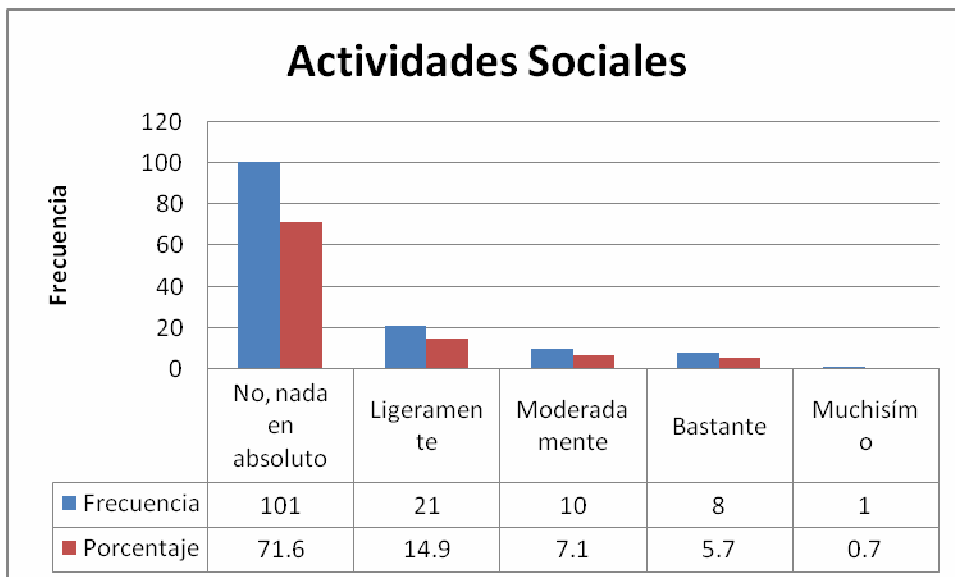
Cuadro 21  
**Actividades sociales**

Actividades sociales	Número	Porcentaje %
No, nada en absoluto	101	71.6
Ligeramente	21	14.9
Moderadamente	10	7.1
Bastante	8	5.7
Muchísimo	1	.7
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 71.6% reportaron que sus actividades sociales no se modificaron en lo absoluto

Gráfica 21  
**Actividades sociales**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH



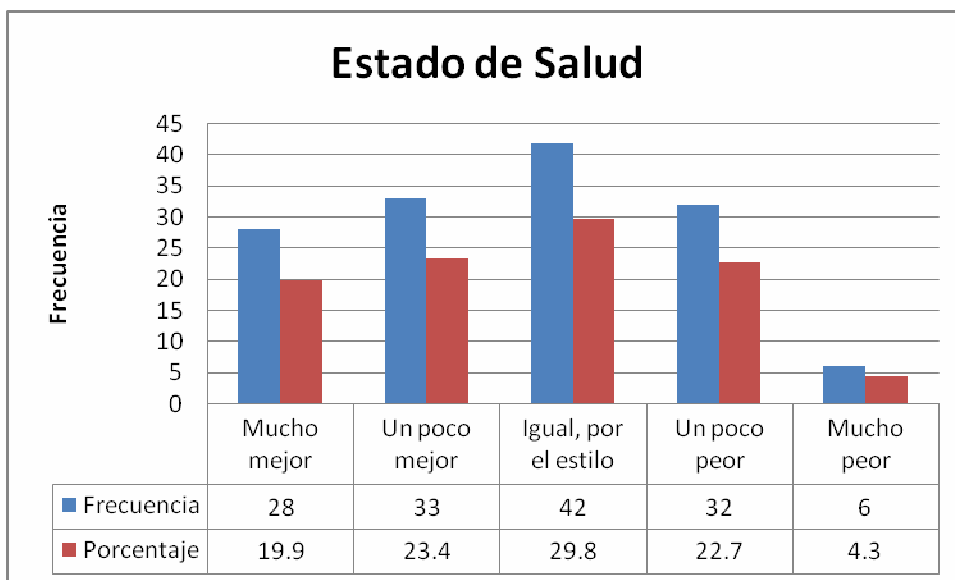
Cuadro 22  
**Estado de Salud**

Estado de salud	Número	Porcentaje %
Mucho mejor	28	19.9
Un poco mejor	33	23.4
Igual, por el estilo	42	29.8
Un poco peor	32	22.7
Mucho peor	6	4.3
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Comentario: El 29.% reportaron que en su estado de salud fué como siempre.

Gráfica 22  
**Estado de Salud**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

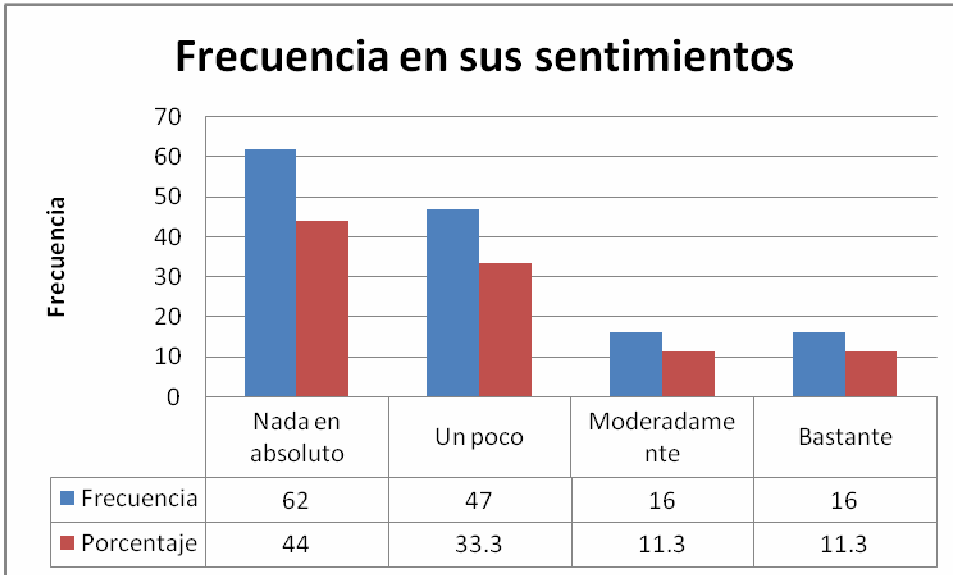
**Cuadro 23**  
**Sentimientos**

Sentimientos	Número	Porcentaje %
Nada en absoluto	62	44.0
Un poco	47	33.3
Moderadamente	16	11.3
Bastante	16	11.3
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 44% reportaron que en sus sentimientos no hubo cambios.

Gráfica 23  
**Frecuencia de Sentimientos**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

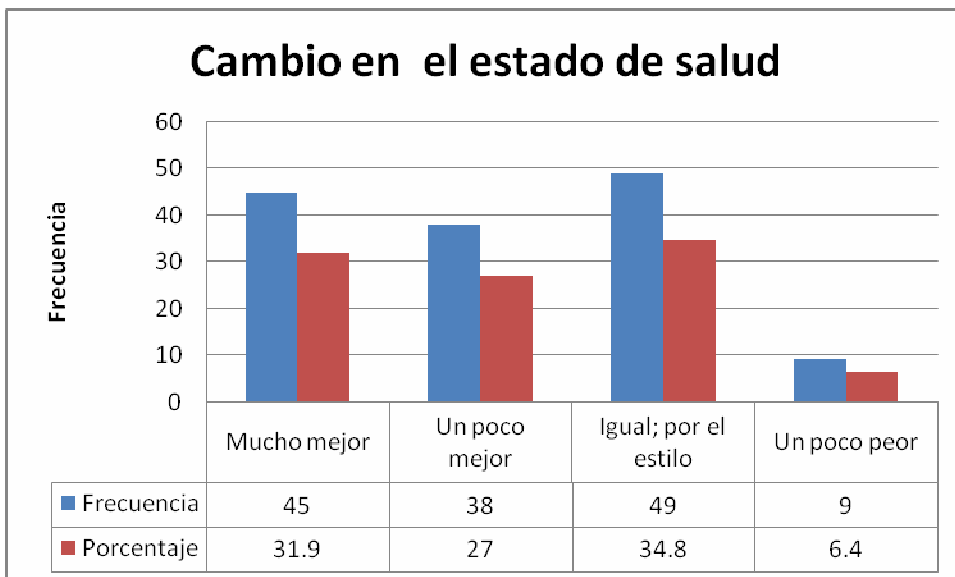
Cuadro 24  
**Cambio en el Estado de Salud**

Cambio en el estado de salud	Número	Porcentaje %
Mucho mejor	45	31.9
Un poco mejor	38	27.0
Igual; por el estilo	49	34.8
Un poco peor	9	6.4
Total	141	100.0

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

El 34.8% reportaron que el cambio en su estado de salud fué como siempre.

Gráfica 24  
**Cambio en el Estado de Salud**



Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Cuadro 25

**Medias de las dimensiones del cuestionario Coop- wonca**

Dimensión	Media	Desviación estandard	Minimo	Maximo
Forma Física	2.29	1.16	1	5
Actividades Cotidianas	1.53	.85	1	5
Actividades sociales	1.48	.90	1	5
Estado de Salud	2.6	1.15	1	5
Sentimientos	1.9	1	1	4
Cambio del estado de salud	2.15	.95	1	4
COOP-WONCA total	12.06	4.3	6	26

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Los promedio mayores fueron en forma fisica y estado de salud.

Cuadro 26

**Medias del Cuestionario general de salud**

Item	Media	Desviación estandar	Mínimo	Máximo
GHQ1	1.02	.61	.00	3.00
GHQ2	.65	.79	.00	3.00
GHQ3	.67	.64	.00	3.00
GHQ4	.85	.62	.00	3.00
GHQ5	.70	.77	.00	2.00
GHQ6	.63	.73	.00	3.00
GHQ7	.82	.64	.00	2.00
GHQ8	.73	.66	.00	3.00
GHQ9	.70	.77	.00	3.00
GHQ10	.36	.65	.00	3.00
GHQ11	.26	.59	.00	3.00
GHQ12	.80	.63	.00	3.00
GHQ TOTAL	8.24	5.18	.00	28.00

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Las medias mayores fueron en los items 1, 4 y 7.



Cuadro 27  
**Correlación entre Coop Wonca y GHQ total**

	GHQ total	Coefficiente de determinación	Valor de p
Coop Wonca	.707 (Pearson)	.49	.005

Encuesta de estado de salud en pacientes con VIH

Se encontró correlación positiva entre los puntajes de ambos cuestionarios.

El 49 % de la variación del Coop wonca es explicado por el puntaje total del GHQ.

## Discusión:

Se debe reconocer que una de las limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra estudiada, sin embargo se entrevistó a la totalidad del universo de pacientes con VIH-SIDA.

Para este estudio se encontró la media de edad de pacientes encuestados de 42 +- 12 años de edad, el 32.6% reportaron estado civil casados, la ocupación mas frecuente fué la obrera y ellos mismos aportan el ingreso familiar en un 67%, el nivel socioeconomico bajo fué el mas frecuente con un 37.6%, contrario en un estudio realizado en mujeres en periodo de climaterio predominando el estrato social medio <sup>(22)</sup>

Las características familiares que predominaron fueron familias tradicionales, urbanas, nucleares y en etapa de ciclo vital de independencia, la media de años de evolución de padecer VIH fué de 5.12 +- 4.12 años, el 83% reportó el contagio para VIH por relaciones sexuales. Asi también se destacó que las cifras de mujeres infectadas fueron inferiores a los de los hombres proporción por sexo 2 hombres/1 mujer como los encontrados en un estudio que se realizó a 42 pacientes en archivos policlínicos "Heroes del Moncada" <sup>(13)</sup> Es importante considerar que el presente estudio tiene algunas limitaciones como el hecho de que la muestra fué de conveniencia, sin embargo se entrevistó a la totalidad de los pacientes VIH-SIDA atendidos en un Hospital General de Zona.

La calidad de vida incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en el empleo así como situaciones económicas <sup>(22)</sup> Al medir la calidad de vida, encontramos que las medias mayores del cuestionario Coop Wonca fueron en la dimensiones forma física (2.29+-1.16) y estado de salud (2.6+-1.15) lo cual es semejante a lo reportado Arenas y cols. En una muestra de pacientes en tratamiento de hemodialisis <sup>(20)</sup>

Bowling y Farquhar señalan que las variables de salud tienen una mayor relación con la salud mental, al igual que en nuestro estudio <sup>(6)</sup> . El GHQ, que mide el estado general de salud mental, reportó mas altas calificaciones en el item 1(Frecuencia de concentración), media de 1.02+-6.14, el item 4(Frecuencia de

tomar decisiones), media de 0.85 +- 0.62 y el ítem 7(Frecuencia de actividades), media de 0.82 +- 0.64 <sup>(10)</sup>

Se encontró significancia estadística entre los puntajes totales de los cuestionarios de Coop Wonca y el GHQ, con valor de  $p \leq 0.05$

El 49 % de la variación del Coop wonca es explicado por el puntaje total del GHQ.

## **Conclusiones:**

La población que se estudió fue un total de 150 pacientes de ambos sexos, de los cuales 141 participaron en este estudio (94%) excluyéndose unos por estar hospitalizados, porque presentaban patologías que les impidían responder .

De acuerdo a las observaciones realizadas y a los resultados que se obtuvieron mediante la aplicación de los cuestionarios a los 141 pacientes en el hospital general en la ciudad de Tapachula, arrojaron que la edad promedio de las personas con este padecimiento es de 42+-12 años, y que estas sea el 32.6% son casado, lo cual nos indica que el estado civil no es un problema que influya para contraer la enfermedad, (cuadro No. 1) así mismo tampoco encontramos distinción de tipo religiosos, prácticamente no existe diferencias entre una y otra de manera sustantiva.(Cuadro No.2)

Para este estudio, el padecimiento se manifiesta mayormente en personas de ocupación obrera y comerciantes principalmente, (Cuadro No. 3) aunque si es relevante que son económicamente activos y de ellos dependen los ingresos familiares, (Cuadro No. 4) también se pudo constatar que el nivel socioeconómico de los pacientes es bajo, (Cuadro No. 5) es importante señalar que los pacientes encontrados en su mayoría radican en la zona urbana, (Cuadro No. 7) en cuanto que la media del tiempo de evolución es de 5.12 y el mayor índice de evolución es de 10 años. (cuadro No. 10)

Por otro lado también se pudo determinar no hay comorbilidades asociadas a VIH, como son: tuberculosis, diabetes o insuficiencia renal, (Cuadro No. 11,12 y 13). Aunque si se encontró que los pacientes con la enfermedad en su mayoría son heterosexuales 74.5% (Cuadro No. 14) y el contagio básicamente es de tipo heterosexual en un 80% (Cuadro No. 15). En cuanto al control de medicina interna se encontró que el 98.6% lleva un buen control, (Cuadro No. 16) así también la mayoría de los pacientes sus familiares tienen el conocimiento de sus padecimientos siendo este el 83.7%.(Cuadro No. 17). Por otro lado las encuestas nos permitió conocer que el 36.2% de los pacientes tiene actividades física normal. (Cuadro No. 19). Los pacientes realizan sus actividades cotidianas sin ningún problema sin sufrir alguna modificación en un 64.5%, (Cuadro No. 20) al

igual se realizan las actividades sociales normales en un 71.6% (Cuadro No. 21) de los pacientes.

De acuerdo a nuestro estado no se encontró un cambio significativo en el estado de salud de los pacientes, al igual en cuanto a sus sentimientos o emociones las cuales se ven controlados de acuerdo a los datos recibidos, esto puede establecerse en los (Cuadros No. 22,23 y 29).

Este estudio nos permitió saber sobre las condiciones del estado de ánimo en que se encuentran los pacientes y la actitud que presentan ante las dificultades personales, así como la manera de disfrutar de las actividades que desarrollan en su vida cotidiana, enfrentando sus problemas con optimismo, superando el estado depresivo de manera significativa, (Cuadro 29, 30 y 36).

Finalmente el GHQ nos permite encontrar un estado de salud bueno dentro de lo que un paciente con esta enfermedad puede representar, lo que nos indica que el estado psicológico de los pacientes con VIH SIDA objeto de este estudio ha asimilado la enfermedad de manera posible de acuerdo a la atención recibida y al apoyo brindado por sus familiares demostrándose una correlación entre el estado de salud y las condiciones psicológicas que se presenta a lo largo del desarrollo de la enfermedad.

### **Recomendaciones:**

1.- Promover conductas sexuales responsables y seguras en toda la población, con énfasis en los grupos vulnerables.

2.- Se promoverá la sensibilización de la familia de los pacientes con VIH/SIDA siendo que el entorno familiar también influye en esta patología, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio emocional de los pacientes .

3.- Con apoyo de psicología se formarán grupos de apoyo para pacientes con VIH/SIDA.

4.- Grupos de apoyo con mayor conocimiento sobre la enfermedad por parte de los pacientes .

5.- Elaborar estrategias para detectar los contactos de los enfermos detectados con el fin de interrumpir la cadena de contagio.

5- Promover el requerimiento necesario de medicamentos para mejorar aún más el estado de salud del paciente.

6.- Aplicación de instrumento general de salud mental en la consulta diaria a los pacientes con VIH /SIDA e identificar factores de riesgo de psicología.

## **Bibliografía:**

1. Breslow P. Health status measurement in the evaluation of health promotion. *Medical Care* 1989; 27 (3): S205-16.
2. Bergner M. Measurements of health status. *Medical Care* 1985; 23 (5): 696-704.
3. Velarde- Jurado E, Avila- Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública Méx.* 2002; 44: 349-361.
4. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *Jama* 1997; 278: 47-50.
5. Consiglio E, Belloso W. Nuevos indicadores clínicos la calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina (Buenos Aires)* 2003; 63(2): 172-178.
6. Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria-The influence of the social network on mental health in the elderly Barcelona* 2004; 18(2): 1-19.
7. Rodríguez M,O, Apolinar J,J, Pennini<sup>2</sup>, Alonso AI. Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevante. *Revista Cubana de Medicina General Integral. Cuba* 2003; 19 (4): 1-8.
8. Cortés I, Artazcoz L, Rodríguez – Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Barcelona.* 2004; 18 (5): 1-10.
9. Mariné A, López V, Peña P, Real J, Varela P. Valoración del malestar psíquico en los exámenes de salud y en la evaluación de riesgos psicosociales. [http://www.acosomaral.org/pdf/sevilla\\_06/0359.pdf](http://www.acosomaral.org/pdf/sevilla_06/0359.pdf)
10. Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Cruz C, Weil K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuro- psiquiat* 2003; 41(2): 103-109.
11. Galverni E, Pozo,P, Bellini M. Estudios sobre síntomas de pánico en atención primaria. *Aten Primaria.* 2005; 36(6): 312-6

12. Garcia, M, A, Mansilla JJ, Nieto, E, Cereto, MR, Salas, F. Calidad de Vida relacionada con la Salud de pacientes infectados por VIH medido por el Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*. 2001; 18(2): 74-79.
13. Casanova, C. Situación epidemiológica de la infección por el VIH en el área de salud del policlínico "Héroes del Moncada". *Rev. Cubana Enfermer* 2006; 22(2).
14. Badia X, Baró E. Cuestionario de salud en España y su uso en atención primaria. *Atención primaria*. 2001; 28(5): 349-356.
15. Velarde J E, Avila F C. Consideraciones metodológicas para evaluar la Calidad de vida. *Salud pública Mex*. 2002; 44: 448-463.
16. Concepto básico para el estudio de la familia. *Archivos en medicina familiar*. 2005; 7(1): 15-19.
17. Editorial. Elementos esenciales de la familia. *Archivos en medicina familiar*. 2005; 7(1): 13-14.
18. Lizan L, Reig A. La evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en la Consulta : las viñetas Coop/Wonca. *Aten primaria*. 2002; 29 (6): 378-384.
19. Lizán T, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten. Primaria*. 1999; 24 (2): 75-82.
20. Arenas M D, Moreno E, Reig A, Millán I, Egea J J, Amoedo M T. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las laminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Nefrología* 2004; XXIV (5): 470-479.
21. ..Zuñiga M A, Carrillo-Jiménez G T, Fos P J, Gandek B, Medina-Moreno M R. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública Méx*. 1999; 41: 110-118.
22. Texón-Fernández O, Márquez-Celedonio FG. Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo. *Rev Med* 2006; 44 (6): 541-545.
23. Oscanoa T, Lira G. Calidad de prescripción de medicamentos en pacientes geriátricos. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2005; 66(3): 195-2002.
24. Cortés I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac. Sanit* 2004; 18(5): 1-10.



25. Franco ML, Alonso A. Medidas de la calidad de vida mediante las láminas Coop-Wonca en una muestra de pacientes con fibromialgias tratadas con pregabalina. Rev Soc Esp Dolor 2006; 13(1): 10-17.
26. RC. García. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg, adaptación Cubana. Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(1): 88-97.
27. Quibriera IR et al. Prevalencia de diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia y factores de riesgo en función del nivel socioeconómico. Rev Invest Clin 1994; 46:25-36.

## Anexos

Cronograma:

ACTIVIDADES	Meses.
Recopilación de la información	Julio- Agosto 2006
Análisis de la información	Agosto 2006
Elaboración de protocolo	Septiembre- Diciembre 2006
Revisión y registro de protocolo	Enero-Marzo 2007
Recolección de datos	Julio- Diciembre 2007
Análisis de los resultados	Junio 2007
Difusión de los resultados	Julio- Agosto 2007

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición.	Indicadores
Edad.	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Num. de años vividos hasta el momento del registro	Discreta	Años cumplidos
Sexo.	Cualitativo	Condición de macho o hembra	Características fenotípicas del individuo al momento del estudio	Nominal	Femenino Masculino
Ocupación.	Cualitativo	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Actividad laboral que desempeña	Nominal	Campesino Obrero Empleo de gobierno Profesionista Ama de casa Pensionado Desempleado
Escolaridad	Cualitativa.	Proceso bidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.	Grado de escolaridad formal	Ordinal	Analfabeto. Primaria incompleta. Primaria Secundaria Preparatoria Universidad

Medio donde vive	Cualitativa	Lugar donde se habita	Lugar donde reside el paciente al momento del registro	Nominal	Urbano Rural
Estado civil	Cuantitativa	Situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	Lazos de unión y/o convivencia de las personas	Nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo(a)
Nivel socioeconómico	Cualitativo	Capa o nivel de una sociedad.	Estará dado por el ingreso del jefe de familia mediante la escala de Quibrera	Ordinal	Muy bajo Bajo Medio Medio alto Alto (Quibrera)
Tipo de familia por su estructura	Cualitativa	Es la clasificación de familia con base a su estructura	Es el tipo de familia que tenga el paciente al momento del registro	Nominal	Nuclear Extensa Extensa compuesta.
Desarrollo familiar	Cualitativa	Clasificación de la familia en base a su desarrollo cultural.	Desarrollo cultural que tenga la familia del entrevistado.	Nominal	Tradicional Moderna.
Por su desarrollo comunitario	Cualitativa	Clasificación de la familia en base al lugar donde vive	Estará dada por el lugar donde viva el individuo al momento del registro	Nominal	Urbana rural

Ciclo vital de la familia.	Cualitativa	Etapa de evolución y desarrollo de la familia.	De acuerdo a la etapa de evolución y desarrollo por la que está atravesando la familia en el momento del estudio.	Ordinal	Formación Extensión Contracción Disolución.
Sedentarismo.	Cualitativa.	Vida de poca agitación o movimiento.	Es el uso que le da la persona a su tiempo libre al momento del registro.	Nominal	Activo Pasivo.
Estado de Salud	Cuantitativa	Es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.	Es la autopercepción del paciente de su salud medido con el cuestionario COOP-WONCA	Continua	El puntaje que obtenga.
Psicopatología	cualitativa	Evaluación de la salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.	Es la autopercepción del paciente al momento del cuestionario GHQ-12	Continua	El puntaje que obtenga el entrevistado

Comorbilidad	Cualitativa	El presentar otra patología agregada además de la principal	Si está registrado en su expediente otra patología además de la principal	Nominal	Si No
Preferencia sexual	Cualitativa	Con qué sexo se tiene relaciones sexuales, se prefiere tenerlas o se fantasea con tenerlas.	Es la que manifieste el paciente al momento del registro	Nominal	Homosexual Bisexual Heterosexual
Forma de contagio	Cualitativa	Mecanismo de adquisición del padecimiento de fondo	Mecanismo del contagio que refiera el paciente al momento del registro	Nominal	Relaciones sexuales. Transfusionales. Uso de jeringas. Otros.
Esquema de tratamiento	Cualitativa	Medicamentos utilizados para el tratamiento del padecimiento principal	Esquema de tratamiento utilizado en el último mes al momento del registro	Nominal	1)Zidovudina. 2)Saquinavir etc

Anexos:

Carta de consentimiento informado para realizar proyecto de investigación.

Tapachula, Chiapas, de Cordova y Ordoñez., a \_\_\_\_\_ de Julio del 2007.

Por medio de la presente autorizo que me realicen las encuestas correspondientes para la realización de este estudio, las cuales son: Cuestionario de variables sociodemográficas, estado de salud las láminas Coop-Wonca y Cuestionario General de Salud versión corta (GHQ-12).

Participaré en el proyecto de investigación titulado: Estado de Salud y su correlación con la Psicopatología en pacientes con VIH-SIDA.

Registrado ante el comité local de investigación en salud con el número \_\_\_\_\_

El objetivo general del estudio es Determinar el estado de salud de los pacientes con VIH-SIDA y su correlación con la psicopatología.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar las preguntas que están en las encuestas ya mencionadas para la realización de este estudio y que serán aplicadas por el investigador.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, pero que la encuesta que responderé no tiene riesgos, ni inconvenientes o molestias y que tiene como finalidad conocer el estado de salud de los pacientes con VIH-SIDA y su correlación con la psicopatología.

El investigador principal se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento ( en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso en mi tratamiento)

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre y firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador: Maricela Bautista Alejandre \_\_\_\_\_

Matricula 9379614

Nombre, firma, matrícula del investigador principal: \_\_\_\_\_

Números telefónicos a los cuales se pueden comunicar en caso de emergencia y / o dudas y preguntas relacionadas con el estudio . Cel. 019181000121

Testigos Nombre y Firma

\_\_\_\_\_

Anexo 1:  
Cuestionarios:

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General de Zona No. 1

Cuestionario de variables sociodemográficas del Protocolo Estado de Salud y su correlación con la psicopatología en pacientes con VIH-SIDA en el H.G.Z No. 1.

<p>1. No. DE ENCUESTA _____</p> <p>2. Número de Seguridad  <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </p> <p>3. _____  PATERNO                      MATERNO                      NOMBRE(S)  Unidad de adscripción _____</p> <p>4. Sexo:  1) Femenino    2) Masculino</p> <p>5. Lugar de origen _____</p> <p>5. Lugar de residencia _____</p> <p>6. Edad: _____</p> <p>7.-Estado civil:  1) Casado    2) Unión libre    3) Soltero  4) Separado o divorciado    5) Viudo</p> <p>8.-Religión:  1) Católica    2) Evangelista    2) Pentecostes  3) Adventista    4) Bautista    5) Testigos de Jehova  6) Mormones.    7) Ateos    8) Otras.</p> <p>9.- Escolaridad: Años estudiados.....</p> <p>10.-Ocupación:  1) Campesino    2) Obrera    3) Comerciante  4) Empleada de comercio  5) Empleada de gobierno    6) Técnica  7) Profesionista.</p> <p>10) Quién aporta el dinero para el sostén familiar:  1) Cónyuge    2) Pariente directo    3) Entrevistado.</p> <p>11) Quién es el jefe de la familia.....</p> <p>12) Cuánto gana quincenalmente el jefe de la familia:.....</p> <p>13) Nivel socioeconómico:  1) Muy bajo, 2) Bajo, 3) Medio, 4) Medio  5) Alto,</p> <p>Tipo de familia marque con una X:</p> <p>14) Desarrollo familiar: 1) Moderna ( )  2) Tradicional( )</p> <p>15) Por su desarrollo comunitario:  1) Urbana ( ) 2) Rural ( )</p>																					<p>16) Estructura:  1) Nuclear ( ) 2) Extensa ( )  3) Extensa compuesta ( )</p> <p>17) Etapa del ciclo vital de la familia:  1) Expansión  2) Dispersión                      3) Independencia  4) Retiro ( )</p> <p>Clínicas:  18) Evolución del padecimiento:  Años.....</p> <p>Padece usted alguna de estas enfermedades:</p> <p>19) Tuberculosis pulmonar:  1) Si 2) No.</p> <p>20) Diabetes Mellitus 1) Si 2) No</p> <p>21) Insuficiencia renal: 1) Si 2) No</p> <p>20) Preferencia sexual:  a) Homosexual b) Heterosexual  c) Bisexual.</p> <p>21) Forma de contagio:  1) Relaciones sexuales  2) Transfusionales  3) Uso de jeringas contaminadas  4) Se ignora</p> <p>22) Acude a control de medicina interna:  1) Si 2) No.</p> <p>23) Su familia conoce su padecimiento:                      1) Sí 2) No.</p> <p>24) Qué esquema de tratamiento - está tomando para su enfermedad:  1) Zidovudina . 2) Lamiduvina  3) Saquinavir 4) Nevirapina  5) Didanosina 6) Zalcitabina  7) Etavudina 8) Ritonavir  8) Esladuvina 9) Kaletra  10) Nelfinavir 11) Abacavir  12) Atazanavir 13) Tenofovir</p>



Cuestionario No. 2  
**LÁMINAS DE MEDICIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL**  
**COOP/WONCA**

**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará una serie de viñetas (dibujos) acerca de su estado de salud. Con ellas intentamos conocer mejor cómo es su salud.

Hay un total de 9 preguntas, una por cada página.

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas. Lea cada pregunta detenidamente y después rodee con un círculo el número (a la derecha del dibujo) que mejor describa su situación.






Es importante que responda a todas las preguntas

Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

Muchas gracias por su colaboración.






**FORMA FÍSICA**

Durante las 2 últimas semanas..., ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

<p><b>Muy intensa</b>                      (por ejemplo:                      correr deprisa)</p>		<p><b>1</b></p>
<p><b>Intensa</b>                      (por ejemplo:                      correr con suavidad)</p>		<p><b>2</b></p>
<p><b>Moderada</b>                      (por ejemplo:                      caminar a paso rápido)</p>		<p><b>3</b></p>
<p><b>Ligera</b>                      (por ejemplo:                      caminar despacio)</p>		<p><b>4</b></p>
<p><b>Muy ligera</b>                      (por ejemplo:                      caminar lentamente o no poder caminar)</p>		<p><b>5</b></p>






## SENTIMIENTOS

¿Durante las dos últimas semanas..., ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5






## ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las dos últimas semanas..., ¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

<b>Ninguna en absoluto</b>		<b>1</b>
<b>Un poco de dificultad</b>		<b>2</b>
<b>Dificultad moderada</b>		<b>3</b>
<b>Mucha dificultad</b>		<b>4</b>
<b>Todo, no he podido hacer nada</b>		<b>5</b>

## ACTIVIDADES SOCIALES

Durante las dos últimas semanas..., ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

<b>No; nada en absoluto</b>		<b>1</b>
<b>Ligeramente</b>		<b>2</b>
<b>Moderadamente</b>		<b>3</b>
<b>Bastante</b>		<b>4</b>
<b>Muchísimo</b>		<b>5</b>

## CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD






¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor		1
Un poco mejor		2
Igual; por el estilo		3
Un poco peor		4
Mucho peor		5

---

## ESTADO DE SALUD

Durante las dos últimas semanas..., ¿cómo calificaría su salud general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

### Cuestionario No.3

#### Escala de Salud General GHQ-12

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las 4 últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos que lo habitual\_\_\_\_\_

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_\_

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos útil que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_\_

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos capaz que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_\_

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_\_

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_\_

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?

Más que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_\_

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos capaz que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_\_

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_\_

10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_\_

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_\_

12) ¿Se siente razonablemente feliz ?

Más que lo habitual\_\_\_\_ Aproximadamente lo mismo que lo habitual\_\_\_\_  
Menos feliz que lo habitual\_\_\_\_ Mucho menos que lo habitual\_\_\_\_\_