



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Calidad de Vida en Mujeres con VIH”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

PAMELA GUADALUPE SOSA NÚÑEZ
REYNA GUADALUPE ORTEGA CRUZ

Director: Lic. Alejandro Gaona Figueroa

Dictaminadores: Lic. Guillermo Hernández Neria

Mtra. Margarita Martínez Rivera



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo de México, 2016



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 CELIA NÚÑEZ RUPERTO

AGRADECIMIENTOS

A La casa de la Sal por brindarnos el apoyo necesario para realización del presente trabajo.

A la Licenciada Socorro García Estrada por otorgarme la oportunidad de crecer de manera profesional y personal en un ambiente hospitalario.

"NO SIEMPRE HAY QUE SER FUERTE, PERO ESO NO IMPLICA QUE TE DES POR VENCIDA"

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. CAPÍTULO 1. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN MÉXICO	9
2.1 HISTORIA DE LA EPIDEMIA EN MÉXICO	9
2.2 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	12
2.3 FORMAS DE TRANSMISIÓN	13
2.4 ESTADÍSTICAS DEL VIH EN MÉXICO	15
2.5 ORGANIZACIONES CIVILES	16
3. CAPÍTULO 2. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SU ABORDAJE PSICOLÓGICO	18
3.1 LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	20
3.2 ¿QUÉ HACE EL PSICÓLOGO?	22
4. CAPÍTULO 3. SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN MÉXICO	24
4.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	28
5. CAPÍTULO 4. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN MUJERES	32
5.1 SITUACIÓN ACTUAL DE LAS MUJERES CON VIH	32
5.2 FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD AL VIH	34
5.3 RESPUESTA PREVENTIVA AL VIH	38
5.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	41
6. CAPÍTULO 5. SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN MÉXICO	43
6.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL VIH	43
6.2 FACTORES FISIOLÓGICOS QUE INFLUYEN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	46
6.3 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	48
7. MÉTODO	50
8. RESULTADOS	54
9. CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	84

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la problemática de salud que representa el Virus de Inmunodeficiencia Humana ha originado diversos cambios en las condiciones de vida de la población portadora y no portadora del país. Por lo tanto la presente investigación se torna relevante debido a que si bien hay diversos estudios referentes a las condiciones en las que el virus evoluciona, los aspectos médicos y de tratamiento pocos son los que se enfocan en los aspectos psicológicos que se desarrollan debido al diagnóstico, la calidad de vida que presentan las personas infectadas y las repercusiones que tienen en sus actividades diarias. Otro factor a considerar es que la mayoría de los estudios realizados se han enfocado en cubrir de manera general a la población infectada dejando de lado el estudio de poblaciones específicas, como los infantes y las mujeres; hablando específicamente de la población femenina en los últimos años han aumentado los casos de VIH, aunque se han tomado medidas al respecto poco ha disminuido la población portadora, volviéndose una la principal población vulnerable a nivel nacional.

Como se había mencionado anteriormente las investigaciones teóricas y metodológicas a nivel nacional son escasas, sobre todo en las entidades federativas como el distrito federal y el estado de México, por lo que es necesario investigar la relación que hay entre la calidad de vida de las mujeres y su diagnóstico de VIH. Investigaciones de este tipo se tornan relevantes en un contexto donde se considera a dicha enfermedad como crónica, disminuyendo los años de vida en personas que la sufren. En ese sentido, la revisión de las condiciones de vida en esta población permitirían entender las consecuencias que tienen los tratamientos y los factores psicosociales que afectan el bienestar y los beneficios del aumento de la vida y fundamentalmente el reconocimiento e identificación de los aspectos de mejoramiento de la calidad de vida, generales y específicos, útiles para realizar intervenciones efectivas.

Los orígenes del VIH/SIDA aún no son muy claros, la teoría mayor aceptada hasta el momento es que se trata de la mutación del virus de inmunodeficiencia presente en los simios, el cual afecta a las especies provenientes de África, la transmisión a los humanos se dio desde esta especie. La epidemia es reciente, en África y Europa los casos notificados datan del año 1959, mientras que en Norteamérica los primeros casos sucedieron en 1968, con el paso del tiempo se fue convirtiendo en una epidemia de dimensiones globales. En caso de Norteamérica, la infección fue documentada por primera vez en 1981, donde médicos de los Ángeles, California dieron a conocer cinco casos de un cuadro extraño y complejo entre varones homosexuales, gracias a que por este hecho se dio a conocer la enfermedad a nivel continental se popularizó la creencia de que las personas homosexuales eran las causantes de dicho virus y las enfermedades que traía consigo, dando formación a un estigma del que aún hoy en día se cree en muchas partes del mundo.

Se aumentó la discriminación hacia personas homosexuales, tanto a nivel laboral como personal, segregándolos (inclusive aquellos que eran sospechosos de ser homosexuales) de los lugares donde eran atendidos. El virus llegó a México proveniente de Estados Unidos entre los años 1981 y 1983, y al igual que en el país vecino se popularizó la idea de que esto era ocasionado por las personas gay, considerándolos como una “peste” ante toda la sociedad. Los casos registrados en 1983 fueron en hombres de un elevado nivel profesional que había residido en EUA y es hasta 1985 que se hace evidente la enfermedad en pacientes femeninas, cuyo único factor de riesgo fueron las transfusiones de sangre, cabe mencionar que las donaciones de sangre contaban con un bajo estándar de calidad y solo se solicitaban “donares profesionales” los cuales eran sangrados periódicamente para obtener productos sanguíneos, ante este hecho las políticas del uso de la sangre y plasma sufrieron grandes cambios, negando la libre comercialización de los mismos en los hospitales, esta medida jugo un papel primordial ante la contención de la epidemia.

Entre los años de 1990 y 1994 que se empiezan a tomar medidas de prevención propias, poco tiempo después se logró la inclusión de los medicamentos antiretrovirales en el cuadro básico general y es hasta el año 2001 que se tiene un acceso universal a los fármacos. Con las diferentes investigaciones que se llevaron a cabo se dio cuenta de que el VIH no era exclusivo de las personas homosexuales, el virus podría afectar tanto a hombres como mujeres – independientemente de su orientación sexual y estatus socio-económico- donde se identifican tres vías de transmisión: sexual, sanguínea, perinatal. La respuesta del gobierno mexicano ante la petición de la OMS para que todas las naciones del mundo actuaran ante esta epidemia fue la creación del CONASIDA (Comisión Nacional para la Prevención del Sida), el cual actualmente se conoce como Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

De forma paralela a la creación del CONASIDA, la sociedad civil dio como respuesta la creación de distintas Organizaciones en todo el país, las cuales trabajan en las áreas de atención, prevención, educación, investigación y formación de especialistas. La principal vía de transmisión del VIH en México es la sexual y el virus afecta principalmente a grupos poblacionales específicos, en particular a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Magis Rodríguez, Bravo García et al. 2008 citado en Torres, 2010), la cantidad de mujeres afectadas por la epidemia ha estado aumentando desde los inicios de la misma, la UNIFEM ha señalado que existen tres amenazas para las mujeres: la pobreza, la inequidad de género (que conllevan a menores oportunidades para acceder a la educación formal y al cuidado de la salud); y la violencia que se ejerce sobre ellas.

En América Latina viven 2 millones de personas con VIH y, de ellas, 36% son mujeres. Aunque pueden existir otros factores que pudieran poner en contexto de riesgo y vulnerabilidad a las personas ante una posible infección por VIH, como podría ser el uso de drogas inyectables, la violencia sexual, falta de atención prenatal y durante el parto en mujeres embarazadas; y recientemente, se está estudiando a nivel mundial la asociación que el alcoholismo y la adicción a otras drogas tiene con el riesgo de contraer el VIH. Actualmente se estima que en el país viven 116 mil personas con VIH (obviamente sin contar aquellas que aún desconocen su diagnóstico) por lo que el gobierno federal ha implementado diversas estrategias de educación sexual, distribución de anticonceptivos, diagnóstico y tratamiento oportuno para que en el año 2030 las infecciones y muertes por VIH sean reducidas a cero.

Este fenómeno no solamente se reduce a algo médico, la implicación social que se tiene es también un asunto relevante por atender, como se mencionó anteriormente ninguna persona se encuentra exenta de adquirir el virus y pese a que se han realizado innumerables campañas para informar, prevenir y diagnosticar a la población, muchas personas son infectadas diariamente. La mayoría de las intervenciones que se efectúan sólo van dirigidas hacia la población infectada y su tratamiento médico, sin que importe todo lo que se construye alrededor de ellos. De acuerdo a Torre (2013), al considerar la conciencia de una realidad común a la que hay que enfrentarse, específicamente hablando sobre el VIH/SIDA, si se empieza a considerar esta problemática como algo propio existe la posibilidad de generar más posibilidades de humanización hacia cada persona que presenta el diagnóstico es posible crear estrategias más eficaces y saludables de atención y acompañamiento hacia el tratamiento que se les brinda.

En el plano de atención hacia los infectados por el VIH y las personas enfermas de SIDA se debe de contemplar la dimensión social que surge desde una versión hacia las otras personas- aquellas no infectadas-, provocando que ambas partes se coloquen en una co-situación. Es importante tomar en cuenta que no se puede atender a un enfermo en general, a una persona con VIH o a cualquier humano susceptible a la infección si no se contextualiza su entorno de con-vivencia; el modo en el que la persona con-vive con los demás determina las posibilidades y los riesgos que puedan haber en los procesos de tratamiento, seguimiento y prevención. La presencia del VIH es una presencia social, afectando al grupo al que la persona pertenece y las relaciones de convivencia que tenga con ellos.

Al contemplar la dimensión social en la que el ser humano se encuentra se hace referencia a los factores de vulnerabilidad social, como los contextos sociales, de grupo y el entorno en el que el ser humano con-vive determina de alguna manera u otra si existe o no la posibilidad de que la persona pueda infectarse de VIH. Hablando específicamente sobre las mujeres y el VIH/SIDA, la ONU (2013) declara que la desigualdad social contribuye a la propagación del VIH, debido a que esta tiende a aumentar las tasas de infección y reducir la capacidad de las mujeres y niñas para hacer frente a la epidemia. Esto se debe a que, con mayor frecuencia, tienen menos información sobre el VIH y, por lo tanto, menos recursos para poner en práctica medidas preventivas.

Es casi imposible para ellas negociar las prácticas de sexo que mantienen con su pareja, debido a las dinámicas (poder) de desigualdad respecto a los hombres. A nivel nacional, Rivero (2012) señala que las principales vulnerabilidades que afectan a las mujeres son de tipo biológico, epidemiológico, socioeconómico y cultural. Específicamente hablando de la vulnerabilidad biológica, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer tiene de 2 a 4 veces más probabilidad de infectarse por el VIH que el hombre, uno de los detalles a considerar es que la concentración de VIH es generalmente más alta

en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer. También hay que considerar que existen diversos factores sociales, económicos y culturales que ocasionan que las mujeres con VIH experimenten condiciones de desigualdad; los cuales se encuentran asociados a bajos niveles educativos, falta de empleos dignos, falta de información o atención adecuada en salud, escasa capacidad para negociar sus derechos, tanto en la vida doméstica como en las áreas públicas donde se desenvuelven.

Finalmente para que se pueda articular y ampliar una respuesta a la epidemia es fundamental abordar la ampliación de las estrategias actuales y el desarrollo de nuevas tecnologías que aumenten la capacidad de las mujeres para protegerse a sí mismas. La prevención integral sigue siendo la primera línea de defensa y debe ir de la mano con los servicios de atención y apoyo para las personas que viven con el VIH, asegurándoles una mejor calidad de vida. El concepto que se tiene sobre la calidad de vida a nivel nacional ha venido evolucionando en las últimas décadas, donde ya no sólo se toma en cuenta el estado de salud que presenta la persona sino también se toman en consideración el contexto social y la salud mental del individuo.

Tomando en cuenta estos factores la evaluación de la calidad de vida que presentan las personas a nivel nacional se conforman por varios aspectos multidimensionales entre los cuales se incluyen el estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela/ en empleo y la situación económica. Este concepto es relativamente nuevo en el campo de la evaluación de la salud; para llevar a cabo esta evaluación se cuentan con dos tipos de instrumentos, los genéricos y los específicos, los primeros permiten evaluar distintos grupos y poblaciones, mientras que los segundos ayudan a detectar y medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Dentro del ámbito de la salud el estudio de la calidad de vida únicamente se ha enfocado en la enfermedad y los efectos que produce el tratamiento sobre esta, dejando de fuera los demás factores que involucran a la persona.

La práctica médica preserva la calidad a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y las personas que presentan el diagnóstico del VIH no se encuentran fuera de esta situación. Como se mencionaba anteriormente pocos son los estudios teóricos y metodológicos que se han dedicado a estudiar estas dos variables son escasos a nivel nacional, ejemplo de ello es el estudio realizado por Tavera en 2010, donde menciona que la mayoría de estudios que evalúan la Calidad de Vida son transversales, descriptivos o correlacionales, en algunos casos comparan los valores de la población VIH con grupos comparativos como Hepatitis o Tuberculosis, en la mayoría de ocasiones el muestreo suele ser no probabilístico accidental, es decir se evaluaron los casos disponibles y se utilizó consentimiento informado en todos los casos.

Las muestras utilizadas son pacientes con diagnóstico de VIH que generalmente se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral u hospitalizados, es decir, es un población diagnosticada y disponible a ser estudiada. Podría encontrarse cierto sesgo en los estudios al ser personas dispuestas a colaborar con la investigación y se pueden estar perdiendo los casos más deteriorados en términos psicosociales que no acceden a la colaboración de la investigación. Este último resulta un factor difícil de controlar puesto que el consentimiento informado es sumamente relevante en los estudios para no atentar contra la intimidad de cualquier paciente. Al evaluar la calidad de vida relacionada a la salud, se tomaron en cuenta indicadores de depresión y ansiedad fundamentalmente, utilizaron el instrumento SF-36 que mide el efecto de problemas emocionales en la vida del individuo (actividades diarias) donde se encontró que aparentemente la depresión se presenta como una respuesta común en personas diagnosticadas con VIH, resulta en ese sentido riesgoso puesto que la depresión como enfermedad reduce el nivel de defensas y la presencia de la misma en población inmunodeprimida puede exponer al sujeto al desarrollo de enfermedades intercurrentes.

La presente investigación tuvo como objetivo el indagar los factores psicosociales que intervienen en la calidad de vida de cinco mujeres adultas diagnosticadas con VIH, tomando en cuenta que los factores psicosociales son importantes, debido a que consideran los aspectos físicos y emocionales, y como estos influyen en las actividades que realizan a diario y la adherencia que tienen hacia el tratamiento. Con base a la aplicación del cuestionario MOS-HIV se podrá investigar qué factores psicológicos influyen en la calidad de vida de las mujeres con VIH. Los participantes elegirán una opción que el investigador le describa para cada una de las preguntas relacionadas con su percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía/fatiga, preocupación de la propia salud, función cognitiva, calidad de vida y transición de salud. Con ayuda de una entrevista semiestructurada se logró abarcar más información que no se pudo recolectar en el cuestionario, permitiendo encontrar diversos resultados.

2. CAPÍTULO 1. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN MÉXICO

El virus de la inmunodeficiencia humana ha generado grandes cambios en la sociedad mexicana desde su aparición en 1983. Con el paso de los años las investigaciones al respecto han aumentado, buscando dar respuestas y soluciones a la problemática, así como también mantener informada a la población respecto a los avances que se han hecho. A través del tiempo el gobierno mexicano junto con la participación de diversas asociaciones civiles sin fines de lucro han buscado orientar a la población respecto al VIH de diversas maneras, ya sea brindando ayuda médica y psicológica o impartiendo talleres y pláticas sobre prevención. La respuesta por parte de la población ha sido favorable debido a que las estadísticas de mortalidad por VIH en México han disminuido de manera considerable.

2.1 Historia de la epidemia en México

México ha experimentado grandes cambios desde 1900's, cambios a nivel político, de infraestructura, industrial y social, los cuales han repercutido de manera casi directa en las condiciones educativas y de salud de la población. La aparición del VIH propicio una gran restructuración a nivel médico, social, educativo y de alimentación dentro de la población mexicana, buscando así detener la propagación del virus de inmunodeficiencia humana y atender de manera adecuada a la población que ya se encontraba infectada. En los primeros años de la epidemia, debido a los diferentes contextos en los cuales la población portadora se desenvolvía, fue complicado realizar investigaciones que aportaron datos contundentes sobre el virus, actualmente estas investigaciones se enfocan más en las prácticas de riesgo y la prevención de las mismas.

Grandes cambios se han venido generando a nivel nacional desde hace dos siglos, ya que debido a las condiciones de salud, educación e infraestructura en la que la mayoría de la población vivía la esperanza de vida no rebasaba los 27 años (Valdés, 2012. en Ordorica y Prud'homme, 2012) de manera general la calidad de vida que se tenía en aquellos tiempos provocaba una gran tasa de mortalidad entre la población, donde las defunciones eran provocadas principalmente por enfermedades de tipo infeccioso y parasitario. Con el transcurso de los años y la expansión e implementación de modificaciones y mejoras en los sistemas de salud y educación la tasa de mortalidad se fue haciendo cada vez más baja entre la población; durante el siglo XX las causas de muerte se debían a enfermedades no transmisibles, manifestación de tumores malignos y diabetes mellitus por mencionar algunas. Actualmente estas enfermedades junto con los problemas cardiovasculares y las enfermedades crónico-degenerativas representan las principales causas de muerte en México.

Sin embargo hay que considerar que aún con todos los avances y cambios que se dieron en los diferentes programas de salud a nivel internacional es en 1981 cuando se detecta el primer caso de una nueva enfermedad infecciosa, cambiando de manera radical los avances que se habían dado hasta ese momento. Aparece el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el primero ataca y debilita el sistema inmunológico, el cual combate las diferentes infecciones y enfermedades que atacan al cuerpo humano, mientras que el segundo es la fase final de la infección provocada por este virus (Gáyet y Juárez, 2012). Su propagación se dio de manera rápida y casi imperceptible debido a que las personas no presentaban síntomas específicos, y debido a los pocos estudios que empezaban a realizarse las causas de transmisión y los factores de riesgo aún no estaban muy claros.

De acuerdo al *CENSIDA*, (2014), fue en 1983 cuando se reportó el primer caso de SIDA en México y fue un año después, en 1984, que se diagnosticó el primer caso en una mujer; desde esa fecha y hasta el 30 de septiembre del 2014 se ha acumulado un registro de 223 mil 995 personas que se han infectado del VIH o han desarrollado la fase de SIDA. Durante los primeros monitoreos que se hicieron sobre la epidemia del VIH y para llevar a cabo una evaluación sobre las intervenciones que se realizaban para su prevención únicamente se utilizaban los registros de los casos de SIDA. Es en el año 2000 que se modifica la vigilancia respecto a esta epidemia y se empiezan a investigar qué tipo de prácticas son generadoras de riesgo entre la población; el actual paradigma se encuentra orientado a la prevención y al pronóstico de la epidemia, así como también su tendencia en la población en general y en grupos específicos que presenten una mayor vulnerabilidad, finalmente también permite la identificación de las infecciones en el momento más cercano a su ocurrencia y aportar la información necesaria para el diseño de los programas de prevención.

La epidemia en México se da de manera concentrada, afectando principalmente las siguientes poblaciones: hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, usuarios de drogas inyectadas, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas transgénero, transexuales y travestis (*CENSIDA*, 2014). La población femenina tiene una consideración aparte dentro de esta problemática, debido las condiciones estructurales de desigualdad social, las cuales han propiciado una mayor vulnerabilidad de tipo biológico, epidemiológico, social y cultural. Específicamente en caso de las mujeres fue en 1985 cuando se empezaron a registrar más casos de pacientes femeninas con antecedentes de transfusiones sanguíneas como único factor de riesgo y para 1986 se inició la “ruralización de la epidemia” debido a que los migrantes mexicanos infectaron a su pareja o parejas durante las visitas esporádicas que realizaban en las pocas oportunidades que tenían para volver al país.

De manera paralela se dio un cambio drástico en la comercialización de drogas, aumentando así los factores de riesgo. Finalmente desde el año 2003 se han aumentado los esfuerzos por parte del gobierno mexicano para controlar y tratar esta problemática, desde ese año y hasta la actualidad las personas que no cuentan con el sistema de seguridad social tienen acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral contra el VIH y el SIDA. De acuerdo al CENSIDA y a la Secretaría de Salud (2013). también se han brindado capacitaciones a los profesionistas del área de la salud para evitar que aquellas personas que requieran de los diferentes servicios se les niegue por cuestiones discriminatorias, de esta manera se intenta garantizar una adecuada atención a la población y a la problemática que se enfrenta.

2.2 Indicadores epidemiológicos

Debido a la problemática que se presentaba en la población fue necesario hacer investigaciones que determinaran la forma en la que el virus de inmunodeficiencia humana se distribuía y la frecuencia con la que evolucionaba hasta llegar a la etapa de SIDA, de esta manera se pudo brindar una mejor respuesta y atención a las demandas de la población y del personal que los atendía. Durante el brote de la epidemia México no fue el único país afectado, sin embargo si fue el primero en tomar acciones para conocer el origen del virus a nivel nacional, las diversas maneras en las que puede adquirirse, los síntomas que se presentan y las poblaciones más afectadas. Con el paso de los años estas investigaciones han servido como antecedentes para el desarrollo de nuevas herramientas en contra de la propagación del virus.

El estudio epidemiológico del VIH/SIDA se ha dado en diferentes etapas. De acuerdo a Valdespino, García y Martínez, (2009). el primer estudio se dio entre los años 1981-1984 periodo en el cual los conocimientos se enfocaron en conocer principalmente la distribución y la frecuencia con la que se daban los casos de SIDA; durante 1985 se iniciaron las primeras encuestas para determinar las seroprevalencias, los factores de riesgo y la incidencia que se tenía en los diferentes grupos poblacionales. Los datos descriptivos, la identificación de los factores de riesgo y las diferentes encuestas de comportamiento que se aplicaron permitieron la creación del Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA 1990-1994 y el diseño e implementación de medidas de intervención.

Cabe destacar que desde la primera etapa de la epidemia fue importante e indispensable considerar un enfoque social, especialmente sobre el comportamiento que la población presentaba al respecto, así como la utilización de diversas técnicas cualitativas para un mejor entendimiento de algunas variables socioepidemiológicas que empezaban a surgir. A comparación de otros países en México se produjo una rápida respuesta inicial ante la epidemia, contribuyendo a su control y limitación en los donadores y receptores de sangre y hemoderivados, así como también en los hijos de las mujeres embarazadas. Pese al control que se ha tenido en este ámbito las ITS siguen representando un factor de riesgo debido a que se mantienen en ascenso constante dentro de las diferentes poblaciones específicas que se comentaban anteriormente.

2.3 Formas de transmisión

No sólo era necesario tener conocimiento sobre la manera en la que se expandía y evolucionaba el VIH, era indispensable saber las formas en las que el virus podía ser transmitido, de esta manera las acciones para contrarrestarlo serían más rápidas y eficaces, dando pie también a diversas estrategias de prevención. Gracias a las investigaciones realizadas se pudieron identificar tres formas de transmisión, con lo cual se revolucionó totalmente la manera en la que

los hospitales realizaban los procedimientos con sangre y hemoderivados, dando pie a una nueva cultura de cuidado con los instrumentos que se utilizaban para su obtención, así como también se empezaron a notar cambios respecto a la manera en la que la población manejaba su sexualidad y finalmente empezar a atender a un grupo con alta vulnerabilidad que no se había tomado en cuenta: los niños.

El VIH es transmisible a través de tres vías; Vía Sexual: Encuentros sexuales con diferentes parejas y sin usar algún tipo de protección durante el acto. Vía Sanguínea: Se da por medio de transfusiones sanguíneas o derivados del plasma humano. También por compartir agujas, jeringas u otros objetos que hayan estado en contacto con sangre infectada. Vía Perinatal: El bebé tiene contacto directo con el plasma, fluidos vaginales o sangre de la mujer infectada. Aun cuando la epidemia en México se concentra de mayor manera en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres existen diferencias regionales en la manera de transmisión. Herrera y Campero (2002) mencionan que en los estados del norte la transmisión se da principalmente por el uso compartido de drogas, mientras que en las zonas céntricas y del sur la transmisión se da por la práctica de relaciones homosexuales y bisexuales.

Con estas últimas prácticas aumenta la posibilidad de que se dé una mayor transmisión hacia la población femenina. Así como también se ha visto un incremento desde inicios de los años noventa en los casos de SIDA en mujeres por transmisión heterosexual y desde el año 1993 representa más del 60% de los casos dentro de esta población. Las tasas más elevadas de esta población se han observado en el Distrito Federal, Guadalajara y en los municipios del Estado de México conurbados al Distrito Federal, por lo cual la mayoría de las campañas de información, cuidado y prevención se han concentrado, principalmente, en atender a la población femenina de estas entidades, buscando bajar el porcentaje de casos que se presentan cada año.

2.4 Estadísticas del VIH en México

Las estadísticas son un parte fundamental en las investigaciones acerca del VIH, ya que con ellas es posible observar que tan eficaces han sido las intervenciones en contra de la propagación del virus así como también los cambios que ha sufrido la población al respecto, sean o no portadores del virus. En un inicio estas se enfocaban en saber qué porcentaje de la población eran seropositivos, después se tomaron en cuenta las formas por las cuales el virus había sido transmitido, con el paso de los años y los avances médicos y sociales ya no bastaba con tener conocimiento sobre estas variables, era indispensable saber que entidades a nivel nacional presentaban mayor población con VIH, su sexo, a que se dedicaban, edad y grado de estudios, de esta manera se detectarían los sectores más vulnerables y podrían atenderse de una mejor manera.

De acuerdo a los datos proporcionados por el *CONASIDA, (2014)* se estima que en México hay alrededor de 180,00 adultos y niños que viven con VIH y SIDA, y cada año 9,300 adultos y niños adquieren el VIH, de las cuales el 50% de esta población aún no saben que son portadores del virus. Anteriormente se hablaba de cómo el gobierno mexicano ha ofrecido tratamiento antirretroviral a la población que lo necesite, tengan o no seguro social, a nivel nacional y durante el 2013 se brindó este tratamiento a 89,410 personas. Durante el 2012 4,974 personas murieron a causa del Sida, la tasa de mortalidad a causa del Sida por cada 100 mil habitantes es de 4.2. Existe un total de 223,995 casos de VIH y Sida notificados, de los cuales 116, 936 aún se encuentran con vida, representando así el 52.2% de esta población. Del cual un 19% corresponden únicamente a las mujeres.

La vía sexual sigue representando la mayor vía de transmisión entre la población con un 95.1%, siguiendo por la perinatal con un 2.0% y finalmente la sanguínea con un 2.9%. Los estados que presentan una mayor tasa de población (tasa por cada 100,000 habitantes) con este padecimiento desde 1983 hasta el

2014 son el Distrito Federal (414.7), Yucatán (294.5), Veracruz (280.1), Baja California (272.2) y Campeche (271.7). En caso de la población femenina, de los 116,936 casos que se tienen registrados con VIH/SIDA y aún están con vida 27,9054 son mujeres representando un 60.9% del total. Las entidades que presentan un mayor porcentaje de casos de VIH y SIDA en mujeres son Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca y Tabasco.

Durante el periodo de 1983-2014, el 90.6% de esta población adquirió el VIH por medio de la vía de transmisión sexual, 4.7% fue por vía perinatal y un 4.6% se dio de manera sanguínea. Esta vulnerabilidad puede explicarse debido a que las mujeres de zonas rurales tienen poca accesibilidad a la educación y a un trabajo asalariado, volviéndolas más dependientes de los hombres limitando las posibilidades de acceder a los servicios de educación y a servicios adecuados de salud. Además de que las situaciones sociales en las que se ven inmersas no les brindan las posibilidades necesarias para que desarrollen plenamente su sexualidad o se les brinde la información a las mujeres embarazadas para que no les transmitan el virus a sus hijos.

2.5 Organizaciones civiles

Las organizaciones civiles han sido de gran ayuda para la difusión de información acerca del VIH/SIDA, investigando sobre la problemática a un nivel social, educando e impartiendo diversos talleres y pláticas a la población en general, así como también para la implementación de apoyo psicológico, ayuda de medicamentos y comida hacia las personas portadoras y sus familias. No todas se dedican a brindar los servicios antes mencionados, algunas se ocupan exclusivamente para la investigación de la problemática y sus efectos en la población, otras a brindar ayuda de tipo material a las poblaciones con mayor vulnerabilidad (mujeres y niños), otras más en brindar atención psicológica dentro y fuera de sus instalaciones, brindar pláticas informativas sobre el virus y dar a

conocer más instituciones que se encuentran estrechamente ligadas a esta problemática.

En los primeros años de lucha contra el VIH/SIDA el gobierno mexicano creó el CONASIDA (Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA) para dar respuesta a la problemática que se estaba suscitando en ese momento, de manera paralela se empezaron a crear las primeras organizaciones civiles, las más destacadas son: La Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, 1987; AVE de México, 1988 y La Casa de la Sal, 1998. Las cuales se enfocan en la atención, la prevención, educación, investigación y la formación de especialistas para atender de manera adecuada y eficaz la problemática que representa el VIH/SIDA. Recientemente la SEDESA (Seguro de Depósitos Sociedad Anónima) se ha unido a esta lucha en conjunto con la Clínica Especializada Condesa, donde se realizan de manera permanente campañas de detección oportuna de personas con VIH/SIDA, enfocándose también en las poblaciones vulnerables.

Por su trabajo la clínica Condesa se ha consolidado como el mayor centro de atención de VIH en el continente americano y principal centro de diagnóstico del país, actualmente cuenta con el 100% de los tipos de antirretrovirales que existen a nivel mundial, ofreciendo sus servicios a la población que lo solicite, canalizando a aquellas personas que lo necesiten a otras instituciones para que puedan ser atendidas de una manera eficaz de acuerdo a sus diferentes necesidades y circunstancias. Actualmente a nivel nacional se cuenta con Amigos contra el Sida, organización que cuenta con un directorio sobre las organizaciones que existen en todo el país y ofrecen diferentes tipos de apoyo a la población que padece el virus o se encuentra en situación de riesgo, a la fecha cuenta con 329 organizaciones registradas.

3. CAPÍTULO 2. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SU ABORDAJE PSICOLÓGICO

No solamente es necesario combatir la problemática del VIH/SIDA desde una perspectiva médica, es de fundamental importancia que también se investigue a un nivel psicológico, como influye el virus en la vida diaria de las personas portadoras, su desempeño en los diferentes ámbitos donde se desarrolla así como también las reacciones que manifiestan las personas no portadoras del virus ante esta situación. Es indispensable contar con la intervención de los psicólogos en las diferentes etapas de desarrollo del virus, desde la notificación hasta la forma en la que el paciente se relaciona con el personal de salud que lo atiende y los medicamentos que le son dados, así como también tener conocimiento sobre los pensamientos y acciones que tiene respecto a su situación.

Actualmente los tratamientos que se administran a la población respecto a los diversos padecimientos que presentan ya no se enfocan solamente a un nivel clínico, sino que ahora también se integran de manera conjunta el nivel socioeconómico de la población, las ciencias sociales y psicológicas, de esta manera se pretende obtener un mejor entendimiento sobre la enfermedad que se está tratando, el nivel de evolución que pueda llegar a tener dentro de la población así como también los efectos secundarios que se pueden presentar. El VIH no sólo es una enfermedad que afecta el sistema inmunológico y que expone al enfermo sin tratamiento a un deterioro físico y cognitivo, sino que también como afirma González (2009): “El VIH debilita su salud mental, su identidad y su autoestima. El VIH afecta al sistema nervioso en diversas formas y desde el inicio, manifestándose en alteraciones de atención, memoria, funciones ejecutivas y en casos de fases avanzadas de SIDA, cuadros complejos de demencia.” (p.49).

El VIH al ser considerada como una enfermedad crónica se estudia desde los niveles biomédicos, sociales y psicológicos, a nivel nacional los avances que se han tenido durante los últimos años han hecho posible que el VIH sea una enfermedad controlable y las personas que la presentan tengan una buena calidad de vida, siempre y cuando se tenga una buena adhesión al tratamiento. Hablando específicamente de un nivel psicológico se encuentra que las personas que presentan el diagnóstico del VIH ven afectado de manera considerable el desarrollo de sus proyectos a nivel laboral, familiar y de pareja. Así como también la revelación de su diagnóstico influye en sus diferentes relaciones sociales y el desarrollo de sus actividades cotidianas, siendo partícipes de estigmas y discriminación por parte de otras personas a su alrededor (Aristegui, 2014).

Las situaciones de discriminación se van configurando en una ya existente estructura de prejuicios, estigmas y discriminación relativa al género, la identidad y orientación sexual, la clase social, la pobreza, los estilos de vida y las prácticas de consumo y sociabilidad. Estas actitudes son internalizadas por la persona que presenta el diagnóstico influyendo de manera directa la forma en que la persona se ve a sí misma y como es que cree que los demás la ven (Aristegui, 2014). Aunque las personas pertenezcan al mismo grupo de estigmatización o discriminación y/o sufran las mismas condiciones de vulnerabilidad las respuestas que presenten ante estas situaciones no serán iguales, estas dependen del rol que la persona ejerza en el ambiente donde se desarrolla, las diferentes estrategias de afrontamiento y los recursos materiales-simbólicos con los que cuenta.

De acuerdo a González (2009 citado en Romar, 2010) la persona con VIH al tener una presunta cercanía con la muerte ancla al sujeto a la vida o lo mata, la persona puede adaptarse o destruirse con una muerte lenta o rápida, pero siempre inminente, con actualizaciones periódicas de su amenaza. Sin embargo al aceptar la idea de finitud, no sólo aplaca la angustia sino que también puede volver su existencia más intensa y vital. Como es posible ver el VIH tiene una amplia relación con diferentes alteraciones a nivel psicológico, cómo el aumento

de estrés por la percepción de síntoma, también pueden experimentar ansiedad, depresión ante las distintas situaciones que puedan llegar a experimentar dentro del proceso, ya sea el inicio del tratamiento, cambios negativos en la tasa de los CD4 (cumulo de diferenciación 4) o en la carga viral, la aparición de nuevos síntomas o enfermedades, etc. Por ello se recomienda que junto con el tratamiento médico se lleve en conjunto un tratamiento psicológico, no sólo para persona diagnosticada sino también para las personas con las que tiene una mayor convivencia.

3.1 La Intervención Psicológica

La intervención psicológica es importante en el sentido de que llega a ser una opción para todos los pacientes con VIH al momento de enterarse del diagnóstico sea o no sea su resultado positivo; se necesita orientación en caso de que así se requiera, estar muy bien informados respecto al tema. En caso de que el resultado sea positivo es importante alentar a la persona a que continúe cuidándose y pueda adherirse adecuadamente al tratamiento de manera que esta enfermedad no termine con su vida como se piensa cotidianamente. Levantar el autoestima de estas personas es una pieza fundamental para haya mejores resultados a nivel físico y emocional, en el mejor de los casos que no experimente ningún trastorno como ansiedad o depresión las cuales incitan a los pacientes a no querer luchar y perder cualquier esperanza respecto a su vida de manera general.

Desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, las instituciones de salud están obligadas a proporcionar apoyo psicológico de urgencia y si es posible, terapia psicológica, pero solo en etapas agudas, de emergencia; no desarrollan un trabajo terapéutico que ofrezcan al enfermo orientación sobre la enfermedad y su evolución y el sostén emocional, aspectos fundamentales en el proceso de mejora del enfermo. En todas las fases de la infección, la contención psicológica será un aspecto que aumentará las posibilidades de mejora en la calidad de vida del paciente y disminuirá los riesgos físicos y emocionales.

En fase aguda, el tratamiento psicológico se concentra en el conocimiento básico de la infección y en la construcción de la actitud comprometida y responsable que se requiere para manejar la enfermedad. Se debe permitir al enfermo conocer, en lo posible, las raíces del padecimiento, la progresión, los efectos en su cuerpo, mente y conducta. Esta información permite construir una vivencia del VIH partiendo de datos reales que en general disminuyen la angustia ante la temida muerte pensada como irremediable (González, 2009). El mismo autor menciona que en la fase sintomática, para que el enfermo de VIH continúe vivo y funcional, la atención del profesional de la psicología se concentra en el apego al tratamiento por parte del paciente; una relación constante y honesta con su médico tratante, un monitoreo constante del estado del virus en el cuerpo y la presencia de enfermedades oportunistas.

De acuerdo con González (2009) es importante que el psicólogo oriente y acompañe al paciente en el ajuste adecuado a las indicaciones terapéuticas, en la reorganización de los sistemas de actividad y en las modificaciones pertinentes en los hábitos de vida, para proporcionar al cuerpo los cuidados y protecciones necesarias. Superada la fase aguda, el trabajo terapéutico debe concentrarse en el abordaje de aspectos emocionales e interpersonales. Después el paciente muestra una conducta que podría describirse como de hacer un “examen de conciencia”, una revisión de su vida, de sus decisiones de sus actos, y ahora, de las consecuencias, inicia entonces, un proceso reestructivo, reorganiza su conducta, verifica su camino. Por último la toma de decisiones vitales se convierte en un aspecto primordial, la planeación de un proyecto de vida después del VIH y a pesar de él, se convierte en el signo más contundente de mejoría

3.2 ¿Qué hace el psicólogo?

El profesional de la psicología tiene múltiples funciones y misiones en el trabajo preventivo. Es la prevención, la educación sexual, la principal herramienta que podemos desarrollar todos ante los conflictos y escenarios de la sexualidad. La educación sexual por tanto, es uno de los ámbitos donde la acción y servicio del psicólogo es ineludible. Trabajando con personas infectadas con VIH, el psicólogo puede ofrecer contención emocional en los momentos decisivos (al conocer el diagnóstico, en el apego al tratamiento, etc.). La intervención del psicólogo con estrategias terapéuticas de contención emocional, el apoyo colaborativo en la aceptación de la enfermedad y ajuste a las demandas, fundamental en las primeras fases del proceso (Villaseñor y Rizo, 2003).

Continuando con lo mencionado por Villaseñor y Rizo, 2003 se hace mención que otra área de gran importancia en el trabajo del psicólogo es en la evaluación y rehabilitación de las funciones psicológicas superiores que la enfermedad ha afectado. El monitoreo de las funciones cognoscitivas es importante con la finalidad de atender las dificultades en pro de la funcionalidad en cualquier grado, de la persona. El diagnóstico de una enfermedad crónica como el VIH afecta la manera en que la persona se ve a sí misma y a su vida, la adaptación hacia estos nuevos cambios dependerá de diversos factores, como la edad, el sexo, condición socioeconómica, educación, creencias religiosas, estilos de afrontamiento y el control que tengan sobre sus emociones.

Gavira, A. et.al., 2009 proponen tres tipos de evaluación cognitiva para considerarse dentro del panorama del VIH divididas en tres categorías, la evaluación primaria solamente evalúa las situaciones catalogadas como estresantes como catalizadoras de algún cambio, estas situaciones pueden ser de tres tipos: de daño o pérdida, en estos casos se refiere a que el individuo ha recibido un perjuicio; el segundo tipo es la amenaza la cual se encuentra relacionada con los casos en los que se prevén daños o pérdidas y se busca una

solución o un afrontamiento de manera anticipada; finalmente el desafío se basa en la revisión anticipada de las situaciones de daño o pérdida, en este caso se hace una valoración de que el individuo cuenta con las habilidades suficientes para afrontar estas circunstancias con éxito y así obtener ganancias.

En la segunda categoría se encuentra la evaluación secundaria, aquí el individuo hace un análisis sobre las conductas, los recursos o las habilidades con las que dispone para enfrentar la situación a la cual se enfrenta, las respuestas de estrés, ya sean psicofisiológicas y/o emocionales, se desencadenan cuando en el análisis se encuentra que no hay algún tipo de recursos o estos son insuficientes. La última categoría se trata sobre una reevaluación de los acontecimientos por los que está pasando el individuo. Aparte de estas tres categorías de evaluación antes mencionadas, Gavira, A. et.al., 2009, mencionan que es importante tomar en cuenta la percepción a la anticipación, preparación para un suceso con sus consecuencias positivas y negativas, y la percepción de control de la situación, la situación depende del sujeto y puede ser manejada con los recursos con los que cuenta el sujeto; ya que ambos factores son fundamentales en las respuestas con estrés, el cual tiene un impacto importante en las condiciones de salud del individuo.

Tanto la evaluación cognitiva como el manejo de los temas referentes a la sexualidad son una de las principales labores que realiza el psicólogo referente a la atención al VIH en la población, por ello es sumamente importante que cuente con la capacitación adecuada para tratar estos temas sin tener algún tipo de prejuicios al respecto. De esta manera se trata de garantizar que el individuo y las personas que lo rodean puedan entender y asumir de forma menos agresiva la nueva condición crónica que conlleva la enfermedad, así como también los cuidados especiales que se tendrán de por vida (Méndez y Trujano 2008). En los últimos años se trató de implementar que las terapias psicológicas se den durante todo el proceso de la enfermedad, tanto para el individuo diagnosticado como para su familia.

4. CAPÍTULO 3. SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN MÉXICO

Las estadísticas sobre como el VIH se desarrollaba, los niveles de mortalidad y las diferentes poblaciones a las que afectaban no eran suficientes para su estudio, por lo que se empezó a utilizar el concepto de Calidad de Vida, de esta manera se buscó profundizar más en los indicadores sociales, así podría medirse el bienestar social entre la población portadora, ampliando también los pensamientos que tenía dicha población sobre el virus y como este afectaba su vida diaria. A pesar de que la población femenina es una de las más afectadas y vulnerables ante esta situación pocos han sido los estudios que se han dedicado a investigar la situación actual de salud, trabajo, nivel académico (entre otros) que tienen las mujeres en México, sean o no portadoras del virus.

El interés de la calidad de vida de acuerdo con González, Álvarez y Chávez (2009) ha existido desde tiempos remotos, pero es en el siglo XX, en la década de los 50 y principio de los 60, cuando la expresión “Calidad de Vida” empieza a hacer aparición debido a la inquietud por el deterioro del medio ambiente y de las condiciones de vida de las grandes urbes. Toda esta expectación por conocer las consecuencias de la industrialización, así como del bienestar humano, llevan a la búsqueda de indicadores sociales y estadísticos que permitan medir el bienestar social de la población que solo se circunscriben a condiciones objetivas de tipo económico y social. A mediados de los 70 comienzos de los 80 ya hay una difusión del concepto de calidad de vida en este caso por la preocupación de explicar y entender el incremento de patologías sociales en los países desarrollados, que a pesar de contar con niveles buenos de bienestar se acentuaban los síntomas de descomposición social, como pérdida del sentido a la vida, incremento de suicidios, violencia, drogadicción, entre otros.

En los últimos años, quienes se han preocupado por el interés del concepto y estudio de la calidad de vida son diversos autores de países desarrollados. Los conceptos que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependen de las interpretaciones, valores y de los objetivos de su entorno. A final de cuentas y con el paso del tiempo el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando hasta entender que la calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos: objetivos tomando en cuenta el bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad, por otro lado los elementos subjetivos: Intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. De igual manera, la OMS define la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea (Nava,2010). El concepto de calidad de vida ha cobrado cada vez mayor relevancia en la psicología de la salud, debido a la transición demográfico-epidemiológica que enfrentan países como el nuestro y que implica un mayor tiempo de exposición de las personas a los factores de riesgo responsables de las patologías crónicas y una mayor expectativa de vida de quienes padecen tales enfermedades. La calidad de vida puede definirse según (Bishop, 2005 citado en Avendaño y Barra, 2008) como la percepción subjetiva de bienestar general que resulta de la evaluación que hace el individuo de diversos dominios o áreas de su vida. Se trata de un constructo multidimensional, que incorpora aspectos tales como la salud física de la persona, su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.

Cuando se presenta una enfermedad crónica la cual es una condición de salud de duración extendida en el tiempo, mayor de 6 meses y a menudo de por vida, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad, con largos períodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su severidad y/o de los efectos del tratamiento, puede ser vista como un evento estresante y un gran desafío adaptativo, que implica cambios en el estilo de vida y un proceso de ajuste, a veces de por vida, a diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales que conlleva la enfermedad y su tratamiento, pudiendo eventualmente generar una incapacidad permanente en quien la padece.

La calidad de vida se ha definido como un equivalente de bienestar en el ámbito social, existiendo diversos modelos teórico- metodológicos para su análisis, prevalecen dos tendencias fundamentales: la primera que es la dimensión objetiva centrada en variables objetivas externas al sujeto al cual corresponde un enfoque sociológico y económico que trata de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte sociodemográfico, tomando en cuenta la realización de diferentes estudios, estos factores objetivos relacionados con la salud tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de salud entre otros. La segunda tendencia considera a la calidad de vida como una dimensión subjetiva determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente, a partir de esto se han realizado innumerables esfuerzos en la elaboración de metodologías que permitan estimar la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto.

Calidad de vida (objetiva y subjetiva) y salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella. Cuando un individuo se siente mal (aunque no se le encuentre una enfermedad definida, diagnosticable desde el punto de vista clínico) “se siente enfermo”, infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida, sin embargo, la salud no es un componente importante de la calidad de vida sino también un resultado. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como la familia y lo laboral se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades (García, 2005).

Por otro lado, debido al cambio en la prevalencia de las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico, ligados en su mayor parte al estilo de vida propias de ciudades industrializadas, el modelo biomédico resulto insuficiente para explicar si el desarrollo de estas nuevas enfermedades (cáncer, VIH, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, entre otras.) que definitivamente se vinculan con hábitos pocos saludables que favorecen a su aparición y generando un cambio en el estilo de vida dando gran importancia a la calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos y se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.

De acuerdo con González, Álvarez y Chávez (2009) las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, donde la incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, y en su defecto de actividades ocupacionales, la incomodidad se caracteriza por la presencia del dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo y finalmente la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con la expectativa de cada individuo de acuerdo con el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida.

La calidad de vida relacionada con la salud incluye algunos aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo tanto se requieren medidas que reflejen que es lo que les ocurre a personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida, como por ejemplo el ambiente hospitalario, las relaciones del paciente con el equipo de salud y que afectan su proceso de salud-enfermedad y su calidad de vida. Algunas investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados de la misma enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos.

En relación con la transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), las mujeres presentan una gran vulnerabilidad por las condiciones de desigualdad económica, social y cultural que viven frecuentemente respecto de sus parejas. Esto hace que se encuentren en relaciones de dependencia, lo que dificulta tomar medidas preventivas tales como el uso del condón. Las mujeres necesitan aprender que es posible separar la sexualidad de la reproducción. Para el desarrollo pleno de la sexualidad, se tiene derecho a: la información y la educación sexuales, ejercer la sexualidad responsablemente, decidir por propia elección la maternidad, elegir libre e informadamente sobre la utilización de anticonceptivos, no sufrir violencia sexual (Cárdenas, 2007).

4.1 Calidad de Vida relacionada con la salud.

Después de estudiar las estadísticas y agregar el concepto de calidad de vida a las investigaciones se buscó investigar también la relación que tenían los portadores con sus medicamentos, como se relacionaban con el tratamiento que se les había asignado así como también los efectos secundarios que se llegasen a presentar, junto con los pensamientos que llegaban a formular respecto a la situación que estaban viviendo. Empezando a tomar todas estas variables como la parte de un todo y no como algo que afectara de manera separada a las personas diagnosticadas con el VIH. Se sabía que la que la calidad de vida de las personas influía en su salud y viceversa por lo que en las investigaciones se buscaba

determinar el grado de magnitud con la se afectaban y las variables que influían en cada una.

La calidad de vida relacionada a la salud surge como una manera de evaluar las repercusiones de las enfermedades y sus tratamientos en la vida natural del individuo, evaluándose de manera subjetiva. En ese sentido, la importancia brindada no sólo a los indicadores objetivos de mejora o empeoramiento de la condición física sino también a la vivencia subjetiva de la vida con una enfermedad empieza a ser fuente de evidencias que ponen de manifiesto la relevancia de los factores sociales y psicológicos sobre el desarrollo de la enfermedad y la satisfacción y bienestar en la vida del individuo. Patrick y Erickson (1993 citado en Tavera, 2010) lo definen como una “medida en la que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, secuelas, tratamiento y políticas de salud”.

Entonces se entiende que la idea de que la calidad de vida relacionada a la salud es una percepción, vivencia o evaluación subjetiva, en segundo lugar que se encuentra influenciada por el estado de salud y en tercer lugar que dicha percepción, vivencia o evaluación afecta la capacidad funcional o la realización de actividades u objetivos relevantes en la vida de un individuo. Es en este momento donde los factores psicológicos tienen una papel importante en la calidad de vida del individuo y estos se refieren a los criterios comportamentales, cognitivos, afectivos que están presentes en la calidad de vida de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud, dichos criterios se relacionarán con optimismo, afecto, estrés, sucesos vitales y comportamientos de riesgo.

Por su parte el reflejo del grado de satisfacción con una situación personal, también se expresa desde punto de vista fisiológico de la sintomatología general, la discapacidad funcional, el sueño, etc. Frente a esto los datos de Núñez et al (2009 citado en Núñez, Tobón, Arias, Hidalgo, Santoyo, Hidalgo y Rasmussen, 2010) son claros: la no adecuación alimentaria y de sueño tranquilo superan el 60%, el número de visitas al médico al año superior a cinco con fines de atención

de enfermedad en un 62%, mientras que la incapacidad más de cinco veces al año a causa de enfermedad, y por lo demás la percepción de una mala salud en un 56%, muestran una tendencia negativa de calidad de vida, refiriendo así elementos asociados.

Por su lado Salas y Grisales (2010) mencionan que en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, aunque en general se examina desde un enfoque clínico postratamiento para valorar los resultados de las intervenciones, también admite análisis muy relevantes no sólo de las repercusiones físicas sino también de los cambios en el comportamiento y estado de ánimo de una persona después de un diagnóstico médico. Esta más amplia perspectiva de estudio, además de preocuparse por la eliminación de la enfermedad, suma su impacto en la calidad de vida de las personas. Existen dos importantes características de este enfoque sobre las que se tiene un acuerdo general: que la calidad de vida está representada en un constructo multidimensional y que la fuente primaria de información es el propio paciente.

Las medidas para analizar la calidad de la vida relacionada con la salud abarcan una amplia gama de dimensiones que permiten comparar y evaluar las variaciones en la salud de personas con diferentes patologías. Su principal contribución radica entonces en poner el eje en el estado funcional del paciente como reflejo de su salud física, mental y social. El uso de medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas. La importancia de la evaluación de la CVRS radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente.

De acuerdo con Badia, (2009) la evaluación de la CVRS también es importante para analizar las posibles diferencias entre tratamientos, la perspectiva del paciente como un enfoque válido en la evaluación de los resultados de una determinada intervención, ha impulsado definitivamente que el conocimiento de la CVRS de los pacientes sea cada vez más importante en la evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Se concluye que la calidad de vida

es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud, 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. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo.

Para evaluar la calidad de vida existen los instrumentos genéricos los cuales evalúan diversos grupos y poblaciones, los instrumentos específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento. La calidad de vida ha ido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento. Estudios sobre Calidad de Vida entre personas viviendo con el VIH/SIDA apuntan que la misma es afectada por numerosos factores individuales, culturales, sociales y emocionales, relacionados con el impacto del diagnóstico, del tratamiento y de la convivencia cotidiana de una enfermedad crónica. Diferentes variables, tales como el género, las condiciones de vida y salud, han sido estudiadas por su relación con la calidad de vida (Reist, Haas, Dos Santos, Teles, Gimenez, Gir, 2011).

5. CAPÍTULO 4. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN MUJERES

Desde el descubrimiento del VIH/SIDA las poblaciones afectadas han ido variando con el paso del tiempo, conforme pasaban los años la población femenina del país fue aumentando, volviéndose una de las más vulnerables y poco estudiadas dentro de éste ámbito. No fue hasta épocas recientes en las que se empezó a prestar una mayor atención hacia dicha población, sin embargo su estadio ha sido complicado debido a las diferentes variables que se ven implícitas al momento de abordar el tema, ya sea por motivos sociales, culturales o hasta económicos se ha tenido poca participación por parte de esta población. Las pocas investigaciones que se ha podido llevar acabo han servido como antecedentes para conocer los factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la población y así poder brindar una mejor intervención.

5.1 Situación actual de las mujeres con VIH

Debido a la educación, creencias y mitos que rodean al VIH muchas mujeres se niegan a tomar el tratamiento correspondiente, a realizar los estudios médicos para determinar su estado de salud, ser partícipes en el tratamiento psicológico o siquiera a hablar abiertamente del tema, por lo que ha sido un poco complicado abordar las investigaciones desde esta población. En los últimos años se ha generado más abertura respecto al tema dentro de la población femenina correspondiente a las grandes urbes, sin embargo el panorama no ha cambiado demasiado en las entidades rurales, por lo que ha resultado complicado concientizar a la población sobre los riesgos que tienen al ser portadores del VIH y no recibir la atención adecuada.

Muchas mujeres en México no han tomado conciencia de que el VIH puede afectarles, es frecuente que se vean sorprendidas por esta enfermedad debido a que tienen la creencia de que el VIH es un padecimiento exclusivo de ciertos grupos, y que las mujeres no están expuestas a ser infectadas. Aunque hasta ahora en México el número de casos de infección por VIH en mujeres todavía no es tan grande como en los hombres, el aumento en los últimos años es alarmante, incluso hay países, principalmente los de Africa Central, en donde la población femenina supera a la población masculina (Espinal, 2005). En México, el ser una mujer seropositiva conlleva un estigma social que dificulta su prevención y tratamiento. En los países con ingresos medios o bajos un 52% de las personas que viven con VIH/SIDA son mujeres, disminuir los casos de VIH/SIDA en mujeres y niñas significa trabajar en la equidad de género, en la protección contra la violencia, en promover la independencia económica y en ofrecer un ambiente social efectivo en la prevención del VIH.

Las mujeres con mayor riesgo de adquirir la infección por VIH son las trabajadoras sexuales, las reclusas o parejas de reclusas, las migrantes o parejas de migrantes. En números absolutos, aunque la prevalencia sea menor comparada con estos grupos de alto riesgo, la mayoría de las mujeres se encuentra en el grupo de mujeres casadas o unidas. Las variables más estudiadas y asociadas a la adquisición del VIH en México, algunas exclusivas de mujeres, otras compartidas con los hombres, son la migración (personal o de la pareja) y la inequidad sociocultural, muchas veces favorecidas por provenir de zonas rurales o etnias donde la mujer se encuentra en mayor desigualdad.

Algunos estudios (citados por Martin-Onraet, 2012) muestran que la conciencia del VIH existe entre las mujeres, y muchas veces la información sobre prevención de transmisión también. En esos casos el problema principal es una barrera cultural que le impide a la mujer solicitar medidas preventivas para su propia protección. Utrilla, (2005), recomienda que si la mujer adulta ha estado casada o viviendo con un hombre y este no es usuario de drogas, no ha recibido sangre infectada, no es bisexual y lo conoce lo suficiente para confiar en que no

ha tenido sexo fuera de la relación, el riesgo es mínimo y ambos pueden disfrutar del sexo sin preocupaciones.

Pero si la mujer tiene razones para sospechar que su esposo o su compañero se ha expuesto, las mismas reglas para proteger a mujeres solteras se aplican a ella, estas deben prepararse para ambas posibilidades y recordar que aunque él la haya engañado pocas veces, aun así hay de qué preocuparse, la mujer debe asegurarse que él se haga la prueba del VIH y que renuncie a esas prácticas en caso de que decidan salvar su matrimonio, de igual forma es muy importante que la mujer se realice la prueba también. De lejos la principal causa de transmisión del VIH en la mujer se debe al contacto sexual, y corresponde al grupo de mayor crecimiento epidemiológico en la transmisión del virus. La mejor forma de evitar esta transmisión consiste en el uso apropiado del condón de látex masculino; otros métodos de barrera no han demostrado la misma efectividad.

La mayor ruta de transmisión de la infección VIH se relaciona con la actividad sexual, seguida en los países en desarrollo por la transmisión vertical, y ocasionalmente pueden hallarse casos asociados con uso endovenoso de drogas ilícitas o historias de transfusiones de derivados sanguíneos. Actualmente entre el 38 y el 42 por ciento de las mujeres adquieren el virus después de contactos sexuales, el riesgo de transmisión de VIH de un hombre positivo a una mujer negativa puede ser de del 0,03 al 0,001 por ciento, a través del acto sexual (Saavedra, 2013).

5.2 Factores de riesgo y vulnerabilidad al VIH

La mayoría de las investigaciones que se han hecho sobre este tema se han concentrado en determinar los factores de riesgo con los que la población puede infectarse, actualmente se busca indagar más en la vulnerabilidad genética y social que se hace presente en estos casos y cómo afecta a las personas que se encuentran alrededor o conviven con la población seropositiva.. Es importante recordar que anteriormente en las investigaciones sólo tomaban en cuenta los grupos que tenían mayor probabilidad de adquirir el virus, una vez que se

determinaron estos grupos se indagó más en determinar qué tipo de prácticas hacían más vulnerables a la población y gracias a esto se ha podido tener un mayor panorama sobre los factores de riesgo y la vulnerabilidad a la que población diagnosticada se encuentra.

Desde que apareció el VIH/SIDA hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizar a la epidemia: de la idea de “grupos de riesgo” se pasó a la de “prácticas de riesgo”, luego a la de “situaciones y contextos de riesgo”, y finalmente a la de “condiciones sociales del riesgo”, lo que dio lugar al concepto de vulnerabilidad. La distinción es importante, ya que “mientras el riesgo apunta hacia una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política”. De igual manera, la noción de vulnerabilidad, con sus distintas facetas, permite comprender por qué es más adecuado hablar de “vidas que transcurren en el riesgo, que de prácticas de riesgo”.

Al entender las diferencias entre riesgo y vulnerabilidad, se observa que esta última determina los riesgos diferenciales y sobre ella debe actuarse, las condiciones estructurales de desigualdad social en las que viven las mujeres son el principal factor de su vulnerabilidad. Esta tiene múltiples rostros: biológico, epidemiológico, social. La vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las infecciones de transmisión sexual (ITS) (co-factores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aún en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro.

Epidemiológicamente los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que dichas mujeres estén en un riesgo mayor de infectarse por el VIH y demás ITS, debido a que practican sexo desprotegido con hombres de una franja de edad en la que son más elevados los niveles de prevalencia del VIH e ITS. Por otro lado, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas que los hombres. En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y a servicios adecuados de salud.

Por su parte Patz, (2009), menciona que la transmisión sexual del virus es varias veces más frecuente del hombre a la mujer que de la mujer al hombre. Las mujeres más jóvenes son incluso más vulnerables, pues el tejido que reviste su aparato genital no está completamente desarrollado y la mucosa más delgada ofrece menos protección que la de las mujeres de más edad. Después de la menopausia, este tejido se torna más delgado, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH en la mujer posmenopáusica. Las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de transmisión sexual (clamidiosis, gonorrea) que el hombre. Con frecuencia, estas infecciones no son diagnosticadas, lo cual aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH.

Las mujeres jóvenes y las niñas son culturalmente más vulnerables de contraer la infección por el VIH, ya que es común que el hombre elija una mujer mucho más joven como pareja y esposa. Debido a que la mujer depende del hombre económico, social y emocionalmente, es difícil que pueda rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de tener relaciones sexuales de menor riesgo. Por lo tanto, no es práctico insistir en que todas las mujeres exijan abstinencia o rechacen relaciones sexuales sin protección. Pautas culturales que alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales son comunes, con el resultado de que más mujeres (incluso las monógamas) están en riesgo de

infección. Las expectativas culturales de sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales limitan la capacidad de la mujer de ejercer el control de su salud sexual y reproductiva.

Falta de comunicación entre el hombre y la mujer en torno a los temas de la salud sexual y reproductiva impide compartir la responsabilidad en la toma de decisiones que influyen en la salud sexual y reproductiva. También la falta de un método de prevención controlado por la mujer, fácil de conseguir y a precios razonables. En el caso de la mujer, usar preservativos masculinos o practicar relaciones sexuales sin penetración como método anticonceptivo requiere la cooperación del hombre, lo cual lleva implícito que éste controla la situación. Los preservativos femeninos pueden ofrecer a la mujer mayor control en la protección de su salud sexual y reproductiva, pero también requieren la participación del hombre. Los preservativos femeninos todavía no se consiguen a precios razonables en todas las regiones en desarrollo. La posición social desigual de la mujer la coloca en desventaja no sólo para llegar a un acuerdo con su pareja respecto a los encuentros sexuales, sino que también cuando se trata de recibir atención de los servicios de salud y de educación.

La falta de acceso igualitario de la mujer a la salud, educación, capacitación, ingreso independiente, propiedad y derechos legales, afecta a su acceso al conocimiento sobre la infección por el VIH y el SIDA y, posteriormente, a su capacidad de protegerse de la infección. Continuando con esta misma autora menciona que los esfuerzos de prevención de la transmisión del VIH en México se han enfocado en varias direcciones. Se han enfrentado retos que han requerido cubrir diversos frentes para evitar la transmisión del virus a lo largo de estos 30 años de la epidemia. Durante la década de los ochenta los esfuerzos de prevención se concentraron en el tamizaje de sangre y el establecimiento de normatividades relacionadas con ello.

Una vez que el contagio por transfusión descendió, las actividades de prevención se enfocaron en los factores individuales a través de campañas de abstinencia, fidelidad y uso de condón (ABC, por sus siglas en inglés) que no

abarcaban la complejidad de la prevención necesaria, especialmente para las mujeres. Con el tiempo, la mayoría de las reflexiones sobre el tema comenzaron a apuntar hacia los aspectos estructurales, tales como las normas, creencias y prácticas sociales, las dinámicas de género, así como los marcos epidemiológicos, económicos y políticos que crean un ambiente de vulnerabilidad y favorecen el contagio del VIH, por lo que estos temas se fueron convirtiendo paulatinamente en asuntos clave para la prevención.

El enfoque actual de prevención ha incorporado el acceso a los medicamentos y la prevención positiva como elementos esenciales de su quehacer. Los esfuerzos de prevención, incluyendo la atención como una forma de prevención, buscan reducir tanto el riesgo como la vulnerabilidad ante la epidemia. A corto plazo, las acciones de prevención deben enfocarse en la reducción de comportamientos de riesgo de transmisión e infección. La prevención se da en tres niveles, el primero se enfoca en dar pláticas informativas a todo tipo de población, el segundo nivel trata a las personas que ya fueron diagnósticas con el virus y en el último nivel es cuando la persona ya se encuentra en fase de SIDA, donde sólo se busca darle una buena calidad de vida al paciente.

5.3 Respuesta preventiva al VIH

Pese a todas las acciones preventivas que se han tomado a lo largo de los años aún es difícil tener un mayor alcancé, sobre todo en la población femenina. La falta de recursos económicos, poca información respecto al tema han hecho más difícil que se obtenga una mayor respuesta favorable en esta población. La respuesta preventiva al VIH ha ido progresando con los años, en diversas instituciones y clínicas se brinda información de manera gratuita para orientar, prevenir y atender en el caso de que haya un diagnóstico positivo, los métodos y herramientas que utilizan son variados pero han logrado un alcance positivo aunque las estadísticas sobre contagio aumentan día con día las personas que reciben esta prevención pueden resolver diferentes dudas.

En muchas ocasiones, las mujeres carecen de herramientas para protegerse del virus. Cuando tienen menos acceso a recursos financieros y a la educación, muchas mujeres se vuelven dependientes de los hombres y, por lo tanto, vulnerables ante el virus, debido a que esta dependencia puede implicar poca capacidad de negociar el uso del condón. Las mujeres también suelen soportar una carga mayor del peso de la epidemia, pues con frecuencia son ellas quienes se encargan de cuidar a familiares enfermos, incluso cuando ellas mismas viven con VIH o cuando ellas mismas presentan otros problemas de salud. Finalmente, las mujeres juegan un papel clave para detener la transmisión vertical, es decir, la transmisión durante el embarazo, parto y puerperio.

Realizar acciones de prevención entre mujeres, adolescentes y niñas no es una tarea sencilla. Las medidas de prevención a través del enfoque ABC propuesto por ONUSIDA (ABC-Noticias 2007 citado en Patz, 2009) no siempre están al alcance de muchas mujeres debido a la condición de subordinación y vulnerabilidad en que se encuentran. Para muchas mujeres el abstenerse de tener relaciones sexuales no es una opción viable ni deseable; el uso del condón está lejos de estar bajo su control debido a que depende de la colaboración masculina y a que la solicitud del mismo puede exponerlas al riesgo de sufrir violencia. La fidelidad es una estrategia poco efectiva ya que ellas no pueden controlar la actividad sexual de sus parejas masculinas, quienes pueden tener relaciones con otras mujeres o con otros hombres.

Las estrategias de educación y prevención que recalcan la importancia de que los dos miembros de la pareja sean monógamos, la fidelidad o la exclusividad sexual en las relaciones no son prácticas eficaces para la mujer que no está segura de la fidelidad de su pareja. Es probable que la mujer crea que no está en peligro de contraer la infección por el VIH porque ella es monógama. Por consiguiente, no reconoce que puede estar en peligro y, en consecuencia, no toma las precauciones necesarias, y en casos en que reconoce el riesgo, con frecuencia carece de posibilidades y apoyo para tomar medidas de prevención y protegerse. Para lograr que la mujer disponga de información completa y vigente,

los trabajadores de salud deben propiciar un ambiente de comunicación franca y directa con sus clientes manteniendo un diálogo abierto, discusiones en grupo e información y materiales actualizados (por ejemplo, folletos, listas de referencia, vídeos, etc.).

Educar a la mujer sobre la sexualidad humana y proporcionarle acceso a la información sobre la prevención de la infección por el VIH es el primer paso para fomentar que la mujer pueda "negociar" con su pareja respecto a sus relaciones sexuales. Los programas deben ofrecer a las mujeres y a las niñas educación básica sobre su cuerpo, el cuerpo del hombre y su desarrollo, e información específica sobre la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La mujer también necesita oportunidades de interactuar en un grupo, como puede ser la terapia colectiva o sesiones de educación en un grupo de pares, de manera que puedan intercambiar experiencias personales con otras mujeres y observar nuevos comportamientos y aptitudes en un ambiente sin tensiones (Patz, 2009).

En México, las instituciones de salud que proveen servicios de prevención para la población abierta —es decir, quienes no son derechohabientes de algún servicio de salud— son la Secretaría de Salud (SSA), así como el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), a través de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS). Por su parte, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como el de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) así como otras instituciones de seguridad social ofrecen algunos servicios de prevención entre sus derechohabientes. Estas instituciones proporcionan pláticas informativas, cursos y talleres sobre el VIH/SIDA y sobre la utilización del condón.

También, ponen a disposición del público pruebas voluntarias de diagnóstico de VIH y reparten condones. Estos servicios se otorgan con mayor énfasis entre los grupos vulnerables y a las y los adolescentes (Secretaría de Salud 2008). Además de lo anterior, algunas instituciones ofrecen servicios complementarios. Por ejemplo, la SSA ofrece pláticas para difundir información

sobre prevención de VIH e ITS, dentro del marco general de sus programas de promoción de salud. Por su parte, el IMSS conjunta esfuerzos con el programa IMSS-Oportunidades, utilizando la infraestructura del programa para dar pláticas de prevención del VIH e ITS. En el caso de CENSIDA, se ofrece asesoría telefónica gratuita en el programa TelSIDA, así como de pruebas rápidas de detección de VIH en los CAPASITS. Todas estas acciones se generan como parte del interés de las instituciones de salud para sumarse a los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA.

5.4 Adherencia al tratamiento

La información que es proporcionada a la población y los medicamentos que se le otorgan por si solos no son suficientes para combatir al VIH, una buena adherencia al tratamiento médico y psicológico aseguran una mejor calidad de vida en los pacientes y en los familiares que conviven con ellos a diario. En algunos casos la adherencia se puede ver influenciada por el bienestar emocional que el paciente este atravesando, en el mejor de los casos con ayuda terapéutica se logra una buena adherencia, si se niega rotundamente a la terapia corre el riesgo de enfermarse gravemente y ser víctima de una infección mortal, ya que no hay nada que proteja sus defensas.

García y Rodríguez, (2014) mencionan que una excelente adherencia al tratamiento asegura una mejoría tanto en la salud como en la calidad de vida, por ello es necesario identificar los factores que pueden estar asociados con su logro. Por otro lado, si no se logra una excelente adherencia, el paciente corre el riesgo de tener una seria recaída en su salud, además de que se incrementan las posibilidades de que el virus mute, haciéndolo más resistente e inmune al tratamiento. El hecho de que el VIH/SIDA ya no sea necesariamente una enfermedad mortal ha dado nuevas esperanzas a mucha gente. Con los tratamientos disponibles, la persona puede recuperar su salud y su vida, pero ello requiere que los pacientes alcancen una adherencia al tratamiento muy elevada, de por lo menos del 95%. Pese al aumento significativo en la esperanza de vida

que ofrecen los nuevos tratamientos antirretrovirales, hay muchos pacientes que no son adherentes.

Tener una adherencia regular o mala significa para el paciente serias complicaciones: existe un deterioro en la salud, un aumento en la carga viral y una disminución de células, lo cual lo expone a enfermedades oportunistas. Además, como se mencionó antes, existe la posibilidad de que el paciente desarrolle resistencia al medicamento; es decir, si el paciente no se toma el medicamento como es recomendado, el virus se empieza a volver inmune a dicho tratamiento. Esto significa que le resultará más difícil al personal médico encontrar un régimen terapéutico que realmente le ayude al paciente a mejorar; y existe el riesgo de que el virus, ya resistente al medicamento, se transmita a otras personas. En EUA se ha encontrado que las mujeres, por lo general, tienen menor adherencia que los hombres (Delahanty et al., 2004 citado en García, Rodríguez, 2014).

Por su parte, las mujeres mexicanas infectadas con VIH se encuentran en condiciones muy desfavorables para el cuidado de su salud, sea por el poco apoyo que reciben de sus familiares y de su entorno social, o bien, por las limitantes económicas en las que se encuentran (lo que dificulta su acceso a medicamentos y tratamientos adecuados). A lo anterior se debe agregar que en México existen características sociales que resultan del estatus de ser mujer que complican la adhesión al tratamiento. Por tanto, las mujeres mexicanas con VIH/SIDA se encuentran frente a un reto enorme para poder mejorar su salud. La mayoría de las mujeres mexicanas contagiadas son amas de casa que se infectaron por relaciones sexuales con su esposo o pareja, que viven su proceso en silencio, que se esconden por temor al rechazo, que son culpadas y señaladas, que reciben menos apoyo que los hombres y que se encuentran deprimidas. Muchas de estas mujeres tienen parejas que son trabajadores migrantes que tienen o tuvieron menores posibilidades de buscar ayuda médica en el país donde trabajan o trabajaban.

6. CAPÍTULO 5. SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN MÉXICO

Debido a la situación social, laboral y económica de muchas mujeres, les es imposible llevar una buena adherencia al tratamiento, repercutiendo en su estado de salud y la forma en la que se desempeñan en los demás ámbitos de su vida diaria, afectando también en su calidad de vida. Una buena adherencia al tratamiento se ve influenciada por factores físicos y psicológicos, desde la ingesta de alimentos, hábitos de higiene, ingesta de drogas legales y no legales hasta los pensamientos y creencias que tienen las personas respecto al VIH, también es importante la relación que lleva el paciente con el personal de salud que lo atiende, por lo que es necesario realizar un estudio personalizado y que se adapte mejor a la vida de cada uno de los pacientes sin descuidar sus necesidades.

6.1 Calidad de vida relacionada con el VIH

Al hablar sobre calidad de vida no solamente se enfocan los ámbitos de salud, trabajo y vida social también es importante tomar en cuenta los pensamientos que se generan de acuerdo al padecimiento que las personas presentan, haciendo más factible una evaluación subjetiva del tema. Debido a la diversidad del tema y de los significados que se le han dado al concepto de calidad de vida es importante estudiar de manera profunda cada contexto en el que la persona se desarrolla, haciendo una comparación entre el antes y el después de haber sido notificada con el diagnóstico. De esta forma se podrán conocer los posibles beneficios y riesgos que tendrá el paciente al someterse a un tratamiento médico y psicológico.

Al hablar sobre la calidad de vida que presentan las personas se ven relacionados diversos elementos como el cuidado de la salud personal, el cuidado de la salud e higiene pública, los derechos humanos, laborales y ciudadanos, la

capacidad que tiene el sujeto para poder acceder a los bienes económicos. Se muestra una preocupación por saber la experiencia que tuvo el sujeto a nivel personal, social en sus actividades cotidianas y como estas repercutieron en su salud (Alpi et al. 2008). Dentro del ámbito clínico la calidad de vida recibe el nombre de “Calidad de vida asociada a la salud”, en donde se incluye la percepción que se tiene sobre la salud global, el estado de los síntomas, su funcionalidad, las variables biológicas y psicológicas así como también las características individuales y del ambiente en el cual se desenvuelve la persona.

La definición más completa sobre la calidad de vida asociada a la salud – CVRS- está dada por Shumaker: “La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida” (Llach y Suriñach, 2004). Llach y Suriñach (2004), mencionan que debido a que la CVRS es un concepto multidimensional se deben de incluir los siguientes aspectos: Síntomas físicos que presente el sujeto, los cuales deben de estar relacionados con la enfermedad o el tratamiento de la misma; Función física: donde se incluye el cuidado personal, la realización de diversas actividades físicas y el desempeño de diferentes roles; Función psicológica: se abarca desde el estado emocional hasta el funcionamiento cognitivo de la persona; Función social: corresponde a las actividades e interacciones del paciente con sus familiares, amigos y personas con las que convive.

Con la medición de la CVRS es posible conseguir una evaluación más comprensiva, integral y válida sobre el estado de salud del individuo o grupo de individuos, así como también una valoración más precisa sobre los posibles beneficios y riesgos que puedan existir debido a la atención médica desde el punto de vista del paciente. El gobierno de México y de otros países de Latinoamérica, están tomando medidas para que el tratamiento antirretroviral sea más accesible económicamente para las personas con VIH o SIDA, contribuyendo así a la

postergación de la mortalidad del SIDA y a una mejor calidad de vida en estas personas

Hablando específicamente del VIH la terapia antirretroviral que se les da a los pacientes ha demostrado ser efectiva para disminuir la carga viral dentro de sus cuerpos, aumentando o manteniendo el recuento del CD4 (linfocitos) y previniendo las infecciones oportunistas. Debido a la alta potencia de estos tratamientos es importante conocer con mayor profundidad el impacto que estos tienen en la calidad de vida de los pacientes y en sus relaciones sociales con las demás personas, debido a los efectos adversos que se asocian a la toma de estos medicamentos y como se ve afectada de manera considerable la adherencia al tratamiento que puede llegar a tener la persona. Referente a esto Alpi et al. (2008) mencionan que:

Se ha encontrado además, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fificol & Rowc, 1988) y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz & Neugebauer, 2001). Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohén & Herbert, 1996, citado en Gómez, Pérez & Vila, 2001; Remor, 2002)

A pesar de la importancia que significa saber sobre la calidad de vida que presentan las personas con este diagnóstico poco se ha hecho por diferenciar las necesidades que se presentan entre hombres y mujeres. Específicamente dentro de este último grupo las intervenciones se han centrado más en ejercer control sobre su cuerpo que por las necesidades que presentan (Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades, 2015). De acuerdo al INEGI, 2010. en todos los estados del país las mujeres derechohabientes a los servicios de salud que ofrece

el estado superan a los hombres, recibiendo la atención y medicación necesaria de acuerdo a sus dolencias; la mujer vive más años que un hombre sin embargo su calidad de vida es mucho peor que la de ellos. Por ello es importante investigar aquellas variables que influyen en la manera en que las personas asumen el diagnóstico del VIH y como este afecta su calidad de vida.

Algunos resultados preliminares de un estudio cualitativo realizado en Tampico en el estado mexicano de Tamaulipas, sugiere serios problemas de adherencia en las mujeres que viven con VIH. Los resultados muestran que aproximadamente el 40% ha dejado de tomar sus medicinas por un tiempo y ha vuelto a reiniciar el tratamiento. En otra investigación cualitativa de adherencia en otros cuatro estados mexicanos (Morelos, Guerrero, Estado de México, Distrito Federal), encontraron que irregularidades en el sistema de salud, fallas en el sistema de abastecimiento y pobre comunicación entre pacientes y sus médicos contribuyeron a la adherencia insuficiente observada en la población. (Peñarrieta, Kendall, Martínez, Rivera, Gonzales, Flores y del Ángel, 2009).

6.2 Factores fisiológicos que influyen a la adherencia al tratamiento

Una correcta adherencia al tratamiento depende de varios factores, entre ellos la alimentación y la ingesta de diversas sustancias por parte del paciente, debido a esto es importante evaluar a los pacientes de manera individual antes de brindarle algún esquema de medicamentos. Una buena alimentación, cuidado en la salud física del paciente ayudan a que los medicamentos funcionen de mejor manera. Debido a que los medicamentos actúan de manera diferente en cada persona es importante que se le explique al paciente los posibles efectos secundarios y sus riesgos, de esta manera ante cualquier anomalía se podrá intervenir rápidamente. El paciente es en gran parte el único responsable de que su salud y calidad de vida no se vean afectadas en gran medida.

De acuerdo a Bello et al. (2004) la adherencia a un tratamiento se refiere a la ingesta de los fármacos de forma adecuada de acuerdo a la dosificación prescrita por el médico responsable, donde se toma en cuenta la ingesta adecuada de los alimentos junto con los medicamentos y el horario indicado en el que estos deben de consumirse. Uno de los factores que interviene de manera directa en la correcta adherencia al tratamiento es la ingesta de drogas y bebidas alcohólicas, provocando que el paciente abandone el tratamiento antes de tiempo. Debido a que los tratamientos antirretrovirales son complejos es importante que se evaluara de manera amplia e individual a las personas que presentan el diagnóstico, debido a que los factores fisiológicos dependen mucho del paciente en particular que se esté tratando.

Es importante mencionar que en relación a lo fisiológico está el funcionamiento sexual, estudios recientes la analizan como una dimensión en sí misma, debido a la importancia que revela en la calidad de vida de las mujeres. El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida. La sexualidad identifica como se define cada mujer a sí misma y en la sociedad, ayuda a que esta adquiera motivación en la realización de sus múltiples roles, por lo tanto al verse afectada podría alterar otras dimensiones en calidad de vida. Muchas mujeres evitan responder preguntas acerca de su sexualidad, por ser este un tema percibido como íntimo, por ello los profesionales de la salud evitan también referirse al tema si sus pacientes no se lo manifiestan, asumiendo que ellas les dirán si hay algún problema en esta área . (Peñarrieta, Kendall, Martínez, Rivera, Gonzales, Flores y del Ángel, 2009).

6.3 Factores psicológicos que influyen a la adherencia al tratamiento

Cómo se mencionaba antes, no sólo las cuestiones físicas y los diversos hábitos que el portador del virus presenta influyen en su adherencia al tratamiento, también lo hacen varios factores de corte psicológicos, como si presenta algún tipo de ansiedad o depresión, las creencias e ideas que tiene respecto al VIH y la relación que lleva con el personal de salud que lo atiende, por lo que es sumamente importante que personal de salud y que atiende al paciente portador se encuentre capacitado en el tema para que pueda brindar un mejor y eficiente servicio, asegurándose que la calidad de vida de la persona y su salud no disminuya y si llega a suceder se le dé una atención oportuna. El trabajo en multidisciplinario es importante dentro de este ámbito.

Los factores psicológicos influyen de gran manera en las personas para que estas tengan una correcta adherencia al tratamiento. De acuerdo a Flores et al. (2006) y Cuervo, (2010) los factores psicológicos que se presentan e influyen con mayor frecuencia la adherencia al tratamiento antirretroviral son: Ansiedad, depresión, estrés, enfermedades psiquiátricas, actitudes y creencias de los pacientes respecto a la enfermedad y a los medicamentos y finalmente el desempeño y la relación que tienen las personas diagnosticadas con el personal que los atiende dentro y fuera del hospital. La infección por el VIH y los desórdenes psiquiátricos presentan una compleja relación y han recibido atención especial en la última década, considerando su impacto en la vida personal, sexual, social y ocupacional de las personas viviendo con el VIH/Sida. Entre los diversos trastornos psiquiátricos frecuentemente identificados en personas viviendo con VIH/Sida, la depresión es la más prevalente.

Además de la depresión, ha sido observado que eventos de vida estresantes están asociados con el aumento de la progresión de la infección por el VIH/ Sida, que a su vez, aumentan de tres a cinco veces el riesgo de desarrollar depresión (Reis, Vanderley, dos Santos, Araujo, Giménez y Gir, 2011). Existe la idea entre

los investigadores que las experiencias estresantes, el malestar psicológico y los recursos y estilos de afrontamiento son capaces de alterar el curso de la infección por VIH. Diversos hallazgos sugieren que podría existir una relación entre estrés, malestar psicológico, medidas inmunológicas y progresión de la infección por VIH, se demostró que la presencia de síntomas depresivos predice una más rápida declinación de las células CD4.

Una línea de investigación sugiere que el procesamiento cognitivo en relación al significado de la enfermedad resulta relevante tanto en su progresión como en los niveles de adherencia, la infección de VIH puede constituirse en una amenaza o en una experiencia con sentido dependiendo de cómo se evalué cognitivamente pudieran haber cambios incluso a nivel inmunológico en los cuales puede haber una detención o disminución de los CD4. Entonces sugieren que las expectativas de resultado junto a una actitud optimista frente a la vida se relacionan positivamente con adherencia en VIH (Millar, 2006).

7. MÉTODO

Participantes

La muestra fue conformada por cinco mujeres de edad madura las cuales fueron diagnosticadas con VIH desde hace varios años y actualmente se encuentran bajo tratamiento médico. Es importante señalar que una de las mujeres seleccionadas fue la primera mujer en México que tuvo un hijo sin el diagnóstico del VIH, de igual forma todas las demás son madres de hijos no infectados. Para la selección de la muestra se contó con la ayuda de la coordinadora de enlaces hospitalarios en La Casa de la Sal, de esta manera se invitó a las 5 participantes cuyas características concordarán con los criterios antes mencionados.

Instrumentos:

Se utilizó el cuestionario de Calidad de Vida el MOS-HIV el cual era un cuestionario corto, autoadministrable y fácilmente comprensible. Se compone de 35 ítems con respuestas en escalas ordinales de dos, tres, cinco ó seis posibilidades, divididos en 11 dimensiones —percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, preocupación de salud, función cognoscitiva, calidad general de vida y salud transitoria—, que a su vez se pudo cuantificar en dos índices generales: salud física (ISF) y salud mental (ISM).

Se utilizó una entrevista de 22 preguntas el cual fue creado por las investigadoras a partir de las respuestas encontradas en el cuestionario, las preguntas abarcaron por una parte la fecha del diagnóstico de VIH y bajo qué tratamiento se encuentran actualmente. Las demás preguntas estuvieron dirigidas en las áreas donde resultaron más bajos los porcentajes que fueron Escala de salud, Escala de dolor, Salud mental, Preocupación social y Calidad de vida.

Escenario

La investigación se llevó a cabo en La Casa de la Sal, asociación civil localizada en la calle de Texcoco 95 Col. Clavería Del Azcapotzalco C.P 028090 en la Ciudad de México. Para la aplicación se les facilitó a las investigadoras un salón con un espacio amplio 7.95m de largo y 7.35 m de ancho, el cual se encontraba pintado de blanco, decorado con plantas y flores, conformado por dos mesas de madera y 10 sillas plásticas, dicho salón poseía una buena iluminación debido a que contaba con dos lámparas largas y un amplio ventanal por el cual se filtraba luz natural, se contó con un clima artificial de 22° C, se buscó que las condiciones dentro del espacio utilizado fueran cómodas para que las participantes pudieran responder sin ningún tipo de problemática.

Procedimiento

Tipo de estudio: Exploratorio.

Tipo de diseño: No experimental transeccional correlacional causal, debido a que se describe la relación causa-efecto entre dos conceptos en un único momento determinado. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

Descripción de la muestra: La muestra es no probabilística debido a que la elección de los participantes no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación

Criterios de inclusión: Mujeres diagnosticadas con VIH y que actualmente se encuentren bajo tratamiento antirretroviral.

Se implementaron dos fases, en la primera se aplicó el cuestionario MOS-HIV de manera grupal, mientras que en la segunda fase se entrevistaron a las cinco participantes de manera individual para obtener información detallada sobre su convivencia con el diagnóstico. Durante la aplicación del cuestionario MOS-HIV se les dieron las siguientes instrucciones a las participantes:

“¡Buenas Días! Nuestros nombres son Guadalupe Ortega y Pamela Sosa, ambas somos Psicólogas de la UNAM y estamos realizando una investigación sobre la calidad de vida en mujeres con VIH, es de suma importancia la colaboración de todas ustedes para responder un cuestionario breve sobre calidad de vida, esta se relaciona en cómo influye el VIH en sus actividades cotidianas, su vida social, sus emociones y pensamientos. La Casa de la Sal nos ha brindado su apoyo porque les parece interesante como la calidad de vida influye en sus vidas y en el avance contra el VIH, posteriormente los resultados obtenidos en esta investigación serán compartidos con todas ustedes y servirán para modificar algunas cuestiones en el ámbito psicológico en La Casa de la Sal. Es importante señalar que la información será completamente confidencial y sola para fines de la investigación. ¿Alguna duda?”

Si las participantes no presentaban ninguna duda se proseguía con las siguientes indicaciones:

- 1. A continuación se les entregará a cada una un cuestionario que identifica su estado de salud de las últimas dos semanas.*
- 2. Deberán de elegir aquella opción con la que ustedes se sientan más identificadas o consideren que se acerque más a sus vivencias de las dos últimas semanas.*
- 3. Si tienen alguna duda deberán de plantearla a alguna de las coordinadoras para que pueda ser resuelta”*
- 4. Es importante que contesten de manera sincera, todos los datos que nos proporcionan son completamente confidenciales, es preferible que respondan todas las preguntas, con el fin de obtener la mayor información de cada uno de ustedes.*
- 5. Tienen 10 minutos para contestar todo el cuestionario, gracias.*

Al finalizar se les agradeció su participación y se recogió el material.

La segunda fase consistió en realizar una entrevista de 22 preguntas a las participantes para investigar más sobre sus actividades cotidianas, bajo qué tratamiento se encuentran y para reforzar algunas respuestas que necesitaron más información. Las instrucciones fueron las siguientes:

- 1. Después de haber contestado el cuestionario sobre calidad de vida, surgieron algunas preguntas sobre el mismo tema que queremos consultarle.*
- 2. Es importante que conteste a las preguntas con sinceridad y te recordamos de nueva cuenta que la información proporcionada será confidencial y sólo se utilizará para la investigación.*
- 3. Si en algún momento de la entrevista no entienden alguna pregunta no lo pueden indicar con toda confianza y nosotras le explicaremos.*

Al finalizar la sesión se les agradeció su participación y se les comentó que en cuanto se concluyera la investigación habría una sesión para dar una retroalimentación sobre los resultados obtenidos.

8. RESULTADOS

Los resultados de la investigación fueron que ninguna de las participantes alcanzó el porcentaje mínimo para considerar que tienen una buena calidad de vida de acuerdo al cuestionario MOS-HIV, los porcentajes obtenidos fueron menores al 60%, por lo que se considera que la calidad de vida de las 5 mujeres participantes se encuentran por encima de la media. Las calificaciones totales se obtuvieron aplicando coeficientes de ponderación que proporcionan un resultado cuasidimensional comprendido en una escala de 0 a 100, donde los valores mayores corresponden a una mejor calidad de vida y viceversa. Es importante recordar que el cuestionario MOS-HIV evalúa el estado físico-emocional de las personas de las últimas dos semanas.

Con los resultados obtenidos por el cuestionario MOS-HIV se detectaron las escalas con los niveles de puntuación más bajas: escala de salud, escala de dolor, salud mental, preocupación social y calidad de vida, las cuales para investigar más a fondo se realizó una entrevista semiestructurada en la cual los factores psicosociales que resaltaron fueron salud física, preocupación social, pensamientos y emociones cada uno es explicado a partir de las vivencias de cada persona y de qué manera influye en su vida cotidiana.

Los resultados de la entrevista semiestructurada arrojaron que las participantes consideran tener una mejor calidad de vida después de ser notificadas con el diagnóstico del VIH, debido a que han tenido un mejor cuidado de su cuerpo, alimentación y salud mental; este diagnóstico también influyó en la manera en la que se relacionaban con su familia y su pareja, también se encontró que para ellas es sumamente importante las opiniones de sus padres, hermanos/as y de su pareja al momento de tomar decisiones. Estas opiniones influyeron mucho para aceptar y adaptarse al diagnóstico del VIH, en un inicio las ideas que tenían sobre el virus fueron un factor determinante para que tuvieran una buena adherencia al tratamiento.

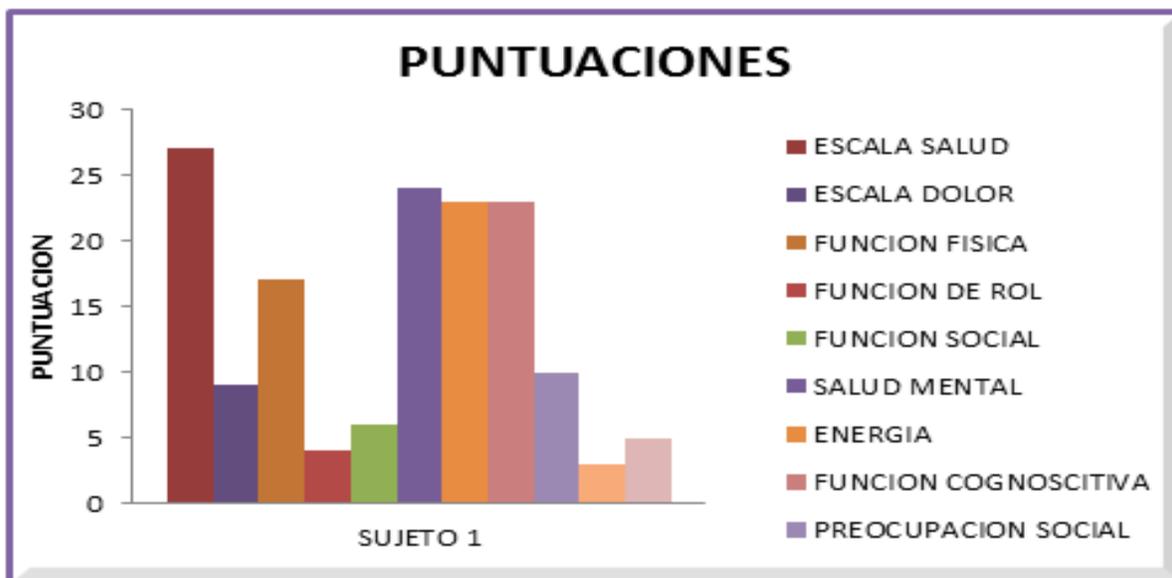


Figura 1. Puntuaciones obtenidas del sujeto 1 en las 11 escalas de calidad de vida del cuestionario MOS-HIV.

Se puede observar en la gráfica 1 el nivel de puntuación que el sujeto 1 obtuvo, y en la gráfica 2 el porcentaje en cada escala, sacó 27 puntos y el 93.1% del total en la Escala de Salud, en la Escala de Dolor tiene una puntuación de 9 obteniendo el 81.8% del total, en la Función Física tuvo 17 puntos y con el 94.4% del total, en la Función de Rol tuvo 4 puntos y el 100% del total, en la Función Social obtuvo 6 puntos y el 100% del total, en Salud Mental tuvo 24 puntos y el 80% del total, en la Escala de Energía obtuvo 23 puntos y el 95.8% del total, en la Función Cognoscitiva tuvo 23 puntos y el 95.8% del total, en Preocupación social obtuvo 10 puntos y el 50% del total, en Calidad de Vida tuvo 3 puntos y el 60% del total, y por último en Transición Salud tuvo 5 puntos y el 100% del total.

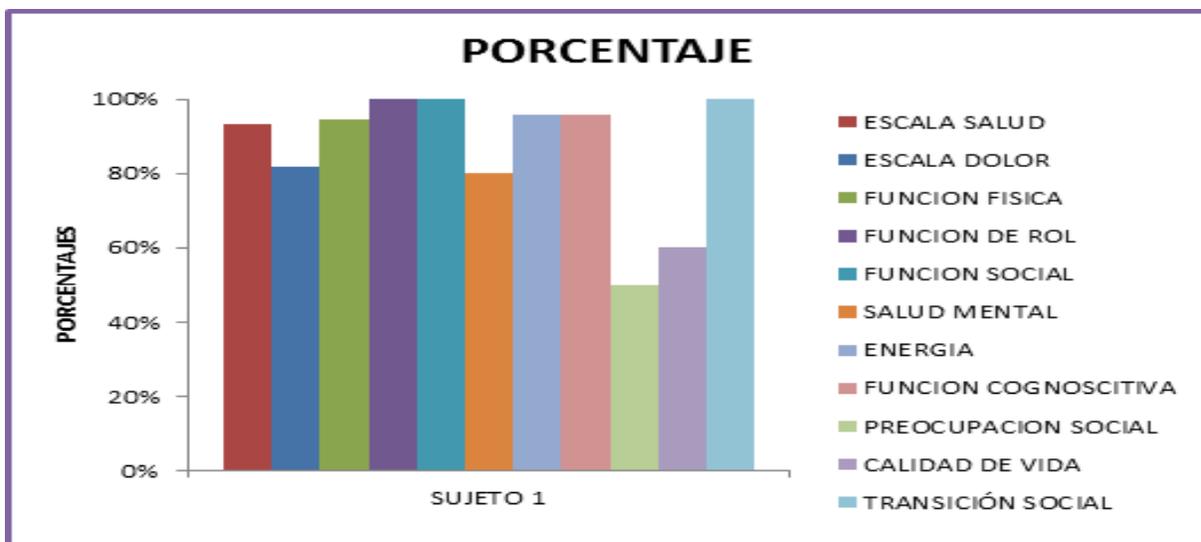


Figura 2. Porcentaje total del sujeto 1 obtenido en la evaluación de las 11 escalas del Cuestionario sobre calidad de vida MOS-HIV.

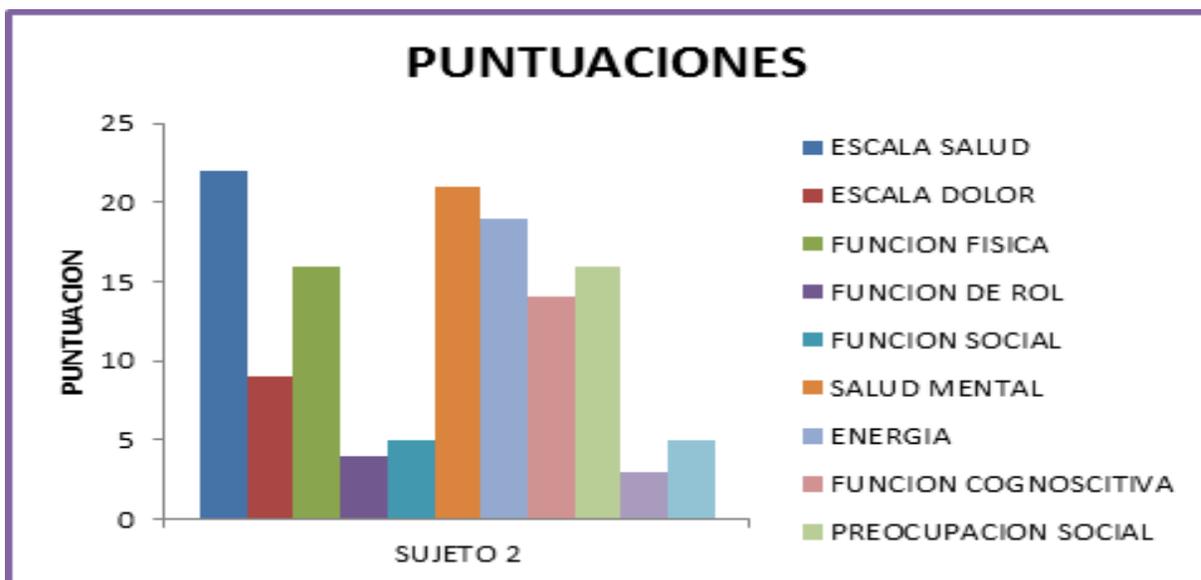


Figura 3. Puntuaciones obtenidas del sujeto 2 en las 11 escalas de calidad de vida del cuestionario MOS-HIV.

Como se puede observar en la Gráfica 3 el sujeto 2, obtuvo 22 puntos y en la Gráfica 4 se observa el porcentaje 75.80% del total en la Escala de Salud, en la Escala de Dolor tiene una puntuación de 9 obteniendo el 81.8% del total, en la Función Física tuvo 16 puntos y con el 88.8% del total, en la Función de Rol tuvo 4 puntos y el 100% del total, en la Función Social obtuvo 5 puntos y el 83.33% del total, en Salud Mental tuvo 21 puntos y el 70% del total, en la Escala de Energía

obtuvo 19 puntos y el 79.1% del total, en la Función Cognoscitiva tuvo 14 puntos y el 58.3% del total, en Preocupación social obtuvo 16 puntos y el 80% del total, en Calidad de Vida tuvo 3 puntos y el 60% del total, y por último en Transición Salud tuvo 5 puntos y el 100% del total.

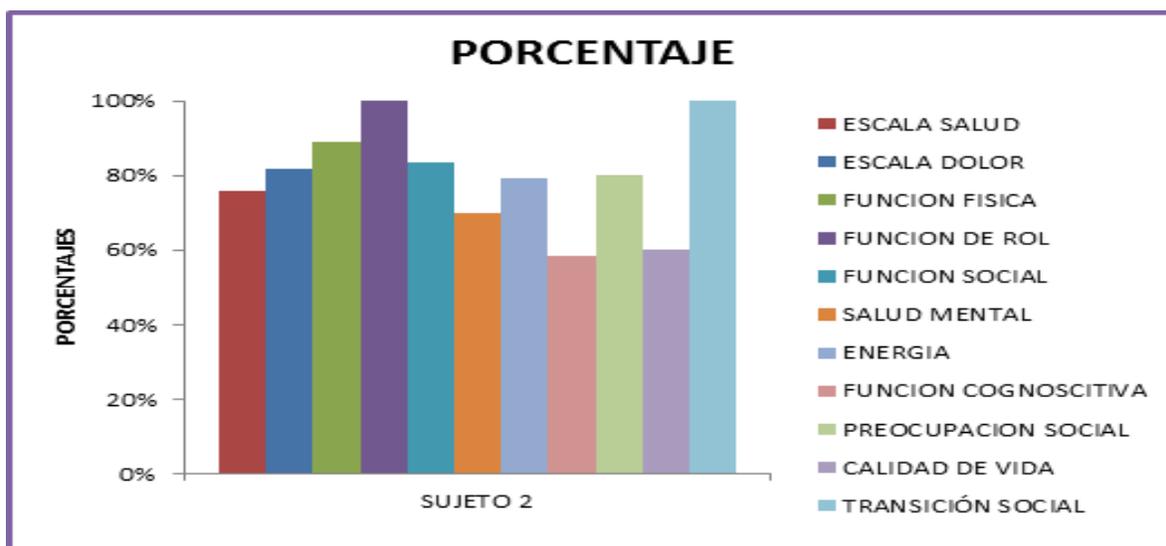


Figura 4. Porcentaje total del sujeto 2 obtenido en la evaluación de las 11 escalas del Cuestionario sobre calidad de vida MOS-HIV.

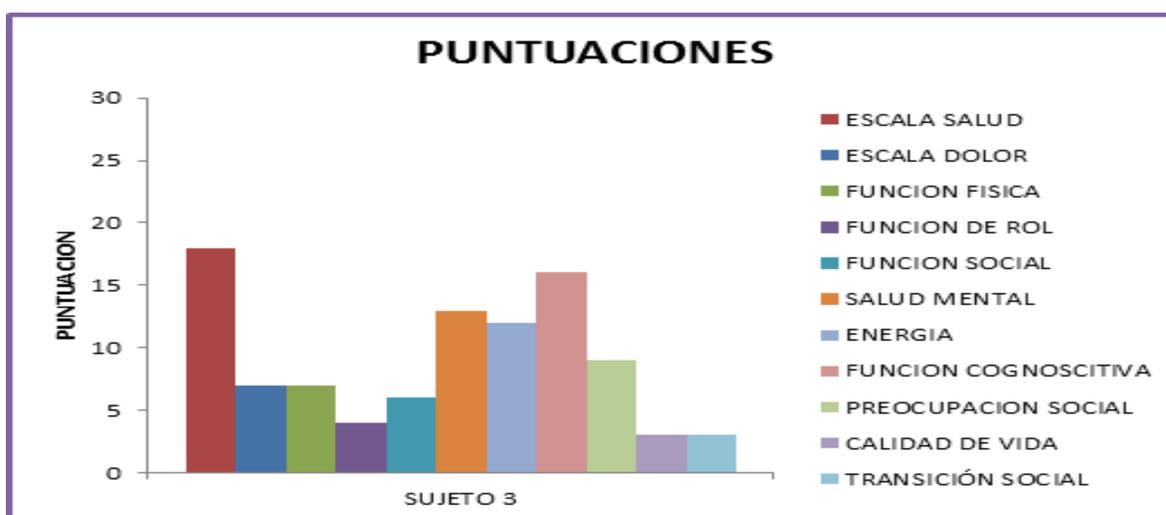


Figura 5. Puntuaciones obtenidas del sujeto 3 en las 11 escalas de calidad de vida del cuestionario MOS-HIV.

Se puede observar en la Gráfica 5 que el sujeto 3 obtuvo 18 puntos y en la Gráfica 6 el porcentaje que fue de 62% del total en la Escala de Salud, en la Escala de Dolor tiene una puntuación de 7 obteniendo el 63.63% del total, en la

Función Física tuvo 13 puntos y con el 72% del total, en la Función de Rol tuvo 4 puntos y el 100% del total, en la Función Social obtuvo 6 puntos y el 100% del total, en Salud Mental tuvo 13 puntos y el 43.3% del total, en la Escala de Energía obtuvo 12 puntos y el 50% del total, en la Función Cognoscitiva tuvo 16 puntos y el 66.6% del total, en Preocupación social obtuvo 9 puntos y el 45% del total, en Calidad de Vida tuvo 3 puntos y el 60% del total, y por último en Transición Salud tuvo 3 puntos y el 60% del total.

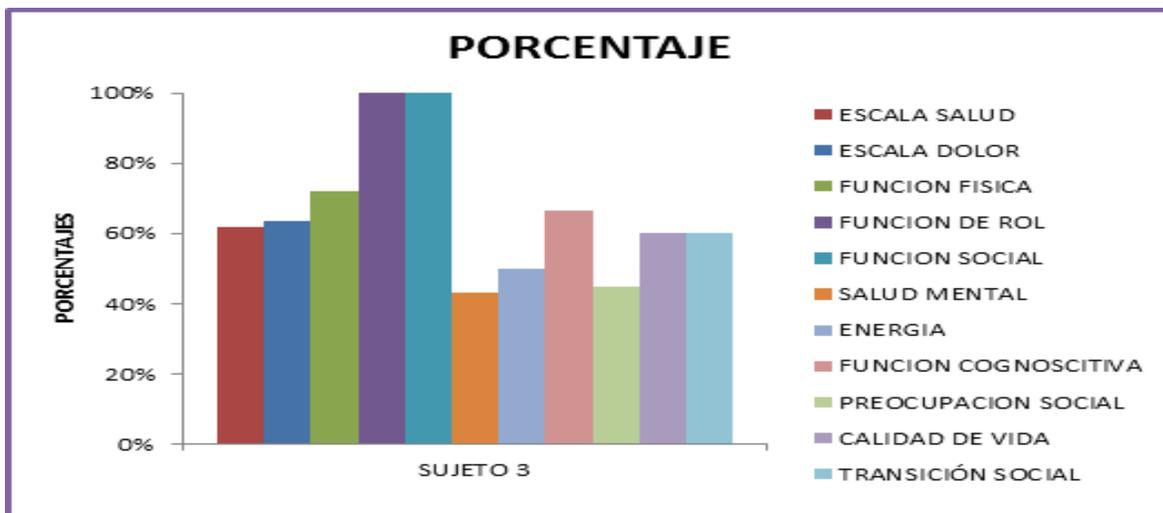


Figura 6. Porcentaje obtenido en cada una de las 11 escalas del sujeto 3 en la evaluación del Cuestionario sobre calidad de vida MOS-HIV.

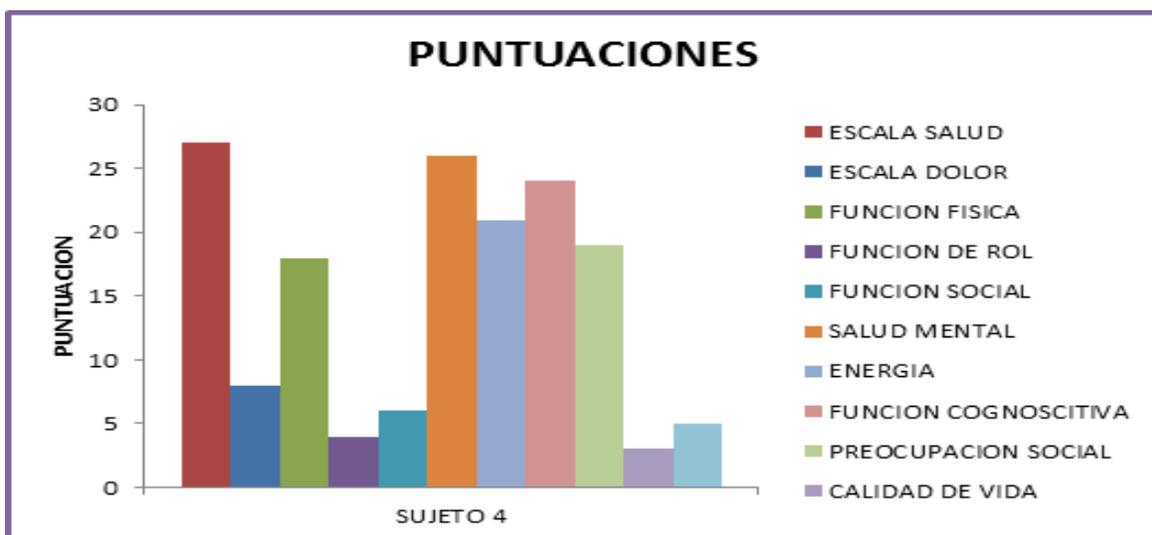


Figura 7. Puntuaciones obtenidas del sujeto 4 en cada una de las 11 escalas de calidad de vida del cuestionario MOS-HIV.

Se puede observar en la Gráfica 7 que el sujeto 4 obtuvo 27 puntos y en la Gráfica 8 el porcentaje que fue de 93.1% del total en la Escala de Salud, en la Escala de Dolor tiene una puntuación de 8 obteniendo el 72.7% del total, en la Función Física tuvo 18 puntos y con el 100% del total, en la Función de Rol tuvo 4 puntos y el 100% del total, en la Función Social obtuvo 6 puntos y el 100% del total, en Salud Mental tuvo 26 puntos y el 86.6% del total, en la Escala de Energía obtuvo 21 puntos y el 87.5% del total, en la Función Cognoscitiva tuvo 24 puntos y el 100% del total, en Preocupación social obtuvo 19 puntos y el 95% del total, en Calidad de Vida tuvo 3 puntos y el 60% del total, y por último en Transición Salud tuvo 5 puntos y el 100% del total.

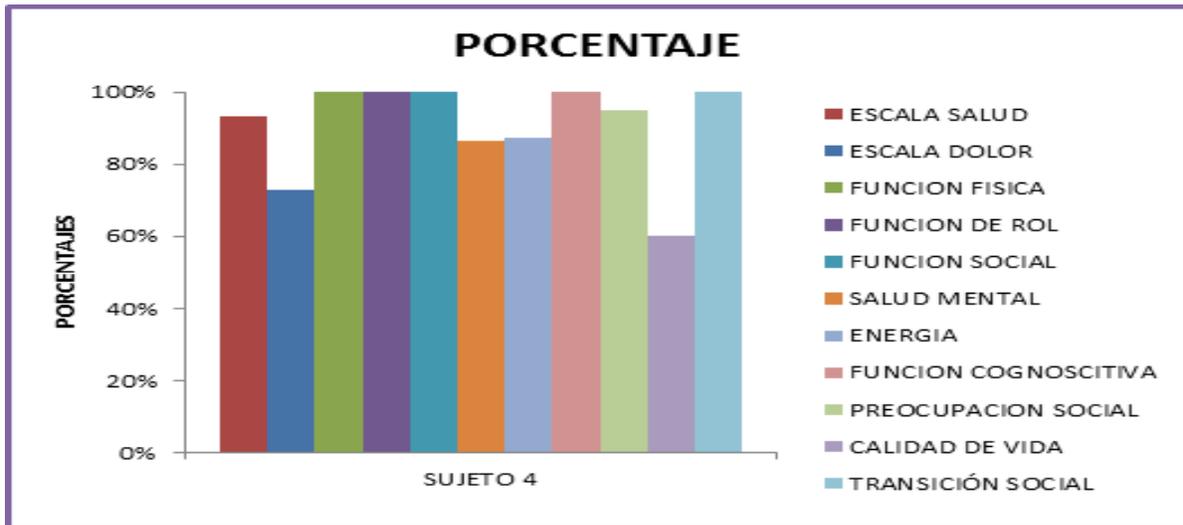


Figura 8. Porcentaje obtenido en cada una de las 11 escalas del sujeto 4 en la evaluación del Cuestionario sobre calidad de vida MOS-HIV.

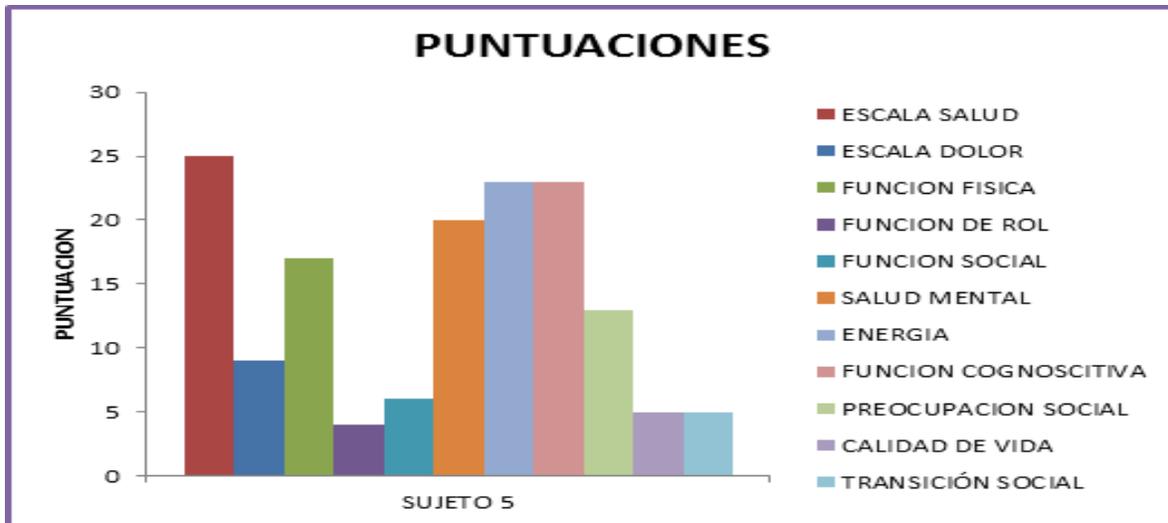


Figura 9. Puntuaciones obtenidas del sujeto 5 en las 11 escalas de calidad de vida del cuestionario MOS-HIV.

Y por último en la Gráfica 9 se observa cómo el sujeto 5 obtuvo 25 puntos y en la Gráfica 10 se observa el porcentaje 86.2% total en la Escala de Salud, en la Escala de Dolor tiene una puntuación de 9 obteniendo el 81.8% del total, en la Función Física tuvo 17 puntos y con el 94.4% del total, en la Función de Rol tuvo 4 puntos y el 100% del total, en la Función Social obtuvo 6 puntos y el 100% del total, en Salud Mental tuvo 20 puntos y el 50% del total, en la Escala de Energía obtuvo 23 puntos y el 95.8% del total, en la Función Cognoscitiva tuvo 23 puntos y el 95.8% del total, en Preocupación social obtuvo 13 puntos y el 65% del total, en Calidad de Vida tuvo 5 puntos y el 100% del total, y por último en Transición Salud tuvo 5 puntos y el 100% del total.

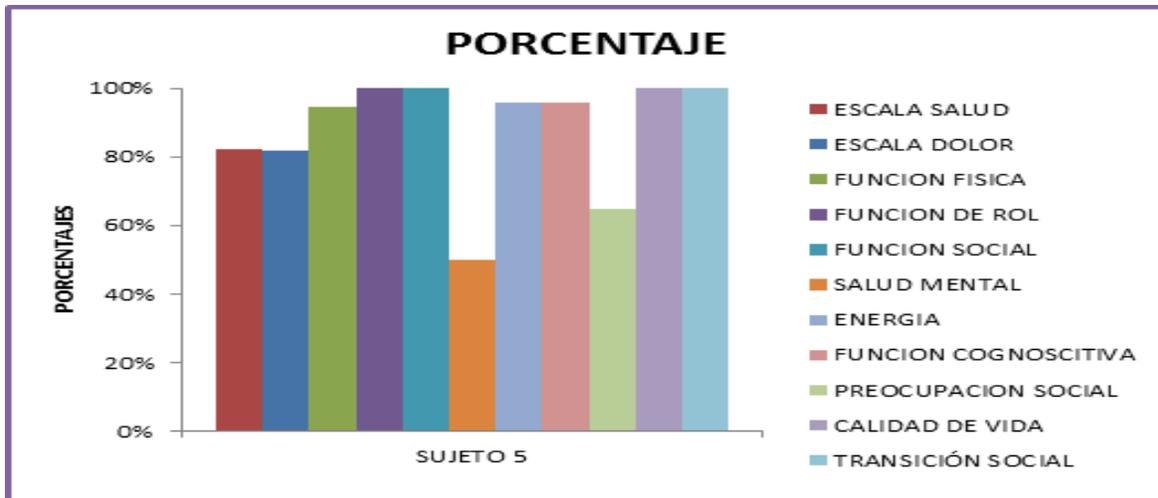


Figura 10. Porcentaje obtenido en cada una de las 11 escalas del sujeto 5 en la evaluación del Cuestionario sobre calidad de vida MOS-HIV.

Se puede observar en la Gráfica 10 el porcentaje total obtenido del cuestionario de los cinco sujetos, el primero obtuvo el 53%, el segundo el 46.8%, el tercero el 36.3%, el cuarto el 56.2% y el quinto el 52.4% del total. Es importante señalar que ningún sujeto alcanzó el mínimo que es el 60% se considera entonces que la calidad de vida de estas 5 mujeres está por encima de la media pero el porcentaje es mínimo para considerar que hay una buena calidad de vida

En la entrevista que se realizó a cada una de las participantes se encontró lo siguiente:

Sujeto 1:

Con respecto a la escala de salud mencionó que tiene 7 años con el diagnóstico de VIH y se encuentra bajo tratamiento antirretroviral al principio los malestares solo fueron físicos como mareos y ojos amarillos, por otro lado considera que su estado de salud es bueno y que visita al doctor una vez al mes y solo por malestares en la garganta. Con respecto a su salud mental considera que vivir con VIH no es ningún problema, se siente muy bien a nivel personal y esto gracias a que asistió a terapias psicológicas hace siete años porque sufrió de depresión ya que los principales pensamientos negativos eran el rechazo social y de sus hijos y el no querer continuar viviendo, con el transcurso del tiempo los

principales pensamientos positivos han sido sus hijos ya que son su principal motivación.

Con respecto a su preocupación social mencionó que el rechazo fue lo que más influyó al inicio porque indica que la moral es la perfección total en las personas y ella carecía de esta debido a que tenía una relación con una persona infectada. También nos mencionó que uno de los factores para que pueda animarse es principalmente su familia si ellos no están no se siente con la vitalidad suficiente para hacer sus actividades cotidianas tomando en cuenta que también se le dificulta debido a que tiene miedo a hacer cosas incorrectas y por ser VIH positiva no tiene derecho a opinar todo esto haciendo referencia a la función cognoscitiva. Por último con relación a la calidad de vida menciona que se encuentra sana como cualquier persona y que el VIH es como cualquier enfermedad y en lo personal la calidad de vida es que todo marche bien a nivel salud, ambiente, personal y espiritual.

Sujeto 2:

Dentro de los cuestionamientos dedicados a la escala de Salud el sujeto dos informó tener 8 años con el diagnóstico y desde el inicio del diagnóstico ha tomado medicamentos antiretrovirales, donde los únicos efectos secundarios fueron los ojos amarillos, sin embargo con el paso del tiempo estos poco a poco han ido desapareciendo. Refirió haber sentido dolor en el pecho durante las últimas dos semanas y pese a este malestar no ha acudido al médico correspondiente, la manera en la que mitiga el dolor es tomando paracetamol. Va al médico una vez al mes por el chequeo de rutina y para que le brinden la dosis necesaria de los medicamentos correspondientes.

En cuanto a la escala de salud mental hizo mención de que desde hace 7 años, cada mes, va sesiones grupales en la institución de salud que le corresponde cada mes, mencionó que estas terapias le han ayudado mucho debido a que al principio de su diagnóstico los principales pensamientos que tenía eran negativos, sentía que las demás personas la rechazarían, tenía varios pensamientos acerca de la

muerte y como está la afectaría a ella y a su familia y cierto temor y desencanto por el futuro que le esperaba. Respecto a la preocupación social menciona que actualmente ya no le interesa la opinión de los demás y tampoco ha presentado de nuevo pensamientos negativos respecto hacia su propia persona, hizo referencia que en un principio sentía que había “pisado” la imagen que se tenía de ella ya que definió lo moral como algo intachable dentro de una persona sin embargo con el paso del tiempo y gracias a las terapias se ha dado cuenta de que no hay nada malo con ella y que tampoco su imagen ha sido “pisada”.

Menciona que su vitalidad para llevar a cabo sus actividades diarias dependen mucho de su estado de ánimo y de los problemas que tenga en ese momento, tanto a nivel familiar, de pareja o en su trabajo; estos problemas también influyen en su concentración. Se considera una persona sana como cualquier otra ya que sabe que si tiene una buena adherencia a su tratamiento todo marcha bien en su salud física y no tiene por qué sentirse mal. Finalmente define la calidad de vida como un estado de bienestar, en donde su familia se encuentre unida y ella no tiene que limitarse a quedarse en su casa encerrada o en dejar de hacer sus actividades cotidianas debido a su diagnóstico. Hizo un especial énfasis en que ella debe de “quererse” para poder querer a todas las demás personas que le rodean.

Sujeto 3:

Dentro de los cuestionamientos relacionados con la escala de salud el sujeto 3 mencionó que fue diagnosticada desde hace 5 años y medio, y durante el último año le fue cambiado su esquema de medicación, con este nuevo tratamiento ha presentado dolores de cabeza y mareo por las noches. Refirió haber presentado malestares en el estómago y dolores relacionados a su colitis, la cual es causada por situaciones estresantes, también hizo mención que ante estos dolores ha ido algunas veces con su médico, esto depende de qué tan agudo sea su dolor. Considera su estado de salud como regular ya que en

algunas ocasiones ha presentado algunos padecimientos leves sin embargo estos no la incapacitan para que realice sus actividades diarias.

En cuanto a la escala de salud mental mencionó que hace 10 años estuvo bajo tratamiento psicológico, acabo el tratamiento correspondiente y actualmente asiste a sesiones grupales que le han ayudado mucho; refirió que sus principales pensamientos negativos al inicio de su diagnóstico fue el sentirse menos, lo cual desencadeno que su autoestima bajará, con el paso del tiempo estos pensamientos han disminuido y los principales pensamientos positivos que tiene son que tiene más ganas de “luchar” para salir adelante. Respecto a la preocupación social menciona que la opinión de los demás le da igual y no influye en su vida cotidiana; define lo moral como el conjunto de ideas que se rigen por la sociedad, la conducta buena o mala que podemos tener ante los demás, la moral del participante se ve afectada cuando su familia la hace a un lado en la toma de decisiones (esto ha sucedido antes de que fuese diagnosticada).

Menciona que su vitalidad para llevar acabo sus actividades diarias dependen mucho de los pensamientos con los que despierte, también hace mención de que la opinión de su familia cerca influye mucho para que pueda o no resolver los problemas que se le presentan cotidianamente, otro factor que también influye es la poca concentración que pueda llegar a tener en las situaciones que se le presenten. Afirma que se encuentra sana como cualquier otra persona, sólo tiene un virus en su cuerpo y mientras se cuide y tenga una buena adherencia a su tratamiento no tendrá problemas a nivel físico. Finalmente define la calidad de vida como las características buenas o malas que rigen la vida que uno llega a desarrollar.

Participantes	Tratamiento Antiretroviral	Efectos Secundarios	Manifestación de Dolor	Parte del Cuerpo Afectada	Medicación	Visita Médica
1	Si	Si	Si	Garganta	Si	Cada mes
2	Si	Si	Si	Estómago	No	Depende del dolor
3	Si	Si	Si	Pecho	No	Cada mes
4	Si	Si	Si	Vientre*	No	No
5	Si	No	Si	Espalda	No	Cada seis meses

Tabla 1. Comparación de respuestas obtenidas mediante la entrevista entre las participantes.

Participantes	Tratamiento Psicológico	Pensamientos negativos	Pensamientos Positivos	Opinión Social	Buena Calidad de Vida
1	Si	Si	Si	Si	Si
2	Si	Si	Si	Si, al principio del diagnóstico	Si
3	Si	Si	Si	No	Si
4	Si	No	Si	No	Si
5	Si	Si	Si	Si	Si

Tabla 2. Comparación de respuestas obtenidas mediante la entrevista entre las participantes.

Sujeto 4:

Dentro de los cuestionamientos sobre la escala de salud el sujeto 4 hizo mención de que actualmente lleva un esquema con 5 medicamentos, hace poco su esquema fue cambiado debido a que los medicamentos que tenía en ese entonces habían caducado en su cuerpo (ya no le funcionaban y le provocaban taquicardias y cambio en su presión) Hace poco tuvo un bebé, el cual nació por cesárea, por lo que ha tenido algunos dolores en su vientre sin embargo no ha visitado a su médico debido a que el dolor no es intenso. Considera su estado de salud como bueno, ya que tanto física como emocionalmente siempre se encuentra bien. Respecto a su salud mental menciona que desde su diagnóstico no ha tenido ningún tipo de emociones negativas, en cambio sus pensamientos positivos más recurrentes son el seguir adelante con su familia y cumplir sus metas. Estuvo bajo tratamiento psicológico hace tiempo, terminó exitosamente con el mismo, actualmente no se encuentra bajo ninguno.

En lo que se refiere a la preocupación social manifiesta que la opinión social no le afecta de ninguna manera. No dio una definición sobre lo que es la moral para ella, sólo pudo decir que es alta y bajo ninguna circunstancia se ve afectada. Los factores que influyen directamente en su estado de ánimo son la salud de su familia y la situación por la que estén pasando. Menciona no tener ninguna clase de dificultades a la hora de resolver los problemas que se le presentan en su vida diaria ya que siempre busca alternativas para poder resolverlos. Finalmente considera su estado de salud como bueno, ya que nunca se enferma y siempre se encuentra bien, define la calidad de vida como una vida sana.

Sujeto 5:

Con respecto a la escala de salud mencionó que su diagnóstico de VIH fue desde el año 2003, se encuentra bajo tratamiento antirretroviral y no sintió ningún efecto secundario con el medicamento. Respecto a la escala de dolor mencionó que durante las últimas dos semanas tuvo dolor en la espalda, siente enfriamiento en pulmones y mucho frío corporal para aliviar el dolor no toma nada y solo visita

al infectólogo cada 6 meses o practica acupuntura. Menciona que su estado de salud es bueno y que no es ningún problema para ella, se siente como una persona normal, visitó al psiquiatra hace 8 años porque tenía una depresión muy fuerte y tuvo que tomar antidepresivos y tomar terapia psicológica, sus principales pensamientos negativos eran adquirir tuberculosis y más actualmente cuando se enferma hay mucha preocupación y angustia, los positivos por otro lado se relacionan con la religión que es la que la levanta del decaimiento y la vuelve perseverante para buscar nuevas opciones, todo esto con respecto a su salud mental.

La preocupación social en su vida afecto porque sufrió discriminación social y sentía mucha nostalgia por eso, su moral va enfocada a los valores, las buenas actitudes y la congruencia de esta manera se ve afectada con el sufrimiento de las personas y se esfuerza en guiarlas. Menciona que un factor importante para que ella se sienta animada es que tenga movilidad corporal y su estado de salud este al máximo, ya que las actividades diarias la agotan mucho ya que lo impide son las decaídas físicas (dolor de espalda, gripes y diarreas) y a nivel emocional los nervios de no dejar comida en casa para asistir a las terapias evitan que se concentre todo esto con respecto a su función cognoscitiva. La calidad de vida para ella cuidarse, tomar medicamentos, estar bien emocionalmente, que haya un contexto sano, cultivarse, comer bien, dormir adecuadamente, ser responsable de los actos y delegar lo que no es suyo. Por lo tanto cree que su calidad de vida es buena porque en primer lugar no está en el hospital y asiste constantemente a sus consultas médicas.

9. CONCLUSIONES

A partir de la aplicación del cuestionario MOS-HIV y de la entrevista semi-estructurada se encontraron tres factores psicosociales, el primero el factor salud siendo el más importante para determinar si las mujeres cuentan con una buena calidad de vida debido a que en algunas ocasiones llegan a presentar dolor en diferentes partes del cuerpo; la salud mental es el segundo factor que pudo ser identificado, ya que después de enterarse sobre su diagnóstico las participantes presentaron diversos pensamientos negativos, los cuales les impedían realizar de manera correcta y funcional sus actividades diarias y sociales, por último el tercer factor fue la preocupación social, debido a que después de enterarse del diagnóstico lo más importante para ellas fue la opinión de su familia y amigos, haciendo un especial énfasis que sin el apoyo familiar no habrían podido seguir avanzando en los diferentes ámbitos donde se desarrollan.

Las participantes en general mencionan que si su estado de salud es adecuado pueden realizar sus actividades cotidianas de manera correcta, sin embargo si notan que su estado de salud es malo o presentan algunas molestias físicas como mareos o fatigas es poco probable que lleven de manera adecuada sus actividades del día, incluyendo el relacionarse correctamente con las personas que las rodean, estos acontecimientos apoyan lo dicho por González,(2009) donde menciona que el VIH no es solo una enfermedad que afecta al sistema inmunológico sino que también debilita la salud mental de la persona diagnosticada.

Uno de los resultados que se pudieron obtener por medio de la entrevista fue que las participantes comentaron que al inicio del tratamiento antirretroviral los efectos secundarios no les permitían efectuar de manera correcta sus actividades y sentían bastante inestable su estado de ánimo, este dato concuerda con la investigación realizada por Teva, Bermúdez, Hernández y Buéla (2004) donde mencionan la importancia de estudiar la calidad la calidad de vida relacionada con

la salud en pacientes con VIH, debido a que los efectos secundarios que tiene el tratamiento antirretroviral aún no se encuentran del todo determinados y como estos afectan el estado de ánimo de los pacientes.

Otro factor importante que se encontró fue la preocupación social que presentaron las participantes respecto al diagnóstico, debido a que en un principio cuando fueron notificadas la percepción que tenían sobre ellas mismas y su autoestima se vieron afectadas generando una serie de pensamientos negativos, entre ellos el rechazo familiar, una muerte lenta y dolorosa, el rechazo de la sociedad en general y él como podrían ser vistas y tratadas una vez que las demás personas se enteraran sobre su diagnóstico, viviendo esta etapa bajo una presión social, en donde hacían todo lo posible para que la gente no detectara que eran portadoras del virus. Las participantes mencionan que actualmente no les importa lo que la sociedad pueda pensar de ellas y de su diagnóstico y que muchos de estos pensamientos han ido desapareciendo con el tiempo gracias al apoyo terapéutico que han recibido de manera individual y grupal.

Por otro lado en un estudio realizado sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida de Vinaccia, Fernández, Quiceno, López y Otalvaro (2008) se encontró que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentan (bajo o normal). El nivel de apoyo social ha demostrado ser una variable predictora de la calidad de vida en esta investigación los factores de apoyo social fueron valorados por los sujetos del estudio como significativos especialmente aquellos de tipo afectivo-emocional asociados a una comunicación empática y comunicativa con su grupo de referencia como familiares, amigos y compañeros de trabajo.

La salud mental es otro factor importante que se observó en las mujeres, todas manifestaron algunos síntomas de depresión y ansiedad al inicio del tratamiento o cuando fueron notificadas con el diagnóstico positivo, algunas

comentaron que ya no querían seguir viviendo y pensaban que el VIH era una enfermedad mortal a corto plazo, estos resultados concuerdan con lo mencionado por González (2009, citado en Romar,2010) en donde explica que hay alteraciones psicológicas en las personas que experimentan ansiedad, depresión ya sea al inicio, al aparecer nuevos síntomas o enfermedades o cambios negativos en la carga viral, es importante señalar que la mayoría de las mujeres tienen miedo a sufrir tuberculosis o una enfermedad crónica que termine con su vida. Por su parte Reis, Vanderley, Dos Santos, Araujo, Gimenez y Gir, 2001 mencionan que de los diversos trastornos psiquiátricos el más frecuente es la depresión.

Relacionado con la investigación de Badía y Lara (2004) otro factor determinante de la Calidad de Vida del paciente VIH es la depresión, habiéndose demostrado que los pacientes VIH la sufren más que la población general. Se demostró que la presencia de depresión se asociaba a una menor probabilidad de tomar la medicación antirretroviral, de forma que los pacientes con depresión que se trataron de su problema correctamente mejoraron el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, esta investigación concuerda con los datos antes expuestos ya que las participantes con el transcurso del tiempo asistieron a terapia y tuvieron una buena adherencia al tratamiento mientras que al principio no tenían ganas de seguir adelante en ningún aspecto de su vida (familiar, en el trabajo, con su pareja).

Las participantes mencionaron tener una buena adherencia al tratamiento porque llevan más de 5 años con el diagnóstico, esto asemeja con lo que mencionan Garcia y Rodriguez, 2014 que una excelente adhesión al tratamiento asegura una mejoría tanto en la salud como en la calidad de vida, esto se comprueba ya que las participantes en la actualidad no presentan ninguna enfermedad crónica, solo en algunas ocasiones tienen malestares menores como dolor de garganta, gripes, dolor de cabeza etc., también dejaron de presentar pensamientos negativos acerca de su muerte y dejar a su familia desprotegida. En

una investigación realizada sobre Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral de Ventura, Conde, Verdugo, Cortés y Gómez (2014) ponen en evidencia los resultados obtenidos, donde se afirmó que el paciente con tratamiento antirretroviral activo actualmente presenta una elevada satisfacción con su terapia y una óptima calidad de vida, congruente con el elevado grado de control clínico demostrando así una correlación entre satisfacción y calidad de vida, lo anterior se relaciona con lo obtenido en los resultados, en donde se refleja que las pacientes alcanzaron una buena adherencia gracias a la atención psicológicas que se les fue brindada.

Es importante también el concepto que cada una de las participantes dio sobre calidad de vida y que tanto se relaciona con las que han propuesto algunos autores, ellas en lo general mencionan que una buena calidad de vida es principalmente estar sano, estar rodeado de la familia, estar bien emocionalmente y sobre todo aceptar el diagnóstico. Esto concuerda con lo dicho por Bishop, 2005 (citado en Avendaño y Barra, 2008) en como la percepción subjetiva de bienestar general que hace el individuo a diversas áreas de su vida, que incorpora aspectos como la salud física de la persona, su estado psicológico, grado de independencia, sus relaciones sociales y creencias personales, cabe señalar que una de las participantes mencionó que la religión era muy importante para ella ya que era la única que podía mantenerla tranquila en los momentos más estresantes de su vida.

Con esto se concluye que los factores psicosociales afectan a las mujeres de manera directa debido a que influyen en su estado de ánimo y salud física. Si en un día normal las mujeres se encuentran con su familia y su estado físico es bueno pueden realizar de manera uniforme sus actividades. También debe de tomarse en cuenta que las participantes comentaron que al inicio del tratamiento presentaron cuadros psicológicos estresantes, esto pudo darse debido a los estigmas sociales que aún se tienen respecto al VIH, ya que el diagnóstico influye

en la manera en cómo se ven y aceptan, también comentaron que con el paso del tiempo han aprendido a aceptarse y vivir con VIH y adherirse al tratamiento de manera correcta para tener una mejor calidad de vida.

Durante la aplicación del cuestionario MOS-HIV se encontraron dos errores metodológicos, el primero fue al momento de aplicar el pilotaje, ya que los participantes mencionaron que la pregunta 11 era muy confusa debido a que textualmente expresaba “Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases” dando como opciones a responder “totalmente cierta, bastante cierta, no lo sé, bastante falsa y totalmente falsa” generando confusión al momento de elegir alguna de las opciones antes señaladas, solicitando la ayuda de las investigadoras para poder contestarlo de una adecuada manera. Mientras que el segundo error se dio durante la calificación del cuestionario, el cual se encuentra validado para poder ser utilizado en población mexicana por el Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI), el cual para calificarlo se debe realizar una escala de 0 a 100 donde mayor porcentaje equivale a una mejor calidad de vida pero no explica cuál es la puntuación máxima del cuestionario ni la media para determinar si hay buena calidad de vida, al no contar con esta información se determinó en resaltar las escalas más bajas y encontrar por medio de una entrevista el porqué de esas respuestas.

Para concluir con la investigación es importante resaltar que los factores psicosociales encontrados son bastante reveladores para la población que se investigó, ya que en otras investigaciones resultados similares se habían encontrado pero con población de ambos sexo.

La salud, las emociones, la preocupación social y la adherencia al tratamiento forjan en las mujeres empoderamiento y una autoestima fuerte para poder sostener a sus familias en caso de que no cuenten con otro tipo de apoyo.

La ayuda que se les otorga a las mujeres que presentan el diagnóstico por parte de instituciones como La Casa de la Sal es muy importante, debido a que se les brindan atención psicológica, talleres y cursos que ayudan a resolver los pequeños

problemas que enfrentan sus vidas cotidianas, también para poder a poder criar a sus hijos que nacieron sin el virus, que sepan enfrentar los estigmas sociales en los cuales puedan verse envueltos.

Los factores psicosociales encontrados en la presente investigación son un parteaguas para la realización de posteriores investigaciones, también son un punto de partida para diseñar programas de intervención que abarquen los aspectos antes mencionados y que la atención que reciban sea más eficiente. De esta manera la vulnerabilidad de la población femenina puede ser reducida, la ansiedad que lleguen a presentar podrá ser disminuida al invitarlas a hablar del tema despejando todas las dudas y mencionarles como estos factores psicosociales se ven involucrados en su vida cotidiana. Aún hacen falta más investigaciones que se dediquen a estudiar esta población en particular, ampliando más los factores internos y externos que intervienen en las mujeres con el diagnóstico del VIH. Profundizando en su historial de vida, las condiciones en las que vive, como se desarrolla en su ambiente laboral, familiar y personal; haciendo una evaluación más extensa sobre la calidad de vida abarcando un tiempo mayor al de dos semanas, tiempo que considera el cuestionario MOS-HIV, podría evaluarse de una manera más completa la calidad de vida que presentan las mujeres con este diagnóstico.

Finalmente al concientizar de manera oportuna a la población sobre esta problemática y todos los factores que la rodea, su historia, las diferentes maneras en la que puede adquirirse, la importancia de tener una buena adherencia al tratamiento así como también un buen cuidado personal y de alimentación sin ningún tipo de estigma ayudaría bastante a la erradicación de ideas erróneas sobre el VIH, haciendo posible una mejor intervención en todos los niveles de prevención. También es importante concientizar a el personal de salud que atiende esta problemática que no solamente el paciente es el único afectado en esta situación, también se ven afectados, ya sea directa o indirectamente, las personas que conviven diariamente con el paciente. Estos esfuerzos no solamente

deben de concentrarse en las grandes urbes del país, sino también en las zonas rurales, las cuales se ven afectadas en mayor medida por la falta de información y atención oportuna, mejorando no solamente la calidad de vida de las mujeres sino también de todas las personas que la rodean, ayudando a que vivan de una manera más plena y no tengan algún tipo de limitación, ya sea física o mental.

BIBLIOGRAFIA.

Alpi et al. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, (26)1, Colombia, pp. 125-132. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext

Aragón. (s/a). La salud en la calidad de vida de las mujeres. Recuperado de: http://www.unav.edu/matrimonioyfamilia/observatorio/Planfamilia/aragon/aragon_plan_accionpositiva_salud.PDF

Arévalo et al. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Revista Salud Uninorte*, (29)1, Colombia, pp. 83-95. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a10.pdf>

Arístegui et al. (2014). Abordaje psicológico de personas con VIH. Sistematización de la experiencia de atención psicosocial de Fundación Huesped. Recuperado de: <http://www.huesped.org.ar/wpcontent/uploads/2014/11/Abordajepsicol%C3%B3gico-de-personas-con-VIH.pdf>

Avendaño, M., Barra, E., (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas *Terapia Psicológica*, 26(2), Chile, pp. 165-172, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511540002>

Badía, X. (2009). Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías. Madrid: Ministerio de sanidad y política social, pp. 11-15, Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudios_calidad_vida_pacientes.pdf

Badía, X y Lara, N. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. *Revista Health Outcomes Research Europe Group Barcelona*, 4^o Seminario

de Atención Farmacéutica, España. Recuperado de http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/2_calidad_vida.pdf

Bayo, R. (2002). Mujer y Calidad de vida: evaluación de la efectividad de grupos terapéuticos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 21,(83), España, pp. 37-62. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n83/n83a04.pdf>

Bello et al. (2004). Adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA con y sin grupo de autoayuda. Revista médica de la universidad veracruzana, (4)2, México. Recuperado de: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol4_num2/articulos/adhrencia.htm

Cárdenas, A. (2007). Derechos humanos de las mujeres. México. p. 13. Recuperado de http://www.sct.gob.mx/fileadmin/_migrated/content_uploads/Derechos_Humanos_de_las_Mujeres.pdf

CENSIDA/Secretaría de Salud 2012, El VIH/SIDA en México 2012. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf

CENSIDA/Secretaria de salud 2014, La epidemia del VIH y el sida en México. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf

CENSIDA/Secretaria de salud 2014, Mujeres y...el VIH y el sida en México. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf

CENSIDA/Secretaría de salud 2013, Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA e México. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización al cierre de 2013. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013.pdf

Cuervo, M. (2010). Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.

Directorio Nacional de ONG'S en la lucha contra el SIDA. Recuperado de: http://www.aids-sida.org/archivos/directorio_nacional/directorio.html

Espinal, G. (2005). Programa de atención integral para mujeres con VIH/SIDA. Tesis <http://132.248.9.195/ppt2002/0304423/Index.html>

Fernè, M. (2007). Vida y Psicología. Reader's Digest. México. pp. 378- 385.

Flores et al. (2006). Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH/SIDA que reciben esquema targa en el hospital regional "Hermilio Valdizán Huánuco". Perú. Recuperado de: http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/75.pdf

Fonseca., Maldonado, A., Pardo, L., Soto., (2007). Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. Umbral Científico, 11, Colombia, pp. 44-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/304/30401105.pdf>

García, C.R.V. (2005). El Bienestar Psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. Revista electrónica de Psicología Iztacala. 8(2), México, pp. 5-8.

García Cedillo, I. & Rodríguez Delgado, M. (2014). Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA. Acta Universitaria, 24(4), México, pp. 3-14. doi: 10.15174.au.2014.515 http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/viewFile/515/pdf_19

Gavira, A., Martínez, L., Otalvaro, M., Quinceno, J., Vinaccia, S., (2009), Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Revista Terapia psicológica. 27 (1), pp 5-13 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001

Gayet, C., Juárez, F., (2012). en Ordorica, M. & Prud'homme, J. (2012). Los grandes problemas de México. Edición abreviada. México: El Colegio de México AC.

González, A. Álvarez. Chávez, M. (2009). Evaluación de Calidad de Vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México. México. pp 2-3.

González, V. (2009).Intervención psicológica en VIH/SIDA Recuperado de http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_13_049-063.pdf

Grmek, M. (2004). Historia del SIDA. México: Siglo XXI Editores

Herrera, C., Campero, L., (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud pública México, (44)6, México, pp. 554-564. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n6/14045.pdf>.

Iglesias, M. (2007). La mujer vive más que el hombre, pero su calidad de vida es peor. Recuperado de: <http://edant.clarin.com/diario/2007/11/04/sociedad/s-05001.htm>

INEGI/Secretaria de salud 2012, Mujeres y Hombres en México 2012. Recuperado de:http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf

Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades, 2015.Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/elInstituto/lineasAcciones/salud/home.htm>

Llach, X & Suriñach, N. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH. España: Health Outcomes Research Europe Group

Martin-Onraet, A. (2012). Características clínicas y sociodemográficas de una población de mujeres mexicanas con VIH en un hospital de tercer nivel de atención. Programa de estudios de posgrado
<http://132.248.9.195/ptd2012/agosto/400490155/Index.html>

Méndez, J., Trujano, M., (2008), La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. Revista electrónica de psicología Iztacala. 11 (4). pp 149-158

Millar, L. (2006). Factores asociados a la adherencia a tratamiento en pacientes enfermos de SIDA de la región del Bio Bio. Psykie. 12 (1). pp 145-160

Nava, G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. Revista Enfermería Neurológica. 11 (3): pp. 129-137. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Noguer, I. & Cowgill, K. (2004). El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros. Estados Unidos de América: The World Bank.

Núñez, A. Tobón, S. Arias. D. Hidalgo, C. Santoyo, F. Hidalgo, A. San Martín y Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. Perspectivas en Psicología. (13). 11-32. Recuperado de http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf

ONUMUJERES. (2013). Qué hacemos: VIH y SIDA. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids>

Patz, D. (2009). La mujer y la infección por el VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. pp. 8-10
<http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/MujeryVIH.pdf>

Peñarrieta, M., Kendall., T., Martínez., Rivera, A., Gonzales, N., Flores., del Angel,E., (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Perú*. 26(3). pp. 333-37

Ramírez, V. (2009). Intervención psicológica en VIH/SIDA. Recuperado de: http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_13_049-063.pdf

Reis1, R., Haas,V., dos Santos,C., Teles,S., Gimenez, S., Gir,E. (2011). Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida, *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original* 19(4)

Reis, R., Vanderley J., Dos Santos, C., Araujo, S., Giménez., Gi, E., ((2011). Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19(4). pp. 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_04.pdf

Rivero, A. (2012). Se incrementa el número de casos de VIH/SIDA en Mujeres. INMUJERES. Recuperado de: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/733-se-incrementa-el-numero-de-casos-de-vih-sida-en-mujeres>

Romar, J. (2010). Abordaje psicológico de personas que viven con VIH. Recuperado de: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/AbordajepsicologicodepersonasquevivenconVIH.htm>

Rosales, S., Villalobos, J.A. & Valdespino, J. (2009). 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. México: CENSIDA.

Rodríguez, C. (2008). El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA

Rodríguez, C & Bárcenas, H. (2006). VIH/SIDA y salud pública, Manual para personal de salud. México: CENSIDA.

Saavedra, C. (2013). INFECCIÓN POR EL VIH EN LA MUJER. Recuperado de http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/38/Cap_15.pdf

Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2010, 28(1). pp. 9–18.

Sierra, A. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud pública México, (45)1, México, pp. 73-80. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15447.pdf>

SEDESA. (2013). SEDESA y organizaciones civiles contra el SIDA. Recuperado de: <http://condesadf.mx/rokstories/sedesa-y-organizaciones-civiles-contra-el-vihsida.htm>

Tapia, J. (2003). Lo que tú necesitas saber sobre VIH/SIDA. México: Plaza y Valdez.

Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud con pacientes con VIH. Revista Peruana de Psicología. 14(3), pp. 1-7. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a02v14n3.pdf

Teva, I., Bermúdez, M, Hernández, Casal, G., (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Terapia Psicológica, Chile, 22(2), pp. 111-121

Torres, M.P. (2010). Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Colección Ángulos del SIDA. 10. México. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/MujeresVIH.pdf>

Torre, J. (2013). 30 Años de VIH/SIDA: Balance y nuevas perspectivas de prevención. España: UNE

Utrilla, N. (2005). Propuesta de cartel y tríptico informativo de prevención contra el VIH/SIDA dirigidos a las mujeres de México. TESIS. <http://132.248.9.195/ptd2005/00226/0347859/Index.html>

Valdespino, J. (2007). Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud pública México*, (49)3, México, pp. 386-394. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s3/09.pdf>

Vargas, J., García, E., Ibáñez., (2011), Adolescencia y Enfermedades crónicas: Una aproximación desde la teoría de la diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (1), pp. 174-198 Recuperado de <file:///C:/Users/Lupe/Downloads/24806-44632-1-PB.pdf>

Ventura, J., Conde, M., Verdugo, R., Cortés, M y Gómez, M (2014). Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. *Estudio ARPAS*. 38(4). Madrid, Recuperado de <http://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.4.7404>

Villaseñor, T. y Curiel, G. (2003). Trastornos cognoscitivos asociados al efecto del VIH/SIDA en el cerebro. Estudio comparativo entre los estadios inicial y final. *Investigación y salud*. 5 (3).

Vinaccia, J. Fernández, H. Quiceno, J., López, M. y Otalvaro, C. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2008, 26(1), pp.125-132

Vinaccia, S., Orozco. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), Colombia. pp. 125-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>

Yanez, J. (2011). Las enfermedades Infecciosas a través de la historia. México: Libros En Red.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA MOS-HIV

Nombre..... Edad

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas poniendo esta señal "X" en la casilla correspondiente.

1. En general, usted diría que su salud es:

(marque una sola respuesta)

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Excelente | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Muy buena | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Buena | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Regular | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mala | <input type="checkbox"/> | 5 |

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 2 últimas semanas?

(marque una sola respuesta)

- | | | |
|---------------|--------------------------|---|
| No, ninguno | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Sí, muy poco | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sí, un poco | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Sí, moderado | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Sí, mucho | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Sí, muchísimo | <input type="checkbox"/> | 6 |

3. Durante las 2 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)?

(marque una sola respuesta)

- | | | |
|----------|--------------------------|---|
| Nada | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Un poco | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Regular | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Bastante | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mucho | <input type="checkbox"/> | 5 |

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal.
Su salud actual, ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto?

(marque una casilla en cada pregunta)		Sí, me dificulta mucho	Sí, me dificulta un poco	NO, no me dificulta nada
		1	2	3
a.	El tipo o la cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer, como mover una mesa, coger o llevar la bolsa de la compra o jugar a los bolos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Subir una cuesta o varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Agacharse, levantar algo o inclinarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Comer, bañarse, usar el lavabo o vestirse por si mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Su salud, ¿le **impide** hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela?

(marque una sola respuesta)

Sí 1

No 2

6. ¿Hay **algún tipo de trabajo**, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?

(marque una sola respuesta)

Sí 1

No 2

(marque una casilla en cada pregunta)	Siempre 1	Casi Siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Sólo alguna vez 5	Nunca 6
10. En las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces:						
a. ha tenido Vd. dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. ha olvidado Vd. cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo, el sitio donde había dejado las cosas o citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. ha tenido Vd. dificultades para mantener su concentración al hacer una actividad durante mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d. ha tenido Vd. dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

(marque una casilla en cada pregunta)	Totalmente cierta 1	Bastante cierta 2	No lo sé 3	Bastante falsa 4	Totalmente Falsa 5
11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases.					
a. No me encuentro bien del todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estoy tan sano/a como cualquiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me encuentro mal últimamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en **las últimas 2 semanas**? Es decir, ¿cómo le han ido las cosas?

(marque una sola respuesta)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Muy bien, no podrían haber ido mejor | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Bastante bien | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Bastante mal | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Muy mal, no podrían haber ido peor | <input type="checkbox"/> | 5 |

13. Comparada con la de hace 2 **semanas**, su salud física y emocional ahora es ...

(marque una sola respuesta)

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| Mucho mejor | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Algo mejor | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Más o menos igual | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Algo peor | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mucho peor | <input type="checkbox"/> | 5 |

MUCHAS GRACIAS