



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGIA CLINICA

**CALIDAD DE VIDA Y ESTRÉS PERCIBIDO EN PACIENTES
CON VIH/SIDA**

Tesis de licenciatura que presenta:

ALEJANDRO ZAMORA CAMPOS

Director: M. en C. MARIO E. ROJAS RUSSELL



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.

Agradecimiento

A la UNAM-FES Zaragoza, por la formación profesional que me brindo siempre.

Al Dr. Gustavo Reyes, por enseñarme que no existen los límites para la atención a los pacientes y darme la oportunidad de ser parte de un gran grupo de atención e investigación.

Al Mtro. Mario Rojas, por aceptar el proyecto, su tiempo y dedicación en el trabajo; así como la enseñanza que me dejó el haber trabajado con él y la oportunidad de conocer parte de la psicología de la salud.

A todos los pacientes que participaron en el desarrollo de éste trabajo...gracias.

Un agradecimiento especial a Raquel, Rosario, Sandra, Laura, Edilberto, Aldo, Enrique y Christopher, quienes con sus consejos y ayuda me fueron de gran utilidad en el desarrollo y análisis del estudio.

A todos mis amigos que siempre me apoyaron, seria injusto nombrar sólo a algunos... ellos saben quienes son!!; a los maestros que siempre me incitaron a ir y ver más allá de mis propias metas; a Anallely por acompañarme en esta etapa de mi vida, y a aquellas personas que se acercaron y a las que se alejaron...

Dedicado a:

Mis padres, hermanos y primo, mi tía y tíos quien siempre se encuentran apoyándome en cada paso de mi vida.

“y al final...

Imposible no es un hecho, es una opinión”

CONTENIDO

CALIDAD VIDA Y ESTRÉS PERCIBIDO EN PACIENTES CON VIH/SIDA...I

INTRODUCCIÓN	1
I VIH – SIDA	3
I.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana.....	3
I.2 Mecanismos de transmisión.....	4
I.3 Historia natural de la enfermedad.....	7
I.4 Tratamiento.....	10
I.5 Pruebas de laboratorio.....	14
I.6 Epidemiología.....	16
I.7 Factores psicológicos en VIH/SIDA.....	16
II CALIDAD DE VIDA	20
II.1 Definición.....	20
II.2 Calidad de Vida Relacionada a la salud.....	22
II.3 Calidad de Vida y VIH/SIDA.....	24
III ESTRÉS	29
III.1 Definición de Estrés.....	29
III.2.Situaciones desencadenantes del estrés.....	31
III.3 Estrés y VIH.....	34
III.4 Afrontamiento y Apoyo Social.....	37
III.4.1 Afrontamiento.....	37
III.4.2 Apoyo Social.....	42
IV. METODOLOGIA	46
V. RESULTADOS	56
VI. DISCUSIÓN	65
VII. CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	

CALIDAD VIDA Y ESTRÉS PERCIBIDO EN PACIENTES CON VIH/SIDA

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue identificar la asociación entre la Calidad de Vida con la Percepción de Estrés, el Apoyo Social y las Estrategia de Afrontamiento. Para este propósito se estudio una muestra de 64 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). El 90.6% de la muestra pertenecían al género masculino, soltera (73.4%) y con una orientación homosexual (57.8 %). Con un promedio de 40.9 años de edad, 6450.5 copias/mL de carga viral y 407.9 células/ μ L CD4+. Se aplicaron 5 escalas: Percepción de Estrés, Escala de Eventos Vitales, Escala de Apoyo Social, Cuestionario de Afrontamiento y el Cuestionario MOS -VIH para la Calidad de Vida. Se realizó primeramente la verificación psicométrica de los instrumentos, seguido de la descripción de la muestra, para posteriormente llevar acabo un análisis bivariado y un análisis multivariado por medio de la regresión lineal múltiple. Los resultados muestran como el estrés percibido se asoció significativamente de manera inversa con la calidad de vida; un afrontamiento enfocado al problema se asoció a una mejor calidad de vida; y uno enfocado a la emoción se asoció a una peor calidad de vida. Por otro lado y contrario a lo esperado, el apoyo social no se asoció con la calidad de vida en esta muestra. De tal manera que el enfocar las intervenciones psicológicas en detectar las fuentes y el manejo del estrés, así como el fomentar el desarrollo de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema pueden servir de base para mejorar la calidad vida en los pacientes con VIH/SIDA, y es probable que el apoyo social en la esta población no participe en la mejora debido a los prejuicios que aún se tienen sobre la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la aparición de la infección por VIH/SIDA, se han logrado grandes avances terapéuticos con la finalidad de lograr una mejoría en la sobrevida de los pacientes, ejemplo de ello es la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TAVAA o HAART) para las personas que padecen dicha infección. Debido a estos avances en los tratamientos, el VIH/SIDA, anteriormente considerada una enfermedad mortal; actualmente presenta características de una enfermedad crónica y ahora los retos son analizar como viven los pacientes esta sobrevida y qué factores se asocian a ella.

Por ello es que uno de los aspectos que más ha llamado la atención en la investigación en las enfermedades crónicas es el estudio de la calidad de vida, ya que con ello es posible observar y evaluar la sobrevida, la eficacia de los tratamientos y sus efectos a mediano y largo plazo; así como sus consecuencias sobre las perspectivas subjetivas de los pacientes (“el como se sienten”). Y que bajo un modelo biopsicosocial (es decir, considerar además de los factores biológicos, los aspectos psicológicos y sociales) se ha logrado ampliar el panorama de la pandemia.

Debido a lo anterior, se han efectuado diversas investigaciones destinadas a evaluar la calidad de vida y determinar la influencia que tienen sobre ella las variables psicosociales; con el objetivo de describir las manifestaciones de dichas variables y así poder realizar intervenciones psicosociales específicas, permitiendo así mejorar la calidad de vida de quienes viven con el virus durante esos años.

Dentro de estas variables que han sido estudiadas se pueden mencionar los factores situacionales estresantes como por ejemplo los sucesos vitales; y factores moduladores como el apoyo social y los estilos de afrontamiento. Dichas variables psicosociales han sido investigadas en distintos contextos, y han mostrado resultados interesantes en el desarrollo del tema. La hipótesis de que estas variables poseen repercusiones positivas o negativas sobre la calidad de vida es de gran interés.

De tal manera que, detectar fuentes de estrés, proporcionar apoyo social, promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas y efectivas frente a las dificultades, puede modificar las conductas que son perjudiciales para la salud (mejorar la calidad de vida), y poder favorecer la adherencia al tratamiento. Al abordar estos aspectos mediante intervenciones psicológicas, se puede proporcionar un impacto positivo en la sobrevivencia de las personas con VIH/SIDA, y facilitar un mayor control personal sobre las circunstancias que muchas veces son adversas y con las cuales conviven diariamente.

I. VIH/SIDA

I.1 VIH-VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Un virus es un microorganismo capaz de vivir y reproducirse solamente en el interior de células vivas, cada partícula viral se compone de una cápsula hecha de proteínas que contienen material genético, el componente genético esencial de los virus es el Ácido Nucleico, ya sea RNA (Ribonucleico) o DNA (Desoxiribonucleico).

El VIH contiene RNA y pertenece a la familia de los retrovirus, debido al hecho de que se replica a través de un paso intermedio constituido por la síntesis de ADN, paso en el cual la información genética fluye de RNA a DNA, lo cual constituye una inversión del habitual flujo de la información genética (de ADN a ARN). (Kumate, Gutiérrez, Núñez, & Santos, 1994)

El inicio del estudio del VIH, se concentra en el año de 1983, en el cual fue aislado por primera vez en 1983 por Luc Montagnier, en el Instituto Pauster de Paris, quien los denominó LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Posteriormente, en 1984, Robert Gallo, en el Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, lo denominó HTLV-III (*Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III*). En el mismo año Jay Levy, de la Universidad de California, lo designa ARV (*AIDS related virus*). En los tres casos el agente identificado es el mismo, por esta razón y para unificar criterios, es denominado por el Comité Internacional de Taxonomía Viral, en 1986, HIV o Virus de la Inmunodeficiencia Humana, denominación que considera la especie a la que afecta y el cuadro clínico que provoca (Palmieri, 2001).

El VIH tiene la capacidad de insertarse en los linfocitos T4, también conocidos como células CD4+, una especie de glóbulos blancos que son parte del sistema inmunológico. El VIH se reproduce dentro de las células mencionadas y termina por destruirlas, produciendo nuevos virus que infectarán, a su vez, a otras células y así sucesivamente. Con los años, los linfocitos disminuyen a tal punto que se debilita la capacidad del organismo para controlar otras enfermedades, principalmente de tipo infeccioso, y desencadenar como consecuencia el cuadro clínico conocido como SIDA (Luque, 2002)

I.2 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Los mecanismos por los cuales puede transmitirse el VIH son:

- 1) SEXUAL
- 2) SANGUINEO
- 3) PERINATAL

El VIH se ha aislado de la sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, leche materna, lágrimas, orina y líquido cefalorraquídeo, pero de estas sustancias, solamente la sangre, secreciones vaginales, semen y leche materna tienen suficiente cantidad de virus para poder ser infectantes.

SEXUAL

El principal modo de transmisión por VIH en todo el mundo es por contacto sexual, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 85 % de los casos infectados es a través de esta conducta. (<http://www.who.int/en/>). Es importante hacer un énfasis en que no podemos hablar de grupos de riesgo, sino de prácticas

de riesgo, ya que es la propia conducta con la que podemos exponernos a la infección. Siempre que haya intercambio de secreciones infectantes durante la relación sexual, el VIH puede pasar, ya sea de un hombre a una mujer, de una mujer a un hombre, de un hombre a hombre, o de mujer a mujer.

También la transmisión se puede presentar por ulceraciones previas en las mucosas genitales. Un factor importante tiene que ver con el tiempo de exposición al virus, y otra es la práctica sexual, especialmente si existe una lesión, ya sea en el glande, en la vagina o ano.

La sangre, el semen y las secreciones vaginales se intercambian durante las relaciones sexuales con penetración del pene, ya sea en la vagina, en la boca o en el ano. En estas cavidades existen mucosas que, con el frote producido durante la relación sexual, puede llegar a romperse o fisurarse, permitiendo así que el virus entre (Kumate et al. 1994).

En la piel sana, es decir sin heridas, se podría considerar como una excelente barrera protectora contra el virus, como las relaciones sexuales no penetrativas, donde no hay contacto con las mucosas, y no representan un riesgo. Otro factor que se ha asociado a incremento de el riesgo de transmisión es el acto sexual con una mujer infectada durante el periodo menstrual, o con hemorragia vaginal de otro origen, así como también con hombres con hemorragia en el pene (Luque, 2002)

SANGUÍNEO

Para que esta forma de transmisión ocurra, se necesita que la sangre de una persona infectada ingrese en el organismo, ya sea a través de las transfusiones o de elementos punzo cortantes, tales como jeringas, maquinas de afeitar, equipos de odontología sin esterilizar y agujas de tatuajes, que en el procedimiento de la perforación de oídos, o acupuntura que se encuentren contaminados con VIH. (Muma, Lyons, Boruki, & Pollard, 2000)

La forma de infección más frecuente por ésta vía, se presenta por el compartir jeringas infectadas para el uso de drogas intravenosas. A pesar de ser catalogada como un modo factible de infección, actualmente el riesgo de adquirir el virus por una transfusión sanguínea es casi nula, por las rigurosas pruebas a las que se someten los donantes antes de realizar una donación (Ponce de León & Rangel, 2000).

PERINATAL

Si la madre tiene el VIH puede trasmitirlo a su bebé, ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, no todos los niños que nacen de madres infectadas serán afectados por el virus.

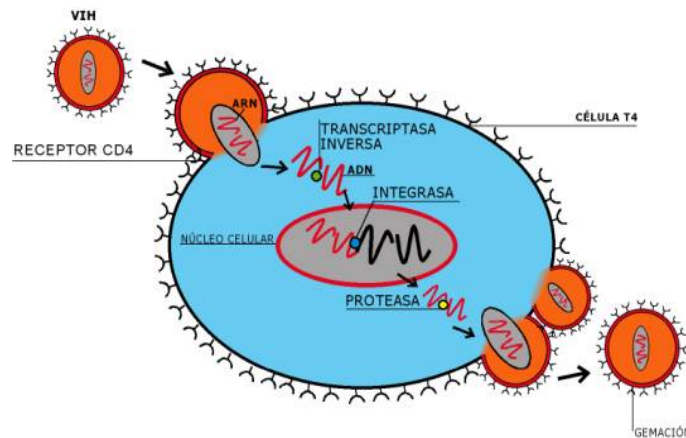
Diversos factores influyen para que se dé la infección por VIH en una madre a hijo. Influye el tiempo que lleve la madre infectada, así como también la cantidad de sangre presente durante el parto, o si el parto es instrumentado, siendo mayor el riesgo si se utilizan fórceps o instrumentos de monitoreo que se colocan sobre el cuero cabelludo del bebé. El riesgo es también mayor si el parto es prematuro o si

se presenta una ruptura prematura de membranas por más de 4 horas (Palmieri, 2001).

Se recomienda que toda mujer infectada y que esté en etapa de embarazo, inicie un tratamiento preventivo con fármacos antirretrovirales para tratar de reducir la posible infección de VIH (Miller, 1990).

I.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Los mecanismos mediante los cuales el VIH es capaz de producir enfermedad son múltiples. Cuando un microorganismo o sustancia extraña ingresa a nuestro cuerpo, nuestro sistema inmune pronto activa los mecanismos defensivos para neutralizarla. Se pone en acción los glóbulos blancos llamados CD4.



El VIH tiene la capacidad de insertarse dentro de éstas células para lograr replicarse utilizando el material genético de las mismas. De esta manera se presenta el curso de la infección, la infección primaria, la infección asintomática y la infección avanzada o SIDA (Luque, 2002)

Tan pronto como la persona se infecta, lo que conoceríamos como “día cero” de la infección, y en las siguientes semanas; no existe nada que indique que la infección se haya producido. La persona conserva íntegro su estado de salud y no existe ningún síntoma que señale la presencia del virus. Sin embargo, el virus entra a buscar los linfocitos CD 4.

A las pocas semanas (2 ó 3), el sistema inmune puede reaccionar a la presencia del VIH y la persona manifiesta los síntomas de un cuadro viral donde pueden aparecer ulceraciones en las mucosas, inflamación de algunos ganglios, fiebre, erupciones rojas en la piel y faringitis. Estas manifestaciones pueden desaparecer en una o dos semanas y la persona puede interpretarlas como un cuadro viral similar a una gripa (Ponce de León & Rangel, 2000).

Durante esta primera fase la prueba de anticuerpos contra el VIH será negativa, y se le conoce como “periodo de ventana inmunológica” (*tiempo que transcurre entre el día cero de la infección y el momento en el que se pueden detectar anticuerpos mediante la prueba de ELISA, la cual tarda de 3 a 6 meses después de la infección*). No obstante en otra prueba (Carga Viral) será positiva ya que el virus está replicándose dentro del organismo.

En la fase intermedia ó asintomática, no existe sintomatología clínica, la persona infectada puede verse y sentirse bien durante muchos años después de haber adquirido la infección. Durante este periodo el VIH se multiplica dentro del organismo, reduciendo cada vez más los CD4. El periodo asintomático dura en promedio de 5 a 10 años hasta aparecer los síntomas de SIDA (Ponce de León & Rangel, 2000).

Mientras el virus se multiplica, las células CD4 van siendo afectadas, usualmente una persona sana tiene alrededor de 700 a 1,100 células/ μL , y cuando están por debajo de 200 células/ μL , la posibilidad de desarrollar los síntomas del SIDA aumenta.

En la **Infección avanzada o SIDA**, los CD4 disminuyen por debajo de 200 células/ μL , la persona es más propensa a verse afectada por las “*enfermedades oportunistas*” (enfermedades que normalmente son controladas por un sistema inmune sano, aparecen con mayor facilidad en una persona infectada con el VIH)

Entre las enfermedades que pueden definir al SIDA podemos encontrar una gran variedad de ellas, por ello fue necesario hacer una clasificación de éstos padecimientos para poder llevar un control en la sintomatología de las personas infectadas.

Por ello de acuerdo con el **CDC** (Centro de Control y Prevención de Enfermedades) en Atlanta EUA, ha hecho varias clasificaciones, pero en la actualidad se toma como referencia la del año 1993, en la cual nos presenta el siguiente sistema de clasificación para la infección por el virus del VIH (Sande, Moellering, & Gilbert, 2005).

Tabla 1. Clasificación del CDC para la infección por VIH/SIDA

Grupos de Células	Categoría Clínica		
CD4	A	B	C
500/ mm^3	A1	B1	C1
200-499/ mm^3	A2	B2	C2
<200/ mm^3	A3	B3	C3
Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2 y C3 se consideran casos de SIDA			

Tabla 2. Categorías Clínicas de Infección por el VIH/SIDA

A Asintomático	B Sintomático atribuible	C Sintomático atribuible a VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Linfadenopatía generalizada persistente • Enfermedad aguda primaria por VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis bacilar • Candidiasis vulvovaginal • Candidiasis orofaríngea • Displasia cervical grave o carcinoma • Síndrome constitucional • Leucoplaquia pilosa bucal • Herpes zoster • Púrpura trombocitopénica • Listeriosis • Neuropatía periférica • Enfermedad pélvica inflamatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial • Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> • Neumonía recurrente • Bacteremia por salmonella • Coccidiomicosis extrapulmonar • Criptosporidiasis intestinal • Histoplasmosis extrapulmonar • Isosporidiasis • Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar • Encefalopatía multifocal progresiva • Toxoplasmosis cerebral • Herpes simple mayor a un mes • Retinitis u otra infección fuera del sistema inmune • Citomegalovirus • Carcinoma cervical invasor • Sarcoma de Kaposi • Linfoma de Burkitt • Síndrome de desgaste por VIH

I.4 TRATAMIENTO

Antes del surgimiento de los primeros medicamentos contra el VIH, el curso natural de la enfermedad sentenciaba una sobrevida en la fase SIDA de tan solo algunos meses, con múltiples infecciones, internamientos y finalmente la muerte en los pacientes.

En 1987 se descubre el AZT siendo este el primer medicamento antirretroviral, desde entonces, se han comercializado varios compuestos con resultados muy diversos. Se clasifican según su mecanismo de acción: inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos (ITRAN), inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN) e inhibidores de proteasa (IP) (CCAD Psiquiatría, 2001).

A partir de 1996 se comienza a utilizar el tratamiento con tres medicamentos, lo que se conoce como el estándar de oro en la actualidad, el HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), por sus siglas en inglés o también conocido como Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo (TAVAA); la cual, de una manera significativa y notable reduce la aparición de enfermedades oportunistas, internamientos y prolonga el tiempo de supervivencia de las personas infectadas.

Por lo cual de ser una enfermedad considerada anteriormente como terminal, actualmente se le reconoce como una enfermedad que puede ser tratada, pero para la cual hasta el momento no hay cura.

Los objetivos principales del tratamiento antirretroviral son: reducir la carga viral hasta un nivel indetectable basado en las técnicas moleculares actuales, y mejorar el grado de inmunosupresión, mediante la elevación de la cuentas de células CD4+, ambos durante el mayor tiempo posible. Esto con el fin de mejorar la expectativa y la calidad de vida de las personas infectadas (Guía de manejo antirretroviral, 2006).

A pesar de estos logros, se pueden presentar características desfavorables al propio tratamiento, como los distintos efectos secundarios que presentan los medicamentos, como se resalta en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA, 2005-2006 (Guía de manejo antirretroviral, 2006) y en the Sanford guide to HIV/AIDS Therapy 2005 (Sande et al. 2005).

Tabla 3. Principales efectos secundarios de los inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos (ITRAN)

GÉNERO	EFFECTOS SECUNDARIOS
Zidovudina (AZT / ZDV)	Intolerancia gastrointestinal, cefalea, insomnio, astenia, supresión de médula ósea, acidosis láctica con esteatosis hepática, desorientación, confusión, convulsiones, pigmentación de las uñas.
Didanosina (ddI)	Pancreatitis, neuropatía periférica, náuseas, diarrea, acidosis láctica con esteatosis hepática, insomnio, ansiedad, convulsiones, aumento de triglicéridos, hiperuricemia.
Zalcitabina (ddC)	Neuropatía periférica, estomatitis, acidosis láctica con esteatosis hepática, pancreatitis, erupción cutánea, daño miocárdico.
Stavudina (d4T)	Neuropatía periférica, erupción cutánea, acidosis láctica con esteatosis hepática, diarrea, fiebre, fatiga e insomnio.
Lamivudina (3TC)	Acidosis láctica con esteatosis hepática, cefalea, náuseas, diarrea y fatiga.
Abacavir (ABC)	Hipersensibilidad, náuseas, vómito, cefalea, dolor abdominal, erupción cutánea, insomnio, mareos y debilidad.

Fuente: Sande M, Moellering R, Gilbert D. (2005). The Sanford guide to HIV/AIDS THERAPY . Twelfth Edition

Tabla 4. Principales efectos secundarios de los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN)

GÉNERO	EFFECTOS SECUNDARIOS
Nevapirina	Diarrea, fiebre, cefalea, fatiga, exantema, hepatitis, aumento de las transaminasas, depresión.
Delavirdina	Exantema, cefalea, dolor abdominal, aumento de las transaminasas.
Efavirenz	Exantema, diarrea, fiebre, fatiga, insomnio, depresión, cefalea, aumento de las transaminasas.

Fuente: Sande M, Moellering R, Gilbert D. (2005). The Sanford guide to HIV/AIDS THERAPY 2005. Twelfth Edition

Fuente: Sande M, Moellering R, Gilbert D. (2005). The Sanford guide to HIV/AIDS THERAPY 2005. Twelfth Edition

Tabla 5. Principales efectos secundarios de los inhibidores de proteasa (IP)

GÉNERO	EFFECTOS SECUNDARIOS
Indinavir	Dolor abdominal, nefrolitiasis, cefalea, mareo, hiperglucemia, hipercolesterolemia, hiperbilirrubinemia directa, supresión médula ósea, cambios

GÉNERO	EFECTOS SECUNDARIOS
	en la apariencia.
Ritonavir	Intolerancia gastrointestinal, parestesias bucales, hepatitis, astenia, anorexia, alteración del gusto con cambios de sabores, hiperglucemia, hipercolesterolemia.
Saquinavir	Intolerancia gastrointestinal, dolor abdominal, cefalea, erupción cutánea, hiperglucemia, aumento de las transaminasas, hipercolesterolemia, cambios en la apariencia.
Nelfinavir	Diarrea, fatiga, hiperglucemia, hipercolesterolemia, aumento de sangrado en hemofílicos.
Amprenavir	Naúseas, diarrea, erupción cutánea, parestesias bucales, cefalea, vómito, reacciones alérgicas graves.

Fuente: Sande M, Moellering R, Gilbert D. (2005). The Sanford guide to HIV/AIDS THERAPY 2005. Twelfth Edition

Las decisiones para iniciar o cambiar una terapia antirretroviral deben de ser guiadas y monitorizadas por parámetros de laboratorio (carga viral y recuento de CD4), así como la evaluación de la condición clínica del paciente en ese momento. De tal manera que se hace necesario el considerar el impacto que tendrá el tratamiento en la calidad de vida de los pacientes.

El uso de terapias antirretrovirales potentes se ha traducido en disminuciones significativas de las tasas de hospitalización, morbilidad y mortalidad de los enfermos. La investigación en el campo de la infección por VIH ha transformado a esta enfermedad en un síndrome crónico y ya manejable, con grandes promesas de nuevas terapias y medidas preventivas para su desarrollo. Se hace imprescindible la importancia de un buen manejo tanto por parte del personal de salud, como principalmente de una participación activa por parte de los pacientes en su tratamiento.

I.5 PRUEBAS DE LABORATORIO

En este apartado se tratará de dar a conocer y resumir cuales son las pruebas más comúnmente utilizadas para confirmar un diagnóstico por VIH, así como las que se utilizan para seguir la evolución de la infección.

ELISA.

Inicialmente se puede utilizar la prueba llamada **E**nzyme-**L**inked **I**mmuno**s**orbent **A**ssay (ELISA), es una prueba que detecta si el cuerpo ha formado anticuerpos contra el virus, es decir, si las defensas del cuerpo humano ya detectaron al virus y tratan de defenderse de él permitiendo la detección en múltiples muestras. La sensibilidad y la especificidad del método son de 95% a 99%. Teniendo como limitación principal el hecho de que puede ser negativo en personas que se hallan en las primeras 8 a 12 semanas de la infección (Kumate et al. 1994).

Un resultado *positivo* significa que las personas han desarrollado anticuerpos contra el VIH y que por lo tanto, el virus está presente en su organismo. Implica que la persona puede transmitir el virus a otras personas si no se toman las medidas de protección adecuadas. Esto no significa que la persona tenga SIDA o que necesariamente vaya a desarrollar la enfermedad en el futuro, tampoco indica cuanto tiempo ha estado infectada la persona o qué tan severa o grave es la infección. En este momento es necesario el apoyo psicológico para dar a conocer el resultado y dar información adecuada a la persona que recibe el diagnóstico (Miller, 1990).

Si es *negativo* significa que no se hallaron anticuerpos contra el VIH, por lo tanto,

probablemente la persona no ha estado expuesta al virus, sin embargo existe la posibilidad de que la persona este infectada si la prueba se realizó en menos de tres meses o en periodo de ventana.

Western Blot (WB)

Por medio de esta técnica se pueden identificar anticuerpos específicos para las distintas proteínas de la envoltura y el *core virales*. Se considera reactiva cuando se detectan anticuerpos contra algunas proteínas, es decir contra las estructuras principales del virus. Y es negativa cuando no se detectan ninguna de estas. Su sensibilidad y especificidad son cercanas al 100% (Palmieri, 2001).

Conteo de CD4

Este análisis de laboratorio, junto con la carga viral, no se utilizan para diagnosticar la presencia de VIH, su función básica es poder seguir la evolución o detención del progreso de la infección. El conteo de ellos es de suma importancia en la tomar de decisiones médicas, ya que pueden suministrar una guía para estimar el valor de riesgo de que aparezcan enfermedades oportunistas, también ayudan a tomar decisiones en relación con la terapéutica antirretroviral y/o tratamiento profiláctico (Muma et al. 2000).

Carga Viral

Es una prueba para hacer una medición cuantitativa en plasma de las concentraciones de RNA-VIH. Los cambios en la cifra de CD4 van precedidos de modificaciones en la carga viral y esto constituye una manera más precisa de determinar el riesgo relativo de evolución de la enfermedad y con ello una eficacia

en los tratamientos (Muma et al. 2000).

I.6 EPIDEMIOLOGIA

Actualmente el panorama de la infección por el VIH, refiere el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud, es de un incremento notable de personas infectadas:

Las cifras estimadas de casos en el mundo, señalan la existencia de 40.3 millones de personas afectadas por esta pandemia, de las cuales 38 millones son adultos y 2.3 millones menores de 15 años (Situación de la epidemia de SIDA, 2006). En México, se diagnóstico en 1983 el primer caso de SIDA; a partir de ese momento, las cifras oficiales se han incrementado, y actualmente el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en México (CENSIDA), organismo especializado en México, señala en sus últimos reportes hasta el 15 de noviembre 2006 lo siguiente:

Desde el inicio de la epidemia en México hasta el 15 de noviembre 2006, se han contabilizado en forma acumulada 107,625 casos de SIDA, de los cuales el 83% son hombres y el 17% son mujeres; y afecta mayoritariamente a la población en edad reproductiva en ambos sexos (Epidemiología del VIH/SIDA en México, 2006)

I. 7 FACTORES PSICOLÓGICOS EN VIH/SIDA

En la actualidad la infección por el VIH es considerada una enfermedad crónica, ya que se ha logrado disminuir de forma significativamente la morbilidad y

mortalidad como resultado de los avances en el tratamiento (TAVAA); sin embargo continúa siendo una problemática muy compleja que además de involucrar aspectos fisiopatológicos, involucra factores psicológicos, sociológicos y económicos; y con ello, tras el relativo control de los aspectos fisiopatológicos; ahora son los factores psicosociales a los que vale la pena ponerle especial atención.

Existe una relación entre la enfermedad y diferentes alteraciones a nivel psicológico, como puede ser el aumento del estrés por la percepción de síntomas, además de que existen diferentes implicaciones emocionales; ya que los pacientes pueden experimentar ansiedad y depresión ante las distintas situaciones críticas, como el inicio del tratamiento, cambios negativos en los niveles de CD4 o en la carga viral, aparición de otras enfermedades o nuevos síntomas (Tabla 6); además de que se pueden presentar diferentes trastornos psiquiátricos (Tabla 7).

Tabla 6. Implicaciones emocionales en el VIH/SIDA (Miller, 1990)

Emociones	Causas
Crisis Inicial	Sobre el diagnóstico y posible muerte; inseguridad.
Ansiedad	Pronóstico y evolución de la enfermedad inciertos Efectos secundarios de los medicamentos Reacciones de los otros (familiares, pareja, amigos, colaboradores, patrones, etc.) Pérdida de las habilidades cognoscitivas, física, social y ocupacional. Riesgo de infección a otros.
Depresión	Desesperanza para cambiar las circunstancias Disminución de la calidad de vida en todas las esferas Futuro sombrío, quizá doloroso, incómodo y desfigurante Autoculpa y recriminación por "indiscreciones pasadas" Aceptabilidades sociales y sexuales reducidas y aislamiento.
Enojo	Sobre el estilo de vida y actividades de alto riesgo pasados Sobre la incapacidad de erradicar el virus Sobre nuevas restricciones involuntarias para el estilo de vida
Culpa	Por ser homosexual Falta de aceptación de la homosexualidad "confirmada" a través de la enfermedad

Emociones	Causas
Obsesiones	Búsqueda inexorable de explicaciones Búsqueda inexorable de nuevas pruebas de diagnóstico Manía sobre la salud y dietas

Tabla 7. Categorías incluidas en los criterios operativos de la OMS para los trastornos psiquiátricos asociados a la infección por VIH (Ayuso, 1997)

Entidad	Causa	<i>Síntomas</i>
Reacción de adaptación con ánimo ansioso	Falta de adaptación a la nueva situación	Temor, inquietud, insomnio, preocupación, ansiedad
Reacción de adaptación con ánimo depresivo	Falta de adaptación a la nueva situación	Tristeza, llanto, desánimo, malestar, sentimientos de culpa, insomnio/hipersomnia
Reacción de adaptación con otros síntomas	Falta de adaptación a la nueva situación	Trastornos de conducta, mixtos y otros
Depresión mayor	Independiente del diagnóstico de VIH/SIDA, cambios evolutivos o estrés	Tristeza, anhedonia, llanto, pesimismo, enlentecimiento psicomotor, concentración difícil, insomnio, hipersomnia, sentimientos de inutilidad, culpa, autólisis y ansiedad
Síndrome afectivo orgánico	Tóxico o metabólico	Igual a depresión mayor o a trastorno bipolar maniaco
Delirium	Sufrimiento cerebral de causa orgánica	Hipovigilia, confusión, desorientación tiempo-espacio, puede haber alucinaciones visuales, contenido depresivo o agitación.
Demencia SIDA	VIH	Patrón subcortical, cuadro clínico relativamente estereotipado

La problemática que se establece en el entorno del paciente debido a la estigmatización que caracteriza aún a la infección por VIH/SIDA; en un ambiente social que sostiene y refuerza estas creencias, no contribuye a la recuperación y mantenimiento del equilibrio biopsicosocial. Algunas de las reacciones negativas son el rechazo y el aislamiento social, incluso ellas inician un distanciamiento de los demás para mantener en secreto su situación (Miguel, 2001). Por ello la importancia que mantiene el apoyo social durante la sobrevivencia de los pacientes. Las distintas expresiones individuales están determinadas por factores de la historia individual, experiencias, y estilos de afrontamiento de cada persona. Sus

emociones cambian rápidamente a través del curso de la enfermedad. Estos eventos tienen secuencias únicas con significados diferentes para cada individuo. El grupo de pacientes asintomáticos presentan mayor ansiedad, depresión e intensa negación; mientras que los pacientes con SIDA se enfrentan a los futuros pronósticos que dependerán del tratamiento y a la confrontación con la posible muerte (Cahn & Cahn, 1992)

Los problemas de salud, sobre todo aquellos que comprometen seriamente la vida de los afectados, serán percibidos y evaluados como una amenaza o preocupación en la medida que excedan los recursos de que se dispone para su *afrontamiento* (Báyes, 1994). Por ello, se considera necesario disponer de un marco que contemple variables psicosociales que pueden influir tanto en la propia percepción de la persona que vive con VIH sobre su estado de salud y enfermedad, como en alguna medida su calidad de vida.

II. CALIDAD DE VIDA

II. 1 DEFINICIÓN

Las características del proceso de la infección por VIH, y su posible progresión hacia el SIDA, los efectos secundarios de los distintos medicamentos utilizados para su control, hacen necesaria la evaluación de la calidad de vida.

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está influido por el entorno en el que vive.

La OMS define a la calidad de vida como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (OMS, citado en Cella, 1995).

Algunos autores expresan lo siguiente con respecto al aspecto subjetivo de la calidad de vida: “es la apreciación que el paciente hace de su vida y a la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que se percibe como posible o ideal” (Cella & Tulsky, 1990). La segunda parte del enunciado anterior pone de manifiesto el imaginar a la calidad de vida como una brecha existente entre los eventos de la vida cotidiana y el estado de salud de las personas. Como consecuencia del predominio del enfoque subjetivo de la calidad

de vida es que se desprende su conceptualización de una manera unidimensional; y considera que la mejor manera de aproximarnos al conocimiento de la calidad de vida de un paciente es preguntándole sobre la evaluación global que haga de su propia vida, y aborda aspectos internos y ambientales (Muers, 2001).

El segundo componente de la calidad de vida es el objetivo. Este parte del supuesto de que el conocimiento de la calidad de vida de una persona lo puede obtener a través de examinar los factores que determinan su percepción de dicho fenómeno. Este punto fue ejemplificado al proponer que la afectación de una enfermedad en la calidad de vida de un paciente como lanzar una piedra a un lago y ver las ondas que se forman, la piedra sería la enfermedad y las ondas las consecuencias que en la calidad de vida: que afecta el funcionamiento físico, el funcionamiento psicológico, la percepción del estado de salud en general, y finalmente el funcionamiento del rol social del individuo (Ware, 1984). Todos estos factores que afectan a la salud corresponderían a las dimensiones de conocimiento indirecto de la calidad de vida. Este es el fundamento del enfoque multidimensional, y la base de la mayoría de los instrumentos utilizados para la medición de esta.

La calidad de vida constituye un concepto muy amplio, ya que incluye a todos los factores que afectan a la vida de una persona, desde el estado económico, pasando por el funcionamiento social, su estado de salud, hasta llegar a la satisfacción con su historia de vida y el bienestar que siente actualmente. Es por ello que el papel que se reconoce a la calidad de vida no puede aspirar a describir todos los elementos que repercuten en el constructo. En respuesta a ello, la OMS crea el concepto de calidad de vida Relacionada a la Salud.

II. 2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se define como “la extensión de afectación de un usual o esperado bienestar físico, emocional o social por una condición médica o su tratamiento” (Cella & Tulsky, 1990). El impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo. La medida de la CVRS no incluye únicamente los aspectos fisiopatológicos de una enfermedad sino también los factores psicosociales inherentes a la misma, además de las posibles limitaciones que sobrelleve; no obstante, lo que le confiere una mayor importancia es que permite la evaluación del impacto de la enfermedad y su tratamiento desde la perspectiva personal y singular de la persona afectada (Miguel, 2001).

A medida que se avanza en el estudio de la calidad de vida se ha hecho necesario llegar a acuerdos sobre la naturaleza y sus características. Actualmente parece haberse alcanzado un cierto consenso para considerar la calidad de vida relacionada con la salud como un concepto multidimensional que incorpora factores físicos, psicosociales, intelectuales, creencias, etc.; donde la perspectiva del propio sujeto es fundamental.

El considerar que las expectativas de salud, el apoyo social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud (Redeers & Mathieson, 1998).

Con el constructo de CVRS se concensa un concepto que posibilite la creación de instrumentos de medición de la calidad de vida. Una condición de operatividad de estos instrumentos es partir de los reportes indirectos de repercusión en la calidad

de vida de las diferentes dimensiones importantes para el funcionamiento ideal de un sujeto (enfoque multidimensional). Por lo tanto la OMS enunció las dimensiones que deben de abarcar los instrumentos que pretendan medir la CVRS:

1. Actividad física: como las actividades de la vida diaria y las actividades extenuantes.
2. Salud mental: como la presencia de ansiedad, depresión, bienestar y control emocional y conductual.
3. Funcionamiento social: cantidad y calidad de contactos sociales.
4. Funcionamiento de rol: habilidad para desempeñar el trabajo y las actividades usuales.
5. Funcionamiento cognitivo: estado de la atención, la memoria y la concentración.
6. Energía: percepción de fatiga.
7. Percepción general de salud: autoevaluación global de salud.
8. Dolor: severidad y frecuencia del dolor.
9. Síntomas: como náusea y cefalea.
10. Funcionamiento sexual: desempeño y satisfacción.
11. Sueño: cantidad y calidad del sueño.

El estudio de la calidad de vida tiene un particular interés en el escenario de las enfermedades en las que se ha conseguido una supervivencia prolongada mediante intervenciones terapéuticas específicas. Estas intervenciones, más allá de su eficacia clínica, producen un impacto global sobre la vida de los pacientes en el que se combinan aspectos positivos y negativos de la CVRS es por definición multidimensional, que valora distintos componentes de vida cotidiana

potencialmente influidos por la enfermedad y su tratamiento, y toma al propio paciente como fuente primaria de datos.

La mayoría de los instrumentos existentes sobre CVRS recaban la información subjetiva y la expresan en forma cuantitativa a través de perfiles y puntajes, que explora cuatro grandes áreas generales: función física, función psicológica, función social, y la función de la enfermedad y/o de su tratamiento (Cella & Bonomi, 1995) De tal manera que se han creado instrumentos de medición para la generalidad de enfermedades o para alguna en particular.

II. 3 CALIDAD DE VIDA Y VIH-SIDA

Las personas infectadas por VIH ven afectadas la mayoría de las áreas del funcionamiento humano (física, psicológica y social). La infección supone un impacto emocional considerable a lo largo de todo el proceso, desde la sospecha de encontrarse infectado, tomar la decisión de hacerse la prueba de ELISA, el conocimiento de la infección, hasta las fase avanzada y terminal de la enfermedad (Miller, 1990). Este impacto suele traducirse en angustia, depresión, alteraciones en la sexualidad, aislamiento social e incluso en algunas personas ideación e intento suicida; los cual afecta considerablemente la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y de sus allegados (Bayés, 1994).

Actualmente la propia evolución de la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida ha presentado cambios radicales a partir de la era del *Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo* (TAVAA). La mayor supervivencia de las personas que viven con VIH/SIDA ha promovido el interés por aspectos novedosos, tales

como los efectos del tratamiento a mediano y largo plazo, así como sus consecuencias sobre las perspectivas subjetivas de los pacientes (Rabking, Ferrando, Lin, & Sewell, 2000).

Tras el impacto de algunas situaciones particulares de la infección por VIH, existen algunas que, ya sea por sus consecuencias o por su frecuencia, constituyen hechos de especial relevancia; por ejemplo: la adherencia al tratamiento, los efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo como la lipodistrofia, y los trastornos psicológicos que deben ser considerados particularmente en su relación con la calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA.

De tal manera que, los tratamientos más eficaces demuestran un impacto global sobre la calidad de vida de los pacientes, aunque muchas veces no existen mejorías en todas las áreas anteriormente mencionadas; sin embargo; la percepción general de la necesidad de evaluar las consecuencias generales en la vida de los pacientes ha conducido a que la medición de la calidad de vida debiera de ser incluida dentro de los objetivos en la atención a los pacientes con VIH/SIDA (Ranking et al. 2000).

Con ello, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio, hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos (Miguel, 2001).

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que

contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios (González, 2001).

Los cuestionarios para el estudio de la CVRS pueden ser genéricos o específicos. Los genéricos son utilizados para comparar poblaciones caracterizadas por un mismo ámbito geográfico o temporal, con distintas patologías. Los específicos sirven para la evaluación de situaciones determinadas como es el caso de la infección por VIH (González, 2001).

El primer estudio sobre calidad de vida y VIH/SIDA fue realizado por Fhischi en 1987, con un grupo de pacientes que formaban parte de un ensayo clínico con zidovudina (AZT); y el instrumento utilizado fue el Karnofsky Performance Status (Karnofsky, 1988, citado en Miguel 2001).

La investigación dentro de ésta área ha dado como resultado la creación de distintos instrumentos que permitan la evaluación de este constructo. Como se muestra en la Tabla 8, éstos son algunos de los instrumentos específicos de medición de la calidad de vida y la infección por VIH y SIDA (Badía, Podzamcer & López-Lavid, 1999):

Tabla 8. Instrumentos Específicos de medición de CVRS en VIH/SIDA

INSTRUMENTO	DIMENSIONES EVALUADAS
MOS-HIV (Medical Outcomes Study HIV-QOL)	Percepción general de salud, función física, función de rol, dolor, función social, salud mental, energía, problemas de salud, función cognoscitiva, CV, transición de salud.
HIV-QL 31 (HIV-QOL Questionnaire)	Vida/actividad sexual, dolor, aspectos psicológicos, aspectos relacionados con actividades de enfermedad, aspectos somáticos, impactos del tratamiento y cuidados.
FAHI (Functional Assessment of HIV Infection)	Bienestar físico, bienestar global y funcionamiento, bienestar emocional viviendo con el VIH, bienestar social y función cognoscitiva.
HAT-QOL (HIV/AIDS Quality of Life)	Función general, función sexual, preocupaciones de apego, preocupaciones de salud, preocupaciones financieras, conocimiento del VIH, satisfacción de vida, preocupaciones de fármacos, confianza en el médico.
EORTCQLQ (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire)	Función social, función de rol, función emotiva, función física, función cognoscitiva, dolor, fatiga, náusea y vómito, CVRS general.
GHSA (General Health Self-Assessment)	Percepción general de salud, función física, función rol/social, síntomas relacionados al VIH, uso de los servicios de salud.
HOPES (HIV Overview Problems System)	Físico: 8 subescalas. Psicosocial: 9 subescalas. Interacciones con medicamentos: 3 subescalas. Sexualidad: 2 subescalas. Pareja: 5 subescalas. Otros: 6 subescalas
AIDS – HAQ (AIDS Health Assessment Questionnaire)	Discapacidad, percepción general de salud, función social, salud mental, función cognoscitiva, energía/fatiga, dolor, preocupación por la enfermedad, síntomas.
MQOL-HIV (Multidimensional Quality of Life Questionnaire for HIV/AIDS)	Salud mental, salud física, función física, función social, soporte social, función cognoscitiva, estado financiero, intimidad con la pareja, función social, cuidado médico.

El cuestionario específico para personas con infección por VIH más utilizado en todo el mundo es el MOS-HIV, derivado del Medical Outcomes Study, este instrumento fue diseñado y validado en EUA, y ha sido traducido y validado en otros países de habla inglesa, español, italiano, francés, portugués.

En México son muy pocos los cuestionarios que se encuentran traducidos y validados; entre los cuales se puede mencionar al MOS-VIH que se tiene con

traducción con equivalencia transcultural en población mexicana infectada por el VIH el Medical Outcomes Study para VIH (MOS-HIV); además contando con la autorización del autor. Se trata de un instrumento para valorar los aspectos del estado funcional y de bienestar para los pacientes con VIH. Consta de varias preguntas que evalúa 11 dimensiones recomendadas para la evaluación de CVRS: percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía/fatiga, preocupación por la propia salud, función cognitiva, calidad de vida en general, y salud transitoria (Peña de León, 2004).

III. ESTRÉS

III.1 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Existe gran literatura acerca de los efectos de los estímulos ambientales sobre las reacciones orgánicas, con ellos, surgen términos tales como estresores, para referirse a aquellos factores de desequilibrio orgánico y describir las reacciones del organismo al estrés a través del término “síndrome general de adaptación”, éste síndrome se concibe en tres fases (Selye, 1980):

1. Una reacción de alarma en la cual se activan los mecanismos homeostáticos del organismo.
2. Una fase de resistencia donde el organismo defiende su integridad, mantiene el equilibrio con sus propias reservas.
3. Una fase de cansancio, donde se sucumbe a los estresores.

Por la misma naturaleza de la complejidad en la definición y entendimiento con exactitud a que se refiere cuando se habla de estrés, se han planteado distintas formas de estudio; uno de ellos es el que concibe al estrés como un **estímulo**, Es decir, es una respuesta a la cantidad de de estímulos ambientales que pueden representar una amenaza o un desafío para un individuo; no obstante, abordarlo de tal manera implica una limitación a un componente externo, ya que determinados estímulos llegan a ocasionar reacciones diferentes en el mismo individuo y momentos diferentes.

En otro sentido, se ha abordado al estrés como una **respuesta**; se centra en la reacción, en una respuesta de tensión que es producido por una circunstancia a la que hace frente un individuo (Lazarus & Folkman, 1986); aunque esta forma de

concebir al estrés hace referencia a componentes psicológicos como respuesta, hace poca referencia a las situaciones ambientales. (Selye, 1980)

Por ello, se propone entender al estrés como un **proceso**, el cual involucra interacciones continuas entre los individuos y el medio, en donde la persona actúa como un agente activo en la interacción con el estrés, e involucra a los factores personales (estrategias conductuales, cognitivas y/o emocionales), donde existe una amplia gama de diferencias individuales que se relacionan con la vulnerabilidad existente ante los estresores; también involucra factores propios de la situación (la novedad, impredecibilidad, incertidumbre); además de los factores temporales de la situación (duración, disponibilidad de tiempo, desconocimiento de la ocurrencia, etc.); por lo que se define al estrés como: *“una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar”*. Esta definición se refiere a una evaluación cognoscitiva como el proceso que determina hasta que punto es estresante (Lazarus & Folkman, 1986).

Las respuestas ante el estrés comprenden sistemas corporales, psicológicos y conductuales (Tabla 9) (Sarason & Sarason, 1996).

Tabla 9. Reacciones psicológicas, orgánicas y conductuales ante el estrés.

<p>RESPUESTAS PSICOLÓGICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentirse perturbado - Incapacidad para concentrarse - Irritabilidad - Pérdida de confianza en si mismo - Preocupación - Dificultad para tomar decisiones - Pensamientos recurrentes
<p>RESPUESTAS ORGÁNICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pulso rápido - Palpitaciones - Aumento en la transpiración - Tensión de los músculos de brazos y piernas - Respiración cortada - Rechinar los dientes
<p>RESPUESTAS CONDUCTUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la efectividad del desempeño - Tabaquismo y consumo de alcohol u otras drogas - Ademanes de nervios (golpear con los pies, morderse las uñas) - Aumento o reducción del apetito - Aumento o reducción del sueño

III.2 SITUACIONES DESENCADENANTES DEL ESTRÉS

Se pueden distinguir dos tipos de condiciones que hacen que se desencadene el estrés y que requieren de una adaptación, una de ellas son *las situaciones que se presentan en la vida*, con frecuencia en forma inesperada, mientras que las otras son *las transiciones del desarrollo*; por ejemplo, la infección por VIH ilustra la necesidad de una adaptación a la situación, en cambio asistir a una escuela es un ejemplo de una adaptación de transición. Estas circunstancias hacen que se desencadene el estrés teniendo distintas características. A continuación se presentan algunas de las formas como varían las situaciones y circunstancias desafiantes (Sarason & Sarason, 1996):

Duración

Las situaciones estresantes difieren en la duración e intensidad. Una entrevista de trabajo dura poco tiempo, en tanto que una disputa conyugal puede durar horas o días. De tal manera que pueden ser agudos: tienen un comienzo definido, una corta duración y ocurren con poca frecuencia; crónicos: no tienen un inicio definido, se repiten frecuentemente con una alta o baja intensidad. Ciertos niveles de estrés alertan, ayudan a pensar más rápido, pero cuando su duración va más allá de los niveles óptimos agota la energía, deteriora el desempeño y los cambios fisiológicos a largo plazo pueden conducir a una enfermedad.

Severidad.

Las situaciones varían en la severidad de las circunstancias que enfrenta el individuo. En general, un daño menor es más fácil de manejar que uno importante.

Posibilidad de pronóstico

En algunos casos la posibilidad de pronosticar es elevada (sabemos lo que va a suceder), mientras que en otros la posibilidad es muy baja. La cantidad de estrés que provoca la petición de dar una presentación oral en clase, depende de si la petición se hace en el momento o fue una tarea que se asignó con anterioridad.

Grado de percepción de control

Uno de los aspectos de una situación que causa más desconcierto es la sensación de no poder influir en las circunstancias. Por ejemplo, las víctimas de un terremoto

no pueden hacer nada para prevenir o controlar el impacto inicial y los traumas posteriores de éste.

El nivel de confianza en sí mismo del individuo.

La falta de confianza en si mismo con frecuencia da como resultado una reducción en la efectividad personal, aun cuando la persona en realidad sepa como manejar la situación. Por ejemplo, una mujer que se acaba de divorciar puede sentir que no puede controlar situaciones sociales que podía manejar muy bien durante su matrimonio.

Aparición repentina

Se refiere a que tan repentina es la aparición, tiene una influencia en la forma como nos preparamos para controlar una situación en particular. Por lo general, un accidente es totalmente inesperado, o por ejemplo la aparición de una enfermedad crónica como el VIH.

Eventos vitales

Otra manera de desencadenarse el estrés es con la aparición de *crisis vitales* (*eventos vitales*); que son acontecimientos, sea del ciclo vital o biográficos, que por su naturaleza misma pueden generar una situación permanente, irreversible o apenas reversible; que pueden cambiar drásticamente el entorno de una persona y con ello su experiencia de vida; que constituyen o pueden constituir crisis de transición y a veces de crecimiento (Ortiz-Talio, 2005). Pueden ser: la pubertad, la muerte de los padres o de personas significativas a nosotros, la pérdida del trabajo

o de la pareja, un accidente o enfermedad grave, la jubilación, etc.; con ello se pone de manifiesto el enfoque social del estrés y la enfermedad (González & Morera, 1983). Se entienden como experiencias subjetivas que causan un reajuste sustancial (es decir, incierto nivel de cambio) en la conducta del individuo; de hecho el cambio es la principal propiedad aceptada más universalmente como definitoria de los sucesos vitales y que los acontecimientos implican cambios en las actividades usuales (el potencial estresante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambio que conlleva) y que no todos los cambios son estresantes sino solo aquellos que son indeseables para el individuo. Con este enfoque social del estrés propuesto por Colmes, supuso un cambio al desestimar que la enfermedad era un fenómeno unifactorial y mecánico, enfocándose con esto a un enfoque biopsicosocial (Sandín, 2003). El hecho de padecer alguna enfermedad con características de tipo crónica conlleva en su mayoría a un cambio en las actividades cotidianas de las personas; el saberse portador del VIH/SIDA puede ser estresante, mientras que en otras lo esperan; sin embargo puede haber otros estresantes psicosociales.

III.3 ESTRÉS Y VIH/SIDA

Las distintas reacciones psicológicas ante cualquier enfermedad grave pueden llegar a ser imprevisibles; en esta enfermedad en particular se mezcla el desconocimiento, el rechazo social, la gravedad de los síntomas por parte de las personas infectadas, un pronóstico incierto, múltiples hospitalizaciones, y por si fuera poco sacar a la luz aspectos íntimos y personales como lo es su comportamiento sexual. Desde el propio impacto inicial de ser seropositivo, se

evidencia la crisis en la que se sumerge el individuo y altera sus esquemas adaptativos habituales, y con ello la producción de estrés, sentimiento de preocupación, ansiedad derivada de la incertidumbre ante la infección y la posible depresión.

Pareciera que la incertidumbre es el agente estresante en esta enfermedad, ya que ésta no acaba en el momento que la prueba es reactiva, y con ello surge el no saber desde cuando es portador, cuando se desarrollaran los síntomas. Esta incertidumbre que a su vez genera miedos, angustia y con ello un malestar psicológico y físico que puede incluso llegar a confundir sensaciones que acompañan a estos estados como opresión en el pecho, dolores, mareo, sudoraciones, etc, con los síntomas del posible desarrollo de alguna enfermedad relacionada a SIDA; y cuando aparecen los síntomas definitorios del síndrome surge la terrible incertidumbre acerca de su evolución (Miller, 1990).

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV) denomina al trastorno adaptativo como aquel que desarrolla síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Sin duda, el VIH-SIDA cumple este papel estresor que conduce a diversas manifestaciones que complican o se añaden a la enfermedad (Ortiz-Talio, 2005).

La expresión clínica de la reacción consiste en un claro malestar o en un deterioro significativo de la actividad profesional, académica o social de la persona afectada. Cuando la respuesta, como pudiera ser en este caso, es a un estresante crónico o de repercusiones importantes los síntomas pueden persistir en el tiempo.

Los trastornos adaptativos (consecuencia de la no adaptación al estresor) pueden ser de diversa índole; puede aparecer un estado de ánimo depresivo, puede darse ansiedad, mixto con ansiedad y depresivo, con trastorno de comportamiento cuando la persona reacciona con una violación a los derechos de los demás, con una actitud irresponsable, o con un comportamiento autodestructivo (Ortiz-Talio, 2005).

En la infección por VIH, varios estudios reportan la importancia que tienen los factores estresantes en las personas que viven con VIH/SIDA, en ellos se muestran datos importantes, ya que se observa el impacto que tiene el estrés en distintas áreas de la vida diaria o en la propia percepción de la calidad de vida en las personas infectadas.

Un ejemplo de estos estudios es en cual se reportan las fuentes cotidianas de estrés en una muestra de mujeres brasileñas portadoras de VIH, en donde se encontraron que la principal fuente de estrés es la discriminación y la relación con la pareja. (Tumala, 2002).

Otro estudio muestra que en una población portadora de VIH en Hong Kong, se estudió la percepción de estrés y su efecto en la calidad de vida relacionada a la salud. En este estudio se reporta que un mayor estrés percibido se relaciona con un bajo funcionamiento social, así como una pobre salud mental. Además de un aumento en los síntomas depresivos y altos niveles de ansiedad (Au, Chan, & Li, 2004).

III.4 AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

Sin lugar a duda, para poder prevenir los efectos nocivos que el VIH-SIDA como fuente de estrés, se tendrán que utilizar recursos. En este sentido, se dice que la persona afectada puede utilizar *estrategias de afrontamiento*.

III.4.1 AFRONTAMIENTO

El concepto de afrontamiento ha tenido relevancia en el campo de la psicología dentro del área de la salud. Actualmente constituye, una estrategia terapéutica y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos ante diferentes padecimientos dentro del área de la salud.

Se define el afrontamiento como: *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus & Folkman, 1986)

Se considera que los tipos de afrontamiento se influyen uno al otro aunque sean procesos separados. Existen dos grupos de afrontamiento:

- Las estrategias centradas en el problema, que tienen como objetivo desactivar o disminuir la percepción de amenaza.
- Las estrategias centradas en la emoción, que tienen como objetivo modular la respuesta emocional que provoca la amenaza.

La **estrategia centrada en el problema** que consiste en conductas y estrategias cognitivas que apuntan a la resolución de problemas y conflictos, y es la más

utilizada en situaciones donde una persona tiene una sensación de autocontrol; entre ellas se encuentran:

Resolución de Problema

Incluye la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades y alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción adecuado. Estos recursos derivan de las experiencias previas, almacenamiento de la información y la capacidad de autocontrol.

Responsabilidad

Se refiere al reconocimiento de la participación personal en el problema, con el interés de poner las cosas en orden. Constituyen un importante recurso debido al papel de la actividad social en la adaptación humana, ya que se refiere a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Facilita la resolución de problemas en coordinación con otras personas y en general aportan un control más amplio sobre las interacciones humanas.

Apoyo Social

Son los esfuerzos para buscar apoyo informativo, tangible y emocional. El apoyo social viene a determinar la habilidad de afrontar positivamente cualquier hecho aversivo. Existen tres tipos de apoyo: emocional, el informal y el tangible; y tienen la función de adaptación en el entorno social en referencia al individuo.

Por otro lado, en el tipo de **afrontamiento enfocado a la emoción** consiste de estrategias de ajuste cognitivo-conductual, que no directamente intervienen con situaciones problema y es efectivo cuando la persona tiene poco control emocional sobre el curso de la enfermedad, y estas son:

Confrontativo

Permite al individuo enfrentarse de “cara” a todo problema, se percibe el antes y el ahora, se permite la negociación consigo mismo y sugiere algún grado de hostilidad y una actitud hacia correr riesgos.

Distanciamiento

Son los esfuerzos cognoscitivos para separarse de la situación y minimizar su significancia. Esta estrategia de afrontamiento cognitivo-conductual puede facilitar el ajuste psicológico.

Autocontrol

Esta estrategia es fundamental ya que permite tener regulada la emoción y dirigida la acción. Puede darse tanto interno como externo. El control interno esta determinado por ideas, pensamientos y sentimientos que van dirigidos a la negociación y resolución de problemas; mientras que el control externo está determinado por los elementos que se encuentran fuera, enfocadas a contribuir a la solución.

Reevaluación Positiva

Son los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación enfocado al crecimiento personal. Se incluyen las creencias generales y específicas que sirven

de base para la esperanza y que favorecen en las condiciones más adversas. Percibir lo positivo se considera un importante recurso psicológico de afrontamiento. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable.

Escape-evitación

La evitación cognitivo-conductual está orientado a escapar o evitar el problema, ocurre muy frecuentemente en los pacientes ante cualquier enfermedad o tratamiento a seguir. El afrontamiento de evitación en la enfermedad conduce a incrementar la ansiedad y la depresión. Trata de olvidarse de la enfermedad anulando todo tratamiento médico y negándose a toda información. Es olvidar simplemente todo lo relacionado con la enfermedad.

Por ejemplo, una persona que cree tener la infección a partir de la muerte de un amigo como consecuencia del SIDA no querrá ni plantearse la posibilidad de realizarse la prueba, sino que por el contrario tratará de evitar todo lo que le recuerde la situación como: el uso de drogas, el salir frecuentemente y manteniendo indiscriminadamente relaciones sexuales en un intento de demostrarse a sí mismo que no pasa nada (Ortiz-Talio, 2005).

Evidentemente, todo afrontamiento requiere de la disposición de recursos materiales y psicosociales, así como de saber utilizarlos. Es un proceso cambiante, como de hecho también lo es la situación estresante; siendo posible el paso de un tipo de estrategia a otro según las demandas de la situación que se plantee a lo largo del tiempo y las evaluaciones cognitivas que lleve a cabo el sujeto (Lazarus & Folkman, 2000)

Las estrategias de afrontamiento utilizadas no siempre conducirán a la persona afectada a un bienestar; es decir, los recursos que utiliza para adaptarse pudieran no ser los más adecuados dependiendo de múltiples factores como el momento en el que se utiliza, la forma y los recursos.

Ejemplo de ello podría ser un paciente que le informan un diagnóstico de VIH-SIDA y ante la situación reacciona negando esa realidad; este recurso que en un principio se utiliza es probablemente para evitar mayores molestias ya que necesita de un tiempo para aceptarlo y que podría ser peligroso si se alarga esta negación y no acepta el diagnóstico una vez que ya está fuera del hospital; y tener posteriormente conductas de riesgo para consigo mismo ya para su entorno social (Ortiz-Talio, 2005).

El estudio del afrontamiento en la infección por VIH/SIDA ha arrojado importantes conclusiones, el afrontamiento parece jugar un papel importante en la adaptación emocional de la infección y la evolución de la misma.

Por ejemplo, un afrontamiento activo predice un mayor optimismo y menos síntomas 6 meses después, asociándose a una mayor respuesta inmune y con ello un mayor bienestar emocional. Así mismo, una actitud de lucha ante la enfermedad se asocia a una menor alteración afectiva y predice una menor sintomatología física 6 y 12 meses después. Por el contrario el uso de estrategias evitativas predicen un mayor malestar y una evolución negativa de la infección, asociándose con un mayor malestar emocional, también se registran que las estrategias pasivas se asocian y predicen un menor número de células CD4 (Iraurgi, Basabe, & Páez, 2003).

En otro estudio se observó que las estrategias de afrontamiento en paciente hemofílicos con VIH; observó una relación entre el nivel de CD4 y los estilos de afrontamiento. Los pacientes con un afrontamiento activo (alimentación adecuada, bajo consumo de alcohol y drogas, prácticas deportivas) mostraban altos niveles de CD4, en comparación con aquellos pacientes que mostraban un afrontamiento pasivo (dependientes, malos hábitos alimenticios, no asistir a chequeos médicos) cuyos niveles de CD4 eran bajos (Alfaro, 2001).

En lo que se refiere a las investigaciones para observar los estilos de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes con VIH, se ha encontrado que el uso de estrategias de afrontamiento no adaptativas se encuentran asociados con bajos niveles de energía y el funcionamiento social, así como también el dolor percibido en los pacientes interfiere en las actividades de la vida diaria, y tener como consecuencia una baja calidad de vida (Vosvick, Koopman, & Gore-Felton, 2003).

III. 4.2 APOYO SOCIAL

En los últimos años se han realizado diversas investigaciones en torno al apoyo social y las redes sociales, debido esto a la influencia que tienen en la salud y el bienestar de la persona; así como en la adaptación a situaciones estresantes particulares, como lo pueden ser las enfermedades crónicas.

El apoyo social tiene mucho que ver con la salud física y psicológica, se entiende que favorece la salud y la recuperación de los pacientes. La idea es que este tipo de apoyo y recursos sociales para el afrontamiento protege a la persona durante

los momentos de estrés, y potencia su adaptación de diversas formas: al reducir el propio estrés, y refuerza la capacidad de la persona para hacer frente al estresor y atenuando la experiencia del estrés una vez que la respuesta se desencadena (Ortiz-Talio, 2005).

En algunas definiciones de apoyo social se resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales, que ofrece conceptualizaciones basadas en la existencia, la cantidad y las propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas. Existen otras definiciones que subrayan los aspectos funcionales del apoyo social, centrándose en este tipo de recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que cumple destacando distintas dimensiones como: el apoyo emocional, de estima y material (Gil, 2002). Asimismo, el contexto en el que ocurren dichas transacciones, va a influir decisivamente en el proceso y en sus resultados, en su efectividad.

Se ha observado que las relaciones interpersonales pueden ayudar a aliviar la angustia psicológica asociada con enfermedades crónicas y amenazantes de la vida (Gil, 2002). El apoyo social adecuado puede proteger a las personas en algunas situaciones de crisis.

Existen diversos modelos que explican la manera en que influye el apoyo social en la salud, existen modelos que enfatizan los efectos principales (o efectos directos) del apoyo social y modelos que ven el apoyo social como un amortiguador inmediato del estrés (Barrón, 1996).

Los modelos de efectos principales postulan que el apoyo social incrementa directamente la salud; por medio de la información, fomenta la autoestima y el control percibido.

Se sostiene que el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar, fomenta directamente la salud, independiente del nivel de estrés. Es decir, a mayor apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos.

Los modelos amortiguadores y protectores del estrés, establecen que cuando una persona está bajo presión, el apoyo social incrementa la información, el bienestar emocional (Barrón, 1996).

Se afirma que el apoyo social actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, como los eventos estresantes. Es decir supone que los estresores sociales sólo tienen efectos negativos en aquellos sujetos con un bajo nivel de apoyo social. Sin embargo en ausencia de estresores el apoyo social no influye en el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, siendo esencialmente un moderador del impacto del estrés.

Específicamente en VIH, después de recibir un resultado positivo, las personas tienden a estar en crisis y a beneficiarse más del apoyo emocional e informativo, los cuales desafortunadamente no están disponibles por miedo, estigma, y actitudes hacia la enfermedad y muerte (Gil, 2002).

La convivencia con el VIH-SIDA ha generado en las personas afectadas mucha inseguridad, baja autoestima y planteamiento de vida que los lleva a crisis personales de importancia; en esos momentos la aprobación y la comprensión de las personas significativas para el paciente es fundamental. En general, las enfermedades graves, como el cáncer, problemas cardiovasculares, etc.; suelen

suscitar reacciones familiares y sociales de apoyo, cuidados y amparo; sin embargo, en la infección por VIH no siempre es así (Miller, 1990).

Las fuentes de apoyo social para las personas que viven con el VIH/SIDA pueden incluir 4 tipos de cuidadores: la pareja, los amigos, la familia y los cuidadores profesionales de la salud. La disponibilidad de apoyo social en las etapas avanzadas de la infección por VIH contribuye a sentir ira, resentimiento, desesperanza y depresión, ya que la infección conduce a la hospitalización, desempleo y fatiga, el desarrollo de la enfermedad puede contribuir al aislamiento social; las personas que viven con VIH buscan apoyo de fuentes múltiples.

En uno de los primeros estudios que se dedicó a observar de que manera se relacionaba el estrés, los síntomas depresivos y el soporte social en los pacientes con VIH/SIDA se muestra de que manera los altos niveles de estrés y altos síntomas depresivos y bajo soporte social estaba relacionado con la progresión de la infección a la fase SIDA (Leserman, Jakson, & Petitto, 1999).

En un estudio para observar el apoyo social y la calidad de vida en la infección por el VIH, se detecto diferencias significativas en la calidad de vida de las personas que viven con VIH según el nivel de apoyo social que presentaban; es decir, aquellos que presentaban un bajo apoyo social han presentado una peor salud percibida, más dolor, mayor distrés, peor funcionamiento cognitivo, en comparación con los que presentan un nivel alto de apoyo social (Remor, 2002).

El apoyo social útil y eficaz es el apoyo percibido y no el existente; es importante que el paciente piense y sienta que está siendo comprendido y amparado.

METODOLOGÍA

MUESTRA

Participaron 64 pacientes de concurrencia consecutiva a medición de linfocitos CD4 y carga viral, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Hombres o mujeres de 18 a 65 años.
- Con diagnóstico de VIH/SIDA documentada
- Que estuvieran bajo tratamiento antirretroviral
- Que supieran leer y escribir
- Que aceptaran voluntariamente participar en el estudio y firmaran una carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no se encontraran en condiciones de contestar los cuestionarios (por demencia asociada a VIH, retinitis por CMV-ceguera, que estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico)

TIPO DE ESTUDIO

Transversal ya que se recolectaron los datos en un solo momento para describir y analizar la asociación de las variables.

PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo en un consultorio del Servicio de Infectología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

El estudio siguió los siguientes pasos:

1. Captación de los pacientes por medio de la concurrencia consecutiva a medición de linfocitos CD4 y carga viral, y que cumplieran con los criterios de inclusión.
2. Se solicitó a los que aceptaron y firmaron la carta de consentimiento informado, que respondieran el cuadernillo con los cuestionarios.
3. Aplicación de los cuestionarios en una sola sesión.
4. El investigador responsable permaneció en donde se aplicaron las pruebas para aclarar cualquier duda sobre los cuestionarios.
5. Se verificó que los cuestionarios estuvieran completos y que no hubieran reactivos en blanco.

VARIABLES

Variable Dependiente:

Calidad de Vida

Medida de bienestar físico, mental o social, tal y como la percibe el individuo y cada grupo (OMS, 1995).

Método de evaluación: *Escala Medical Outcomes Study para el VIH* (MOS- VIH) para México (Peña de León, 2003).

Variables Independientes:

Percepción de Estrés

Relación particular entre individuo y entorno, evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986)

Método de evaluación: Escala de Percepción de Estrés (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) y Escala de Eventos Vitales (González & Morera, 1983).

Apoyo Social

Se define como las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, especialmente la forma como son evaluadas por los individuos en cuanto a su calidad como soporte (Sarason & Sarason, 1996)

Método de evaluación: (CRAEC) Cuestionario de recursos de apoyo social en la enfermedad crónica (Glasgow, R., Strycker, L., Toobert, D., Eakin, E. 2000)).

Afrontamiento

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986)

Método de evaluación: Escala de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986).

INSTRUMENTOS

- Medical Outcomes Study para VIH (MOS- VIH)

Traducido al castellano y validado para la población mexicana infectada por el VIH/SIDA con equivalencia transcultural (Peña de León, 2003). Consta de 35

preguntas que evalúan las dimensiones recomendadas para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS): Percepción General de la Salud, Dolor (si hubo dolor en las últimas 2 semanas y que tan incapacitante fue), Función Física (llevar a cabo actividades de un día normal), Función Social (alteraciones en las actividades sociales, como visitar amigos o parientes, etc.), Función Vital (-energía/fatiga- sentirse lleno de vida, con fuerzas para hacer lo que se quería hacer), Función cognitiva (alteraciones en memoria, atención y concentración), Función de Rol (dificultades para hacer trabajos domésticos, escolares o laborales), Salud Mental (el sentirse triste/feliz, nervioso/tranquilo), Salud Transitoria (como se percibe la salud en comparación con semanas anteriores) y la Calidad de Vida en General (¿Cómo le han ido las cosas?) . Se contesta en base a diferentes escalas ordinales de 2 a 6 posibles respuestas. La puntuación global se obtiene directamente cuando la escala sólo tiene una pregunta, y por suma de cada respuesta a cada pregunta. Las puntuaciones obtenidas se estandarizan para la comparación entre ellas, y oscila entre 0, que representa el peor estado de salud posible, y 10, para indicar el mejor.

- Percepción de estrés

Cuestionario traducido y adaptado al español de la Escala de Percepción de Estrés de Cohen et al., en 1983 (Rojas, 2001). El proceso cognoscitivo de percepción de control interviene en el proceso del estrés: frente a una situación identificada como amenazante o desafiante, si el individuo percibe que puede

tener control sobre la situación, reporta menos estrés; por el contrario si percibe poco margen de control personal, se reporta un mayor estrés. Consta de 10 reactivos tipo likert con cinco opciones de respuesta: desde nunca hasta siempre, se califica sumando todos los reactivos.

- Escala de Eventos Vitales

Escala traducida y validada al español (González & Morera, 1983). Los eventos vitales son aquellas situaciones que se pueden llegar a percibir como estresantes (muerte de una persona significativa, separación, pérdida de trabajo, embarazo no deseado, dificultades sexuales, desintegración o incorporación familiar, problemas económicos, enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico, etc.). En la escala se mencionan 62 eventos en los cuales el entrevistado tendrá que marcar cuales de ellos le han sucedido en los últimos doce meses y marcar en una numeración del 1 al 5 el grado de molestia que éstos le causaron (donde 1 es ninguna molestia y 5 es mucha molestia). La calificación de la escala es a través de la puntuación global (crisis vital) y se valora en niveles de riesgo, donde alto riesgo es igual o superior a 300 UCV (unidades de crisis vital), riesgo medio es de 200 a 299 UCV y de bajo riesgo de 140 a 199 UCV.

- Estrategias de Afrontamiento

Creado por Lazarus y Folkman en 1986, modificado y validado en población mexicana (Joya & Ortega, (1997), citado en Quiroz, 2001). El instrumento consta

de 28 reactivos. Los factores que evalúa son: Escape-Evitación, Planeación-Confrontación, Reevaluación Positiva, Apoyo Social, Distanciamiento y Autocontrol-Responsabilidad. Para calificar el cuestionario se suman las puntuaciones de cada ítem correspondiente a las categorías de afrontamiento para los puntajes en bruto. Posteriormente, se determina el promedio entre la suma total de los promedios multiplicado por 100, y obtener así un porcentaje el cual indica el estilo de afrontamiento utilizado.

- Cuestionario de recursos de apoyo social en la enfermedad crónica (CRAEC)

Cuestionario de recursos de apoyo social en la enfermedad crónica creado por Glasgow y colaboradores en 1997 (Glasgow et al 2000). Traducido y validado en México (Gil, 2002), Incluye aspectos de distintos recursos que el paciente podría emplear en el manejo de su enfermedad, y abarca la experiencia que ha tenido sobre los últimos 3 meses. El cuestionario consta de 64 ítems, distribuidos en 8 áreas de soporte en el ambiente psicosocial: El Médico y Equipo de Atención a la Salud (toma de decisiones en el tratamiento, explicación de resultados, etc.), la Familia y los Amigos (acompañamiento durante la enfermedad, apoyo en los tratamientos), la Información Personal (manejo de los tratamientos, acercarse a personas con la misma enfermedad), la Colonia o Vecindario (pasear por la colonia, organización de actividades con vecinos), la Organización de la Comunidad (acercarse a centros de salud, a grupos especiales), los Medios de Comunicación y los Seguros (si existen programas adecuados para el

padecimiento, la lectura de información adecuada, etc.), las Organizaciones o Asociaciones Comunitarias (organizaciones no gubernamentales) y el Nivel Laboral (si existe apoyo para hacer frente a el padecimiento). Cada ítem consta de 5 grados según la apreciación del paciente que van del 1 “no del todo”, pasando por el 3 cuando se aprecia “moderadamente”, hasta el 5 “ocuparse mucho”.

PLAN DE ANALISIS

Para los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12. Como primer paso del análisis se llevo a cabo la depuración de los datos y después se determinó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos a través de la prueba alfa de Cronbach.

- **Depuración de los datos**

La depuración de los datos se llevó acabo con el objetivo de facilitar el manejo de los datos, ya que éstos requieren cumplir con los requisitos mínimos para la realización del estudio.

- **Descripción de la muestra**

Se refiere a la descripción de las características generales (edad, porcentaje de ambos sexos, estado civil, nivel educativo, orientación sexual, nivel de escolaridad, ocupación; así como datos clínicos como nivel de linfocitos CD4 y de carga viral) de la muestra, llevado a cabo con un análisis con estadística descriptiva.

- **Análisis Estadísticos**

1. Análisis bivariado

El análisis bivariado enfrenta a cada una de las variables independientes con la dependiente por separado

2. Análisis multivariado

En el análisis multivariado se investiga la influencia de dos o más variables independientes, junto o no a una o más variables asociadas sobre una variable dependiente.

Se usó la regresión lineal múltiple para estimar el efecto de una o más variables independientes sobre una variable dependiente. Es decir, se estimó un modelo multivariado con el puntaje de la calidad de vida en general como la variable dependiente y como las independientes la percepción de estrés, el afrontamiento y el apoyo social.

RESULTADOS

VERIFICACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS INSTRUMENTOS

Se realizó el análisis de consistencia interna a cada uno de los cuestionarios utilizados, por medio de la prueba Alpha de Cronbach. En algunos cuestionarios se eliminaron reactivos para obtener un límite mínimo aceptable en Alpha de Cronbach (0.70), obteniendo los siguientes resultados (Tabla 10):

Tabla 10. Alfa de Cronbach de los instrumentos

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach
MOS VIH	
Salud General	.85
Función Física	.88
Función de Rol	.58
Función Cognitiva	.88
Dolor	.79
Salud Mental	.89
Función Vital (Energía/Fatiga)	.92
Distres	.87
Percepción de Estrés	.89
Eventos Vitales	.84
Afrontamiento	
Reevaluación Positiva	.82
Escape-Evitación	.84*
Planeación-Confrontación	.73*
Apoyo Social	.76*
Distanciamiento	.40
Autocontrol-Responsabilidad	.57
Apoyo Social	
Médicos y Equipo de Salud	.75*
Familia y Amigos	.85
Información Personal	.79*
Comunidad	.73
Organización de la comunidad	.72*
Medios de Comunicación	.80*
Asociaciones Comunitarias	.79
Trabajo	.85

* Subescalas en las que se eliminaron reactivos

Las escalas de percepción de de estrés y escala de eventos vitales reportaron niveles Alpha de Cronbach superiores al límite mínimo esperado. Así también el

cuestionario MOS VIH para la calidad de vida; en general, la mayoría de las subescalas obtuvieron un índice aceptable; sin embargo en la subescala *Función de Rol* se obtuvo un nivel alfa menor al esperado.

En el análisis de la consistencia interna de los cuestionarios de *Afrontamiento* y *Apoyo Social* (CRAEC) se obtuvieron las diferentes Alphas de Cronbach para cada una de las subescalas que las componen. De tal manera que al encontrar subescalas que no cumplieran con el límite mínimo esperado en los niveles Alpha, se eliminaron reactivos para elevar los niveles. En el *Cuestionario de Afrontamiento*, se eliminaron reactivos 18 y 25 en la subescala de Escape-Evitación; en la subescala Planeación-Confrontación se eliminó el reactivo 5; en *Apoyo Social* se eliminó el reactivo 9.

En el *Cuestionario de Apoyo Social* (CRAEC) en el factor Médicos y equipo para el cuidado de la salud, se eliminaron los reactivos 1 y 7; en el factor Información Personal se eliminaron los reactivos 21, 17, 22 y 23; en el factor La organización de la comunidad solo se eliminó el reactivo 34; y en Los Medios de Comunicación y Seguros se eliminaron los reactivos 45, 39, 41, 48, 40, y 42.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Se logró reclutar a 68 pacientes, de los cuales 4 se eliminaron por no cumplir al 100% los criterios de inclusión (por estar bajo tratamiento psiquiátrico). La muestra final fue de 64 pacientes, predominando el sexo masculino con un 90.6 %, en su mayoría con un estado civil soltero 73.4%, con una orientación homosexual

(57.8%); y la mayoría de los pacientes se encontraban empleados (59.4%). Al momento del estudio todos los pacientes recibían Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo para la infección por VIH; y en su mayoría reportaron un nivel de escolaridad de bachillerato (42.2%) (Tabla 11).

Tabla 11. Características de la muestra (A)

VARIABLE	Muestra (n=64)	
	N	%
Sexo		
Hombres	58	90.6
Mujeres	6	9.4
Estado Civil		
Soltero	47	73.4
Casado/UL	11	17.2
Divorciado	2	3.1
Viudo	4	6.3
Orientación Sexual		
Heterosexual	17	26.6
Homosexual	37	57.8
Bisexual	10	15.6
Ocupación		
Empleado	38	59.4
Desempleado	5	7.8
Jubilado	7	10.9
Otros	14	21.9
Escolaridad		
Primaria Inc.	1	1.6
Primaria Com.	5	7.8
Secundaria	10	15.6
Bachillerato	27	42.2
Licenciatura	17	26.6
Posgrado	4	6.3

La edad promedio de la muestra fue 40.9 años y reportaron un promedio de 6450.5 copias/mL de carga viral y 407.9 células/ μ L en el conteo de los linfocitos CD4 positivas. Lo ideal en los marcadores de carga viral es llegar a niveles indetectables (menor a 50, 000 copias de RNA del VIH en plasma), mientras que en los niveles de CD4, los valores de referencia son de 700 a 1100 células/ μ L y

cuando los linfocitos CD4 disminuyen por debajo de 200 células, es más propenso la aparición de *enfermedades oportunistas* (Tabla 12).

Tabla 12. Características de la muestra (B)

VARIABLE	n=64	
	Media	d.e.
Edad	40.9	10.4
Carga Viral	6450.5	19010.8
CD 4	407.9	174.3

ANALISIS BIVARIADO

Se llevaron a cabo correlaciones bivariadas con la prueba de Spearman ya que los datos no se distribuyeron normalmente. Se calcularon puntuaciones totales de la percepción de estrés y de los eventos vitales; específicamente los eventos vitales se ponderaron para darle mayor peso a aquellos acontecimientos que generaban una mayor crisis vital.

Cuestionario de Percepción de Estrés

Se encontraron correlaciones significativas con la escala de eventos vitales, la carga viral, todas las subescalas del MOS-VIH y con la escala de escape evitación del cuestionario de modos de afrontamiento (Tabla 15). Estas correlaciones se obtuvieron en el sentido esperado. Es decir, a mayores niveles de estrés percibido se reportan bajas puntuaciones en calidad de vida; así como al utilizar estrategias de afrontamiento de escape evitación se reportan mayores niveles de estrés. Llama la atención la correlación obtenida entre la percepción de estrés y la carga

viral. No se encontraron correlaciones significativas con las escalas del cuestionario de apoyo social.

Tabla 15. Análisis bivariado de la Percepción de Estrés Total con los Eventos Vitales, Carga Viral, MOS VIH y Afrontamiento

VARIABLES	Estrés Total
Eventos Vitales	.68**
Carga Viral	.32*
MOS VIH	
Salud General	-.63**
Dolor	-.57**
Calidad de Vida en general	-.63**
Función de Rol	-.50**
Función Social	-.47**
Función Vital (Energía/Fatiga)	-.73**
Salud Mental	-.79**
Estrés por la salud	-.71**
Función Cognitiva	-.80**
Salud Transitoria	-.48**
Función Física	-.73**
AFRONTAMIENTO	
Escape Evitación	.33**

** p < .01* p < 0.05

Cuestionario de Eventos Vitales

Se hallaron correlaciones significativas con el estrés total y con todas las subescalas del cuestionario MOS-VIH, así como con la subescala de afrontamiento en escape-evitación. De igual manera se obtuvieron correlaciones en los sentidos esperados, también se obtuvo una correlación entre los eventos vitales estresantes y la carga viral. No se encontraron correlaciones significativas con el apoyo social (Tabla 16).

Tabla 16. Correlación Eventos Vitales con la Carga Viral, MOS-VIH y Afrontamiento

VARIABLES	Eventos Vitales
Carga Viral	.28*
MOS VIH	
Salud General	-.56**
Dolor	-.73**
Calidad de Vida gral.	-.56**
Función de Rol	-.47**
Función Social	-.40**
Función Vital (Energía/Fatiga)	-.56**
Salud Mental	-.62**
Estrés por la salud	-.65**
Función Cognitiva	-.56**
Salud Transitoria	-.30**
Función Física	-.41**
AFRONTAMIENTO	
Escape Evitación	.48**

** p <.01* p < 0.05

Cuestionario Medical Outcomes Study para VIH (MOS VIH)

Se encontraron correlaciones negativas con las dos escalas para medir estrés (Percepción de estrés y la escala de Eventos Vitales) en todas las subescalas que la componen; indicándonos que a mayores niveles de estrés percibido se muestra una disminución en los reportes de calidad de vida. En el afrontamiento se encontraron correlaciones con la reevaluación positiva, escape-evitación, la planeación-confrontación y el apoyo social. Con la escala de apoyo social se encontraron correlaciones positivas con el percibido de los médicos y equipo de salud; la familia y amigos; la información personal; las organizaciones comunitarias y el trabajo (Tabla 17).

Tabla 17. Matriz de correlación de las escalas del MOS-VIH con Afrontamiento y Apoyo Social

VARIABLES	MOS VIH										
	Salud General	Dolor	Calidad de vida en General	Función de Rol	Función Social	Función Vital Energía/Fatiga	Salud Mental	Distrés	Función Cognitiva	Salud transitoria	Función Física
AFRONTAMIENTO											
Reevaluación-Positiva	.36**		.33**			.31**	.25**			.31*	.29*
Escape.-evitación		-.40**		-.54**	-.43**		-.32*	-.46**	-.25*		-.27*
Planeación-Confrontación	.36**					.28*				.34**	.40**
Apoyo Social										.26*	
APOYO SOCIAL											
Médicos y Equipo de Salud				.28*							
Familia y amigos										.25*	
Información. Personal			.25*				.28*				
Organizaciones Comunitarias										.27*	
Trabajo	.37**								.25*		

** p < 0.01 * p < 0.05

Cuestionario de Afrontamiento

Para llevar acabo el análisis bivariado se tomaron en cuenta aquellas estrategias que resultaron con un Alpha de Cronbach aceptable, las cuales fueron: la reevaluación positiva, escape-evitación, planeación-confrontación y apoyo social.

Con respecto a la calidad de vida se expresaron correlaciones en todas las áreas del MOS-VIH por estrategia de afrontamiento (reevaluación positiva, escape-evitación, la planeación-confrontación y el apoyo social). En la estrategia de afrontamiento de apoyo social, sólo hubo una correlación con la calidad de vida (Salud transitoria); mientras que con el cuestionario de apoyo social si se encontraron correlaciones con ésta estrategia de afrontamiento, a diferencia de escape-evitación y planeación confrontación (Tabla 18).

Tabla 18. Correlaciones de la Escala de Afrontamiento con Apoyo Social

VARIABLES	AFRONTAMIENTO			
	Reevaluación. Positiva	Escape Evitación	Planeación Confrontación	Apoyo Social
Familias Amigos	.34**			.51**
Información Personal	.36**			.53**
Comunidad				.39**
Organización de Comunidad				.38**
Medios de comunicación				.25*
Asociaciones Comunitarias	.39**		.38**	.40**
Trabajo	.25*		.36**	.27*

** p < 0.01 * p < 0.05

Cuestionario Apoyo Social

Sólo se encontraron correlaciones en 6 áreas de la calidad de vida: salud general, calidad de vida en general, la función social, distrés por la salud, la función cognitiva y la salud transitoria; todas correlacionaron en el sentido esperado. No se encontraron correlaciones significativas con la escala de percepción de estrés y los eventos vitales. En el afrontamiento si se muestran correlaciones con 3 de las 4 subescalas: reevaluación positiva, planeación-confrontación y el apoyo social como estrategia de afrontamiento. En otro resultado, se obtuvo una correlación significativa (. 37**) entre los niveles de células CD4+ y la información personal como forma de apoyo social.

ANÁLISIS REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Para indagar la relación entre la calidad de vida y las variables independientes (estrés total, eventos vitales, afrontamiento, apoyo social), se realizó un modelo de regresión lineal múltiple.

Para seleccionar las variables a incluirse en el modelo, se tomó en cuenta un criterio estadístico basado en las asociaciones significativas encontradas en los

análisis bivariados, es decir aquellos que mostraron una correlación significativa con la variable dependiente.

Al realizar la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov para verificar la distribución de los datos, se encontró que sólo las subescalas de Salud General y Función Cognitiva del MOS-VIH para la calidad de vida se distribuían normalmente. De tal manera que las variables que se introdujeron en el modelo fue la salud general como variable criterio (ya que cumplía el criterio de normalidad), estrés total, eventos vitales; afrontamiento (reevaluación positiva, planeación-confrontación), apoyo social (Trabajo).

El modelo fue significativo ($F=11.07$, $p=.00$). El coeficiente de determinación fue de 0.58, y ajustado de 0.53, lo cual indica que el modelo explicó el 53% de la varianza de la variable salud general en calidad de vida. La Tabla 20 muestra el resumen del modelo. Se puede apreciar que solamente la percepción de estrés se asoció significativamente con la subescala de calidad de vida. Es decir, a un mayor puntaje en este cuestionario se observó una menor calificación en la subescala de salud general ajustado por el resto de las variables del modelo.

Tabla 19. Coeficientes del modelo de Regresión Lineal Múltiple

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Error estándar	Beta		
(Constante)	91.87	17.92		5.13	0.00
Percepción de estrés	-1.73	0.41	-0.45	-4.23	0.00
Eventos Vitales	-0.06	0.00	-0.19	-1.67	0.10
Reevaluación Positiva	0.61	0.43	0.14	1.43	0.16
Planeación Confrontación	2.06	1.35	0.16	1.53	0.13
Trabajo	0.60	0.63	0.10	0.97	0.34

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue buscar la asociación entre la calidad de vida con el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento; y el apoyo social en una muestra de pacientes con VIH/SIDA;

Entre los resultados más destacados se encuentran las asociaciones significativas encontradas entre el estrés percibido y todas las subescalas del cuestionario MOS-VIH para la calidad de vida. Se encontró un menor número de correlaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento y las áreas que componen la calidad de vida. También llama la atención que se encontraron pocas asociaciones significativas entre la medición de calidad de vida y el apoyo social. Así mismo, se llevó a cabo un modelo multivariado, siendo significativa la asociación del estrés percibido con la salud general en calidad de vida.

Estos resultados indican que el estrés percibido es una variable importante en su asociación con la calidad de vida, ya que se encontraron las asociaciones en el sentido esperado. Es decir, a un mayor estrés percibido o padecer un evento vital estresante se asocia a un deterioro en todas las áreas la calidad de vida de los pacientes con VIH. El simple nombrar o escuchar la palabra VIH-SIDA puede parecer estresante en ciertas personas, si a eso le aparamos el estrés de ser diagnosticado con una enfermedad que comúnmente se encuentra asociada al ejercicio de la sexualidad, el evocar imágenes respecto a un deterioro físico que padecen las personas con el síndrome desarrollado, y con ello el rechazo de la familia, la pareja, de los servicios de salud, en su área de trabajo y en ocasiones en su propio grupo social; pueden ser fuentes de estrés en los portadores del VIH;

no sin antes también mencionar la angustia cuando se presentan síntomas o haber tenido una conducta de riesgo. Todo lo que engloba la infección puede ser una fuente de estrés.

Estos resultados son similares a los encontrados por Au et al. (2004), en una muestra de 55 pacientes con la infección por VIH de Hong Kong; donde se muestra que a altos niveles de estrés se reporta un deterioro en la calidad de vida en las áreas del funcionamiento social y de rol. Sin embargo, en el presente estudio la correlación se dio en todas las áreas que corresponde a la dimensión de la calidad de vida. Es decir, a mayores niveles de estrés percibido hay un deterioro en la calidad de vida de un paciente. Con efectos sobre la percepción de su condición de salud; actividades físicas; actividades cotidianas, actividades sociales; estado cognitivo, salud mental, la manera en percibir la vitalidad, estrés por los problemas de salud, y como percibe su salud tanto física y emocional.

Cabe resaltar que tanto en el estudio de la percepción de estrés, como en afrontamiento y apoyo social en la población VIH positiva, se hace evidente la falta de instrumentos específicos de medición estandarizados, lo cual imposibilita la realización de comparaciones entre diferentes estudios que abordan los temas. Sin embargo, se hace necesario el comentar que el cuestionario de percepción de estrés se ha utilizado en diversos estudios (ver: www.psy.cmu.edu:1608/~scohen/) para el abordaje en distintos padecimientos de salud y se ha reportado el buen comportamiento de la escala, independientemente de la población a estudiar. En este estudio sólo se contó con un instrumento específico (MOS-VIH) para la población portadora del VIH en México, considerado el instrumento estándar en la medición de la calidad de vida en VIH.

En lo que se refiere al uso de estrategias de afrontamiento como variable asociada a la calidad de vida en VIH/SIDA; en éste estudio se encontraron algunas asociaciones con respecto a las dimensiones en la calidad de vida, por ejemplo se encontró una asociación en sentido positivo en el uso de la estrategia de reevaluación positiva con la salud general, la calidad de vida en general, la vitalidad, la salud mental, la salud transitoria y la función física como componentes de nuestra variable criterio. Asimismo, el uso de estrategias de afrontamiento de confrontación al problema se asoció de forma positiva, con la salud general, la vitalidad, la salud transitoria y la función física. Es decir, que al usar estrategias de afrontamiento que están enfocadas a la solución del problema se asocia a una mejor calidad de vida, como puede ser en las actividades que se desarrollan a diario, en el sentirse con energía para desarrollar actividades, y si percibe que hay cambios en su salud tanto física como emocional.

Ahora bien, en lo que se refiere al uso de estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción (como escape–evitación) se obtuvo una relación en el sentido negativo con respecto a las áreas de función de rol, función social, salud mental, estrés por la salud, función cognitiva y en el desarrollo de actividades físicas diarias; lo cual se relaciona con una peor percepción en la calidad de vida. Resultados similares fueron encontrados en el estudio de Weaver, Antoni, Lechner, Durán, Penedo, Fernández, Ironson y Schneiderman (2004) en donde se reporta que el uso de la negación como estrategia de afrontamiento se asocia a una pobre calidad de vida, mientras que el uso de estrategia cognitivas, a una mayor calidad de vida en mujeres portadoras del VIH.

En otro estudio realizado por Vosvick, Gore-Felton, Koopman, y Spiegel (2004), reportan que el uso de estrategias de afrontamiento no adaptivas al estrés de vivir con VIH/SIDA (distanciamiento mental, distanciamiento conductual, el uso de alcohol, drogas y negación) se asocia a alteraciones en los aspectos psicológicos de la calidad de vida (en el funcionamiento cognoscitivo, la salud mental, y el estrés por la salud); y concluyen que el desarrollo de estrategias y conductas de afrontamiento adaptativas en personas que viven con VIH/SIDA, puede ser una estrategia de intervención eficaz; particularmente para el mejoramiento en la calidad de vida.

Estos mismos autores, examinaron los factores asociados con otras cuatro dimensiones de funcionalidad en la calidad de vida (el funcionamiento físico, energía/fatiga, el funcionamiento social y el funcionamiento de rol); y reportan que un mayor uso de un afrontamiento no adaptativo estaban asociadas con los más bajos niveles de energía y el funcionamiento social; con ello sugieren intervenciones que apunten al desarrollar estrategias de afrontamiento adaptables para mejorar los aspectos funcionales de calidad de vida en VIH/SIDA.

En lo que se refiere al papel que juega el apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con VIH, en los resultados de esta investigación no se encontraron asociaciones significativas entre las subescalas del apoyo social y todas las subescalas de la calidad de vida; sólo en el área de médicos y equipo para el cuidado de salud con la función de rol; la familia y los amigos con la salud transitoria, la información personal con la calidad de vida en general y el estrés por la salud; la organización de la comunidad como fuente de apoyo social que se

asoció con la salud transitoria; mientras que el trabajo correlacionó con la percepción en la salud general y la función cognitiva de la calidad de vida.

En el modelo de regresión lineal múltiple, el papel del apoyo social no participó en el modelo para explicar la variación de la calidad de vida; en comparación con la percepción de estrés y los eventos vitales que se asociaron fuertemente con todas las subescalas de la calidad de vida en VIH/SIDA. En un estudio realizado por Remor (2002), respecto al papel del apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con la infección por VIH, menciona que el apoyo social es una variable importante en el bienestar de las personas, según el nivel de apoyo social que presenten; en concreto, aquellos con un bajo apoyo social presentan una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, un peor funcionamiento de rol, mayor estrés por la salud, un peor funcionamiento cognitivo y presentaban una peor salud física y emocional. Sin embargo, aunque en su análisis de regresión lineal múltiple el apoyo social resultó ser una variable predictora en la calidad de vida, la varianza explicada fue de un 14%.

En un estudio realizado por Vosvick et al. (2004), sobre el papel del dolor, el estrés y el apoyo social en alteraciones del sueño en pacientes con VIH, reporta que un mayor dolor y estrés se asocia a una mayor alteración en el sueño, mientras que si se percibía una fuerte relación entre los amigos (apoyo social) se relacionaba con alteraciones en el sueño, mientras que si los amigos sólo se enfocaban a entender el estrés (apoyo social) que presentan las personas con la infección, se asocia a menos alteraciones en el sueño.

Todos estos resultados indican que el papel del apoyo social en la infección por VIH/SIDA merece aún de atención; con los resultados encontrados, en la calidad

de vida hubo bajas asociaciones con respecto a ella y el apoyo social y tal vez esto se explique por el papel que juega en nuestra sociedad la pandemia por VIH/SIDA, la discriminación que representa la simple palabra y su asociación con la muerte, además del cuestionamiento sobre el ejercicio de la sexualidad; por ello el hecho de que las personas que viven con la infección se aíslen y no busquen ayuda en la comunidad ni mucho menos grupos de ayuda; ya que el ser señalado, estigmatizado, en ocasiones por la orientación sexual, los lleva a no atenderse clínicamente, a no buscar herramientas de prevención. Hay un afrontamiento centrado en la emoción, el simple pensamiento de pertenecer a un cierto grupo o tener una conducta de riesgo los conduce a evitar los temas.

Como resultados inesperados en este estudio, se mencionan las correlaciones en el sentido positivo que se encontraron entre la percepción de estrés y los eventos vitales con la carga viral, mientras que el conteo de los linfocitos CD4+ se asoció positivamente con la información personal como apoyo social. Estos resultados invitan a seguir investigando dentro del área de la psiconeuroinmunología, y aventurarse a comentar que el percibir estrés y el contar con información de la enfermedad pudieran estar involucrados en estos parámetros clínicos; tal vez no de manera directa, ya que actualmente lo comprobado que repercute en estos niveles es la eficacia del tratamiento antirretroviral. De tal manera que el estrés y la información de la enfermedad pudieran estar involucrados en la adherencia al tratamiento. Sin embargo estos resultados deben de tomarse con cautela ya que para mostrarlo se requiere de plantear estudios que persigan aclarar estos objetivos.

CONCLUSIONES

La investigación logró comprobar la hipótesis acerca de la relación existente entre el estrés percibido y la calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA; también se hizo evidente el estrés como indicador significativo asociado con la calidad de vida, aún sobre la utilización de distintas estrategias de afrontamiento y las formas de apoyo social. A un mayor estrés percibido le corresponde un deterioro en la calidad de vida en los pacientes con la infección por VIH y SIDA.

Bastante se ha reportado entre la angustia que se presenta en las personas que se realizan el estudio de ELISA, ya sea por voluntad propia al ir a un centro para la detección de la infección ó al ya presentar síntomas de progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y ser necesaria la hospitalización; con ello, al ser diagnosticados, resulta ser un evento de novedad, con una gran falta de información, falta de control sobre la situación que se presenta y que en la mayoría de las veces se carece de recursos para afrontar la nueva condición. Sin embargo estos mismos factores se presentan a lo largo de la sobrevivencia de los pacientes que ya cuentan con un diagnóstico y con un tratamiento. Por ejemplo el inicio del tratamiento antirretroviral y la incertidumbre su éxito, así como sus posibles efectos secundarios a corto y largo plazo, la sensación de rechazo por parte del grupo social y/o de la familia, el que sean identificados como portadores de infección, como homosexuales o usuarios de drogas intravenosas, el sentimiento de culpa, los cambios en el conteo de los linfocitos CD4 o en la cantidad de virus en sangre (carga viral) a través del tiempo, la hospitalización o el volver a hospitalizarse, así como la aparición o reaparición de las enfermedades

oportunistas; y sobre todo, la sensación de cercanía con la muerte, entre muchas otras; éstos son fuentes de estrés que se pueden presentar en el transcurso de la sobrevida de los pacientes y que puede acrecentar el estrés si no se cuenta con las herramientas necesarias para afrontarlo.

El fomentar y guiar las intervenciones psicológicas en pacientes con dicha infección en el manejo del estrés, puede ser un indicador en la mejora en la calidad de vida; el reconocer las fuentes de estrés, los factores personales que intervienen en su desencadenamiento, obtener información acerca del evento o eventos, y fomentar o desarrollar las estrategias adecuadas para su manejo.

El estrés tiene síntomas y consecuencias a nivel tanto físico (cansancio, dificultades para dormir, mareo, dolor de cabeza, tensión muscular), emocional (irritabilidad, miedo, ansiedad, depresión), conductual (fumar, beber más de lo usual, aislamiento, alteraciones en la frecuencia para comer) y cognitivo (olvidos frecuentes, pensamientos negativos, inseguridad o pensamientos perfeccionistas); situaciones que a lo largo de la sobrevida con la infección puede llegar a alterar la funciones que se llevan a cabo para lograr un mejor control de la enfermedad, tales como el asistir a las citas médica o con diferentes especialistas, a toma de muestras a laboratorio, a recoger sus medicamentos y la ingesta de ellos (la no adherencia a los fármacos), entre otras cosas; y puede llegar a influenciar de manera negativa en el control de la enfermedad y en la calidad de vida en los pacientes.

En este sentido, se recurre a distintas estrategias de afrontamiento a las distintas situaciones desencadenantes de estrés en los pacientes; de tal manera que al recurrir a unas estrategias centradas en la solución del problema, en donde se

orienta a cambiar la situación, buscar la solución y donde implica una acción; se asocia con mejoras en la calidad de vida. El utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (escape-evitación), donde se utiliza para controlar la angustia del momento o cuando se percibe que no hay nada o muy poco que hacer respecto ante el problema central, hay un deterioro en la calidad de vida. De tal manera que el centrar la atención clínica en el fomento y desarrollo de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, como la reevaluación positiva y la confrontación; pueden ser herramientas de gran ayuda para lograr una mejora en la calidad de vida de los pacientes que se atienden en las instituciones de salud con éstas características.

Con respecto al apoyo social; en éste estudio, sorprendentemente, no jugó un papel asociado significativamente a la calidad de vida; probablemente se deba a los prejuicios que mantiene la sociedad, principalmente el ser rechazado por parte de los grupos sociales y del propio núcleo familiar, todo ello favorece el que las personas que son diagnosticadas con el VIH, no recurran a centros de atención especializada, ni a grupos con personas con las mismas condiciones. En varios estudios se muestra el papel relevante del apoyo social en la enfermedad; sin embargo nuestros resultados muestran que para esta población no lo fue para su calidad de vida. Probablemente el manejo del estrés, el desarrollar y fomentar las estrategias de afrontamiento enfocadas al problema sean de mayor ayuda. Estos resultados también sugieren que en la organización de grupos, como en la práctica diaria en consulta con personas con VIH/SIDA se promueva más el manejo de los agentes estresantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro, L. (2001). *Estrategias de Enfrentamiento, personalidad y apoyo familiar con relación al estatus de Seropositividad en hombres homosexuales*. Facultad de psicología, UNAM.

Au, A., Chan, I., & Li, P. (2004). *Stress and Health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong*. *AIDS and Behavior*, 8(2), 119-129

Ayuso, M. (1997). *Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: Mc Graw-Hill

Badía, X., Podzamcer, D., & López-Lavid, C. (1999). Medicina basada en la evidencia y la validación de cuestionarios de calidad de vida: la versión española del cuestionario MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*; 17(Supl. 2): 103-113.

Barrón, A. (1996). *Apoyo Social, aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Bayés, R. (1994). SIDA y Psicología: Realidad y perspectivas. *Revista de Psicología General aplicada*, 47(2), 125-127

Cahn, P., & Cahn, R. (1992). *PSIDA: un enfoque integral*. México: Paidós

CCAD Psiquiatría – 1. *Casos Clínicos para Autodiscusión, Evaluación y Estudio en Psiquiatría. Los Problemas Depresivos en el Contexto Médico. Vivir con SIDA*. Ed. Intersistemas. 2001: 30-40

Cella, D. (1995). Measuring quality of life in palliative care. *Seminars in Oncology* 22(2):73-81.

Cella, D., & Bonomi, A. (1995). Measuring quality of life. *Oncology* 9(11):47-60

Cella, D., & Tulsky D. (1990). Measuring the quality of life today. *Oncology* 4:29-38

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Epidemiología del VIH/SIDA en México (2006), *Secretaría de Salud, centro Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA, 2004-2005*, México.

Gil, P. (2002). *Relación entre los niveles de apoyo social y depresión en pacientes diabéticos: un enfoque multidimensional*. Tesis de especialidad en psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM.

Glasgow, R., Strycker, L., Toobert, D., Eakin, E. (2000). A social-ecologic approach support for disease self-management: the Chronic Illness Resources Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 23 (6): 559-83

González, P. (2001). *Evaluación y mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes seropositivos al VIH/SIDA*. Tesis de doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

González, J., & Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4 (1), 7-11.

Guía de Manejo antiretroviral de las Personas que viven con el VIH/SIDA (2006). Publicado por el *Centro Nacional para la Prevención del Control del VIH/SIDA, 2005-2006*, México.

Iraurgi, I., Basabe, N., & Paez, D. (2003). *Psicoimmunología y VIH. Estudios sobre la forma de afrontamiento e intervención psicoterapéutica*. Consultado el 08/16/2004 en: www.psiquiatria.com

Joya, & Ortega. (1997). Citado en Quiroz, F. (2001). *Afrontamiento, ideas irracionales y terapia racional emotiva en pacientes cardíopatas*. Tesis de licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

Karnofsky (1988), citado en Miguel, L. (2001). *Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el VIH*. Tesis de doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Kumate, J., Gutiérrez, G., Núñez, O., & Santos, J. (1994). *Manual de Infectología Clínica*. México: Méndez Editores.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R., & Folkman, S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Leserman, J., Jakson, E., & Petitto, J. (1999). Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine* 61: 397-406.

Luque, N. (2002). *El SIDA en primera persona*. Colombia: Panamericana Editorial,

Miguel, L. (2001). *Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el VIH*. Tesis de doctorado en Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Miller, D. (1990). *Viviendo con SIDA y HIV*. México: Manual Moderno.

Muers, M. (2001). Quality of life and symptom control. *The European Respiratory Journal*. 17:305-329.

Muma, R., Lyons, B., Boruki, M., Pollard, R. (2000). *Manual del VIH para profesionales de la salud*. México: Manual Moderno.

OMS (1995), citado en Cella, DF Measuring Quality of life: *Oncology*, 9 (11): 47-60.

Ortiz-Talio, M. 2005. *Estrés y salud*. Valencia España: Promolibro.

Palmieri, J. (2001) *Enfermedades infecciosas*. Chile: Mc. Graw Hill.

Peña de León, E. (2004). *Traducción con equivalencia transcultural del Medical Outcomes Study para el VIH (MOS-HIV) en población mexicana infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*. Tesis de especialidad en Psiquiatría, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle A.C.

Ponce de León, S., & Range, F. (2000). *SIDA: aspectos Clínicos y Terapéuticos*. México: Mc. Graw Hill.

- Rabking, J., Ferrando, S., Lin, S., & Sewell, M. (2000). Psychological effects of HAART: a 2 years study. *Psychosomatic Medicine*, 62:413-422.
- Redeers, J., & Mathieson, J. (1998). *AIDS IMAGING a practical clinical approach*. London: Saunders.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3):143-149.
- Rojas R, (2001). *Instrumento para medir estrés basado en la percepción de control*. FES Zaragoza UNAM.
- Sarason, I, & Sarason, R. (1996). *Vulnerabilidad, estrés y afrontamiento: reacciones desadaptativas*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Sande, M, Moellering, R, & Gilbert, D. (2005). *The Sanford guide to HIV/AIDS THERAPY 2005*. Twelfth Edition.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Selye, H. (1980). *The stress of life*. New York: Mc. Graw Hill.
- Situación de la Epidemia de SIDA, (2006/noviembre). *Programa Conjunto de las Naciones unidas sobre el VIH/SIDA*, Organización Mundial de la Salud. México.
- Tumala, L. (2002). Daily sources of stress among HIV-positive women. *Revista Saude Publica*, 36 (4 suppl), 24-31.
- Vosvick, M., Koopman, C., & Gore-Felton, C., (2003). Relations of functional quality of live strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics* 44(1), 51-57.
- Vosvick, M., Gore-Felton, C., Ashton, E., Koopman, C., Fluery, T., Isaelski, D., & Spiegel, D. (2004). Sleep disturbances among HIV-positive adults: the role of pain, stress, and social support. *Psychosomatics*, 45:59-63.
- Ware, J. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53: 2316-2323.
- Weaver, K., Antoni, M., Lechner, S., Durán, R., Penedo, F., Fernández, M., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2004). Perceived stress mediates the effects of doping on the quality of life of HIV-positive women on highly active antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior*. 8 (2), 175-183.

ANEXOS

MOS - HIV Health Survey

Versión en Español para México

Copyright The Johns Hopkins University / Albert Wu, MD, MPH.
All Rights Reserved.

INER

Dr. Gustavo Reyes Terán
Dr. Aldo A. Suárez Mendoza
Dr. Edilberto Peña de León
Calzada de Tlalpan 4502
Col. Sección XVI
Zona de Hospitales
México D.F.

56664539 ext. 272 ó 283
56667985

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA MOS – HIV.

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 | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

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

(marque una sola respuesta)

- | | |
|--------------|---|
| Ningún dolor | 1 |
| Muy poco | 2 |
| Poco | 3 |
| Moderado | 4 |
| Fuerte | 5 |
| Muy fuerte | 6 |

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

(marque una sola respuesta)

- | | |
|-----------|---|
| Nada | 1 |
| Un poco | 2 |
| Regular | 3 |
| Mucho | 4 |
| Muchísimo | 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 1	Sí, Me dificulta Un poco 2	No, no me dificulta nada 3
a. El tipo o cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes intensos.			
b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer, como mover una mesa y cargar la bolsa del mandado.			
c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera.			
d. Agacharse o levantar algo.			
e. Caminar una cuadra (unos 100 metros).			
f. Comer o bañarse o ir al baño o vestirse.			

5. Su salud, ¿le impide hacer su trabajo, quehaceres domésticos o ir a la escuela?
(marque una sola respuesta)

Sí 1
No 2

6. ¿Hay algún tipo de trabajo, quehacer doméstico o tarea escolar que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?

(marque una sola respuesta)

Sí 1
No 2

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido usted durante las dos últimas semanas.

(marque una casilla en cada pregunta)	Siempre 1	Casi Siempre 2	Muchas Veces 3	Algunas Veces 4	Sólo Algunas Veces 5	Nunca 6
7. Durante las últimas dos semanas, ¿cuántas veces su salud le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o parientes cercanos)?						

8. Durante las dos últimas semanas ¿cuántas veces...

(marque una casilla en cada pregunta)	Siempre 1	Casi Siempre 2	Muchas Veces 3	Algunas Veces 4	Sólo Algunas Veces 5	Nunca 6
a. estuvo muy nervioso?						
b. se sintió calmado y tranquilo?						
c. se sintió desanimado y triste?						
d. se sintió feliz?						
e. se sintió tan decaído que nada podía animarle?						

9. Durante las dos últimas semanas
¿cuántas veces...

(marque una casilla en cada pregunta)	Siempre 1	Casi Siempre 2	Muchas Veces 3	Algunas Veces 4	Sólo Algunas Veces 5	Nunca 6
a. se sintió lleno de vida?						
b. se sintió agotado?						
c. se sintió cansado?						
d. tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?						
e. se sintió agobiado por los problemas de salud?						
f. se sintió desanimado por sus problemas de salud?						
g. llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud?						
h. llegó a tener miedo dado su estado de salud?						

10. En las últimas dos semanas,
¿cuántas veces...

(marque una casilla en cada pregunta)	Siempre 1	Casi Siempre 2	Muchas Veces 3	Algunas Veces 4	Sólo Algunas Veces 5	Nunca 6
a. ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?						
b. ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?						
c. ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer una tarea durante mucho tiempo?						
d. ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?						

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

(marque una casilla en cada pregunta)	Totalmente Cierta 1	Muy Cierta 2	No lo sé 3	Muy Falsa 4	Totalmente Falsa 5
a. Estoy un poco enfermo.					
b. Estoy tan sano como cualquiera.					
c. Mi salud es excelente.					
d. Me encuentro mal últimamente.					

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

(marque una sola respuesta)

- Muy bien, no podrían haber ido mejor. 1
- Bastante bien. 2
- Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo. 3
- Bastante mal. 4
- Muy mal, no podrían haber ido peor. 5

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

(marque una sola respuesta)

- Mucho mejor. 1
- Algo mejor. 2
- Más o menos igual. 3
- Algo peor. 4
- Mucho peor. 5

GRACIAS.

CUESTIONARIO DE RECURSOS DE APOYO EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

El control de una enfermedad crónica puede representar un reto que requiere una prolongada inversión de tiempo. Es necesario tomar medicamentos diariamente, hacer ejercicio. Seguir una dieta específica, así como visitar constantemente al docto, lo que en conjunto tiene un importante impacto tanto en el paciente como en la gente que lo rodea. Los siguientes apartados hacen referencia a los múltiples recursos de los cuales el paciente puede hacer uso para controlar su enfermedad. Para cada pregunta elija la calificación que mejor describa sus expectativas en los últimos tres meses.

A = Nunca B = Algunas veces C = Frecuentemente

MÉDICOS Y EQUIPO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
1. - El doctor o cualquier otra persona encargada del cuidado de su salud (enfermera, nutriologo) se comunica con usted para explicarle lo que necesita para su control de su enfermedad			
2.- Que tan frecuente es que su médico tenga información sobre su padecimiento a través de periódicos, murales, folletos, etc.			
3.- Ha tomado junto con el doctor decisiones acerca de sus planes y metas para el control de su enfermedad			
4.- El doctor escucha como se siente y lo que piensa acerca de su enfermedad.			
5.- Durante su visita al doctor, éste responde sus preguntas, le asesora y controla sus preocupaciones			
6.- El doctor le explica el resultado de sus estudios (colesterol, presión sanguínea, glucosa, etc.).			
7.- Es importante el equipo médico para controlar su enfermedad.			

FAMILIA Y AMIGOS	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
8. – tiene parientes cercanos o amigos que le ayuden a ejercitarse			
9.- Ha encontrado en sus parientes o amigos alguien que ponga atención sobre lo que usted piensa acerca de su enfermedad			
10.- Su familia lo ha motivado para que realice lo necesario para el control de su enfermedad			
11.- Cuando sale con sus amigos o familiares, alguno de ellos le ha sugerido comidas adecuadas a su dieta.			
12.- Ha compartido alguna de sus dietas con amigos o familiares			

FAMILIA Y AMIGOS	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
13.- alguna persona cercana a usted le recuerda que tome sus medicamentos regularmente.			
14.- Algún familiar o amigo le ha preparado alguna vez una comida especial para su enfermedad.			
15.- Siente usted que la ayuda de algún familiar o amigo es importante para el tratamiento de su enfermedad.			
16.- se ha tomado el tiempo para hacer algo que usted disfrute o lo distraiga.			

INFORMACIÓN PERSONAL (CUIDADO DE SALUD)	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
17 – Se ha recompensado o felicitado por lo bien que maneja su enfermedad			
18.- Se ha acercado a aquellas personas que pueden ayudarlo en el control de su enfermedad			
19.- Ha platicado con la gente acerca de cómo pueden ayudarlo a llevar a cabo ciertas actividades para el cuidado de su salud.			
20.- Ha buscado experiencias que le puedan ayudar a mejorar su salud.			
21.- Ha buscado alguna ayuda no médica (oraciones, meditación, por ejemplo) que contribuya al control de su enfermedad.			
22.- Ha organizado su tiempo para llevar acabo adecuadamente todas sus actividades.			
23.- Considera importante mantenerse bajo control para el manejo de su enfermedad.			

COMUNIDAD	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
24. – Ha dado al menos un paseo por su colonia			
25.- Ha platicado con sus vecinos o con alguna otra persona que ha estado en contacto con personas que han padecido su enfermedad.			
26.- Ha intentado organizar con sus vecinos alguna fiesta en su comunidad			
27.- Ha encontrado alimentos de calidad (verduras, frutas, otros) para su dieta en la tienda donde normalmente realiza sus compras.			
28.- Ha salido a caminar o a practicar algún deporte acompañado por sus vecinos.			
29.- Ha platicado con alguien acerca de nuevas recetas de comidas adecuadas a su dieta.			
30.-.Considera que la comunidad en donde vive es importante para el manejo de su enfermedad			

LA ORGANIZACIÓN DE SU COMUNIDAD	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
31. – Ha ido a algún centro de salud a preguntar sobre la enfermedad que padece.			
32.- Ha preguntado acerca de comida adecuada a su dieta en cualquiera de los lugares donde ha comido.			

LA ORGANIZACIÓN DE SU COMUNIDAD	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
33.- Ha encontrado que existen grupos especiales en su comunidad de personas con su enfermedad, en donde lleva acabo diversas actividades (recreativas, por ejemplo)			
34.- Ha conocido gente agradable que padezca su enfermedad			
35.- Va a lugares en donde incluyen comida adecuada a su dieta.			
36.- El transporte público que utiliza para trasladarse es adecuado a sus necesidades y limitaciones.			
37.-Ha estado en parques para pasar un día de campo, para caminar o para otras actividades.			
38.-Considera importante las organizaciones de la comunidad para mejorar el manejo de su enfermedad			

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LOS SEGUROS	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
39. – Ha tenido un seguro médico que cubra el costo de terapias alternativas como quiroprácticas o medicina alternativa (naturista, acupuntura, homeopatía, etc.)			
40.- Ha leído artículos en periódicos o revistas de personas que han superado su enfermedad.			
41.- Ha tenido algún seguro médico que cubra la mayor parte de sus gastos en equipo médico.			
42.- Ha visto anuncios o publicidad que motiva a la gente a no fumar, a comer comida baja en grasas y a ejercitarse diariamente.			
43.- Ha visto o escuchado programas en televisión o en radio acerca de temas de salud y formas de vida.			
44.- Ha visto programas de noticias que promueven buenos hábitos de salud.			
45.-Ha utilizado el internet para la búsqueda de información relativa a su enfermedad y/o para compartir sus experiencias con otras personas.			
46.-Ha visto o escuchado programas de televisión o en radio acerca de la vida de personas que padecen su enfermedad.			
47.-Ha visto programas que expliquen su enfermedad de una manera profesional.			
48.- Considera importante tener un seguro médico y estar familiarizado con los medios de información para el manejo de su enfermedad.			

ASOCIACIONES COMUNITARIAS	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
49. – Ha llamado a alguna organización de salud para obtener información acerca de su enfermedad			
50.- Ha observado que gente de su iglesia, trabajo u otra organización lo entiende y apoya en los esfuerzos que usted realiza para manejar su enfermedad.			

ASOCIACIONES COMUNITARIAS	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
51.- Ha participado en marchas u otras actividades promovidas por alguna organización del cuidado de su salud (corazón, pulmón, artritis, diabetes, etc.)			
52.- Ha asistido a reuniones de beneficencia o de bajo costo (en iglesias, hospitales, por ejemplo) que lo han ayudado a entender su enfermedad.			
53.- Ha sido voluntario (a) para organizaciones locales o para algún tipo de causa para la salud.			
54.- Ha asistido a talleres de bienestar social o acondicionamiento físico			
55.-Ha llamado o visitado alguna organización de salud para obtener información a través de videos, revistas, folletos, etc.			
56.-Ha utilizado recursos de la comunidad como centros de salud, para el manejo de su enfermedad.			
57.-Considera importantes las organizaciones de salud para controlar su enfermedad.			

TRABAJO O EMPLEO (SI NO ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE VAYA A LA PREGUTA 65)	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
58.- Ha tenido un horario flexible que ha podido ajustarlo a sus necesidades para la atención de su enfermedad.			
59.- Su trabajo ha ofrecido programas de apoyo para su salud.			
60.- Su lugar de trabajo cuenta con reglas y políticas que le ayudan a manejar su enfermedad (áreas restringidas para fumar, tiempo para ejercitarse al aire libre, por ejemplo)			
61.- Sus colegas lo han suplido para que pueda salir y atender su enfermedad.			
62.- Ha tenido que decidir entre la importancia de su trabajo y su enfermedad.			
63.- Su jefe inmediato le ha permitido tener tiempo libre para el cuidado de su enfermedad.			
64.-Considera importante su lugar de trabajo y ambiente para el control de su enfermedad.			
65.- Por favor describa enseguida alguna otra experiencia que no ha sido mencionada en este cuestionario, que haya sucedido durante los últimos tres meses y que le ha ayudado a manejar su enfermedad.			

CUESTIONARIO DE ESTRÉS¹

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Lea con atención cada una de las siguientes preguntas. **Conteste las preguntas de acuerdo a sus experiencias en el último mes.** Escriba en el recuadro a la izquierda de cada oración, el número que mejor describa su situación de acuerdo a la escala que se presenta debajo de cada pregunta.

1. ¿Con qué frecuencia se sintió alterado(a) por la ocurrencia de eventos inesperados?

0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Siempre

2. Con qué frecuencia sintió que era incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?

0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Siempre

3. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso(a) o estresado(a)?

0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Siempre

4. ¿Con qué frecuencia se sintió confiado de su habilidad para manejar sus problemas personales?

4 Nunca 3 Casi nunca 2 Algunas veces 1 Frecuentemente 0 Siempre

5. ¿Con qué frecuencia sintió que las cosas iban como usted lo quería?

4 Nunca 3 Casi nunca 2 Algunas veces 1 Frecuentemente 0 Siempre

6. ¿Con qué frecuencia se sintió capaz de controlar las irritaciones o enojos en su vida?

4 Nunca 3 Casi nunca 2 Algunas veces 1 Frecuentemente 0 Siempre

7. ¿Con qué frecuencia se dio cuenta que no podía enfrentar todas las cosas que tenía que hacer?

0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Siempre

8. ¿Con qué frecuencia sintió que tenía las cosas bajo control?

4 Nunca 3 Casi nunca 2 Algunas veces 1 Frecuentemente 0 Siempre

¹ Rojas Russell, M.E. (2001). Instrumento para medir estrés basado en la percepción de control. FES Zaragoza

9. ¿Con qué frecuencia se enojó por cosas que estaban fuera de su control?

0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Siempre

10. ¿Con qué frecuencia sintió que las dificultades aumentaban al grado de no poder resolverlas?

0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Frecuentemente 4 Siempre

SUMA

OBSERVACIONES:

ESCALA DE EVENTOS VITALES

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: De la lista de eventos que se presenta a continuación y que hayan ocurrido en los últimos doce meses. Marque con una **X** el grado de molestia que estos le causaron. Utilice la siguiente escala y marque en los números de la derecha, aquel que indique la molestia que ese evento representó para usted en el momento en que ocurrió. Si en el último año no ha vivido alguno de estos eventos, pase a la siguiente. No marque o escriba en los paréntesis.

1. Ninguna molestia.
2. Poca molestia.
3. Regular molestia.
4. Mucha molestia

En los últimos doce meses, cuánto le afectó negativamente...

- | | |
|---|-------------|
| 1. Muerte del cónyuge. | 1 2 3 4 () |
| 2. Separación. | 1 2 3 4 () |
| 3. Divorcio. | 1 2 3 4 () |
| 4. Matrimonio | 1 2 3 4 () |
| 5. Reconciliación. | 1 2 3 4 () |
| 6. Terminación de un noviazgo o una relación similar. | 1 2 3 4 () |
| 7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda. | 1 2 3 4 () |
| 8. Embarazo deseado. | 1 2 3 4 () |
| 9. Embarazo no deseado. | 1 2 3 4 () |
| 10. Aborto provocado. | 1 2 3 4 () |
| 11. Aborto no deseado. | 1 2 3 4 () |
| 12. Relación sexual fuera del matrimonio. | 1 2 3 4 () |
| 13. Ruptura de la relación sexual fuera del matrimonio. | 1 2 3 4 () |
| 14. Dificultades sexuales. | 1 2 3 4 () |
| 15. Dificultades con la educación de los hijos. | 1 2 3 4 () |
| 16. Hijos bajo el cuidado de otra(s) persona(s). | 1 2 3 4 () |
| 17. Muerte de un familiar cercano | 1 2 3 4 () |
| 18. Enfermedad o agravamiento de un miembro cercano de la familia. | 1 2 3 4 () |
| 19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia. | 1 2 3 4 () |
| 20. Abandono del hogar de un miembro de la familia. | 1 2 3 4 () |
| 21. Desintegración familiar (separación de los padres). | 1 2 3 4 () |
| 22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa. | 1 2 3 4 () |
| 23. Desaparición de problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa. | 1 2 3 4 () |
| 24. Dejar la casa por un tiempo. | 1 2 3 4 () |
| 25. Hijos lejos o fuera del hogar. | 1 2 3 4 () |
| 26. Quedarse sin trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 27. Jubilación. | 1 2 3 4 () |
| 28. Despido del trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 29. Cambio de trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 30. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de la casa. | 1 2 3 4 () |
| 31. Ascenso en el trabajo. | 1 2 3 4 () |

- | | |
|--|-------------|
| 32. Problemas con los superiores en el trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 33. Nuevo empleo en el mismo tipo de trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 34. Nuevo empleo en otro tipo de trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 35. Cambio de horario en el trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo. | 1 2 3 4 () |
| 37. Préstamo o hipoteca de más de 10 mil pesos. | 1 2 3 4 () |
| 38. Aumento de ingresos (25%). | 1 2 3 4 () |
| 39. Reducción sustancial de ingresos (25%). | 1 2 3 4 () |
| 40. Problemas legales que pudieran terminar en encarcelamiento. | 1 2 3 4 () |
| 41. Problema legal menor (multas, borracheras). | 1 2 3 4 () |
| 42. Complicación en una pelea. | 1 2 3 4 () |
| 43. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama. | 1 2 3 4 () |
| 44. Muerte de un amigo. | 1 2 3 4 () |
| 45. Cambio de casa. | 1 2 3 4 () |
| 46. Compra de casa. | 1 2 3 4 () |
| 47. Accidente o situación de violencia física. | 1 2 3 4 () |
| 48. Éxito personal muy grande. | 1 2 3 4 () |
| 49. Exámenes. | 1 2 3 4 () |
| 50. Cambios en la casa. | 1 2 3 4 () |
| 51. Cambios en las costumbres personales (diversiones, vestido, estilo de vida, etc). | 1 2 3 4 () |
| 52. Cambio en opiniones religiosas. | 1 2 3 4 () |
| 53. Cambio en opiniones políticas. | 1 2 3 4 () |
| 54. Cambio en costumbres sociales. | 1 2 3 4 () |
| 55. Cambio en el ritmo de sueño. | 1 2 3 4 () |
| 56. Cambio de apetito o de costumbres alimenticias. | 1 2 3 4 () |
| 57. Vacaciones fuera de casa. | 1 2 3 4 () |
| 58. Fiesta de navidad y reyes. | 1 2 3 4 () |
| 59. Problemas relacionados con el alcohol y las drogas. | 1 2 3 4 () |
| 60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico. | 1 2 3 4 () |
| 61. Deterioro repentino en la vista o el oído. | 1 2 3 4 () |
| 62. Si recuerda otro(s) evento(s) que le haya afectado, y que no haya sido mencionado, puede escribirlas aquí: | 1 2 3 4 () |

UCV

: _____