



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**"ACTIVIDADES DE LA VIDA
Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON VIH /SIDA.
ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA UN
CUIDADO INTEGRAL"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
LETICIA CRUZ CASTAÑEDA

CON NÚMERO DE CUENTA:
09225679-4



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
DIRECTORA DE TESIS: INTRA, CRISTINA MÜGGENBURG R. V.
ASESOR CLÍNICO: CORA, JYANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA

Servicio Social



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Vo.Bo.



MTRA. CRISTINA MÜGGENBURG R. V.
DIRECTORA DE TESIS

Autorizo a la Dirección de
UNAM a difundir en formato digital
el contenido de mi tesis
NOMBRE: Leticia
Cruz Castañeda
FECHA: 13/ Noviembre/ 2002
FIRMA: [Handwritten Signature]

AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar,
A Ti, que le das sentido a mi vida
que con amor, bondad y paciencia me has formado,
A Ti, a quien no se como agradecer y las palabras no bastarian para expresar todo lo que
esta en mi corazón, pues cada día de mi vida lo has hecho especial,
A ti que me has permitido terminar uno de mis sueños
Quiero decirte que te dedico mis logros,
Y que **TE AMO SEÑOR JESUS***

*A Ti, que me amas, que me has dado todo lo que tienes
y por quien puedo culminar lo que inicié,
A Ti, que en noches de desvelos me acompañas y me brindas tú apoyo
A Ti, que con cariño me cuidas y que eres de las bendiciones
más grandes que Dios me pudo dar.
A TI MAMA*

*A mi mejor amiga y confidente,
A quien le debo mucho de lo que soy
A quien con su entusiasmo, cariño, ejemplo y consejos
me impulsa a seguir .
A MI ABUELITA LUCINA.*

*A quien me ha enseñado desde niña con el ejemplo,
ha servir, amar y respetar,
A quien me enseñó a amar a Dios, a mi familia y a esta hermosa carrera,
a una Gran Tía, Amiga, Persona, y Enfermera.
MI TÍA LIDIA.*

*A quienes me han visto crecer y han crecido conmigo,
con quienes he compartido triunfos , derrotas, decepciones, y emociones,
quienes forman una parte esencial de mi vida y sin los cuales no hubiese podido seguir
A MIS TIOS Y PRIMOS ¡GRACIAS!*

*A Ti, que has sido mi amiga, compañera, confidente
y un gran apoyo en toda mi carrera.*

Que Dios te Bendiga

ARACELI

*A una persona extraordinaria,
Que me dedicó su tiempo y me brindó su confianza,
A quien me ayudó en este proyecto.*

MTRA. CRISTINA MUGGENBURG

*A quienes me brindaron sus conocimientos, confianza y apoyo
Siempre con una sonrisa*

DRA. EVANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA

DRA. ISOLINA FUENTES CANSECO

DR. JORGE ESCOBEDO

A quienes me proporcionaron sus conocimientos, para lograr esta meta
MAESTROS. DE LA ENEO

*A quienes me enseñaron a ver la vida de otra manera,
como una oportunidad nueva cada día,
A quienes me enseñaron el valor de la salud
A quienes me confiaron parte de sus vida y experiencias
Sin los cuales, este trabajo no se hubiera realizado.*
A LOS PACIENTES CON VIH/SIDA

ÍNDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO DE REFERENCIA	
1. VIH/SIDA	3
2. ENFERMERÍA	7
3. MODELO ROPER- LOGAN TIERNEY	9
4. ACTIVIDADES DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA	12
5. DEPRESIÓN Y PACIENTE CON VIH/SIDA	17
III. JUSTIFICACIÓN	22
IV. ANTECEDENTES	24
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
VI. OBJETIVOS	28
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	29
VIII. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
IX. RESULTADOS	34
X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
XI. CONCLUSIONES	49
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
XIII. BIBLIOGRAFÍA	54
XIV. ANEXOS	
> CUADROS	
> GRÁFICAS	
> CUESTIONARIO	

I. INTRODUCCIÓN

EL VIH/SIDA es en la actualidad una enfermedad que ha transformado al mundo ya que es más que un problema de salud pública, pues se ha convertido en un problema de desarrollo humano, dado el impacto social, psicológico, y físico que tiene.

Dentro de las repercusiones físicas se sabe que las personas con VIH/SIDA poseen cierta predisposición o vulnerabilidad a enfermedades infecciosas, pero también contribuyen a su aparición las reacciones emocionales del individuo, principalmente la depresión, ya que están estrechamente relacionadas con los procesos psicofisiológicos asociados mediados en gran parte por la activación del sistema nervioso autónomo.

La depresión disminuye la función inmunológica y como consecuencia precipita o exacerba estos trastornos y en contrapartida, la alegría, el buen humor, la solidaridad, la empatía y la esperanza son antídotos naturales que preservan la salud física y mental.

La depresión influye de forma importante en la calidad de vida, progresión de la discapacidad y en la capacidad de recibir una buena atención médica. Por lo que el cuidado de un enfermo con SIDA es un gran reto, y requiere de principios que orienten, den sentido y unifiquen las múltiples tareas, acciones y estrategias, para estandarizar los cuidados básicos que se les debe proporcionar a estos enfermos, con el objeto de minimizar los impactos negativos y maximizar los beneficios para las personas que viven con VIH/SIDA.

Es importante reconocer que no se pueden establecer guías rígidas de atención y un tratamiento universal, por lo que este manejo deberá ser individualizado y en coordinación con otros profesionales de la salud, con la finalidad de mantener durante el mayor tiempo posible condiciones de vida lo más cercano a lo habitual, esto es que le permitan desempeñar sus actividades de la vida diaria, ayudarlo a adquirir su independencia, educarlo, capacitarlo y prepararlo a él y a su familia para ejercer su autocuidado.

Por lo que el presente trabajo estará enfocado a dar a conocer las características generales de estos enfermos, el estadio clínico de la enfermedad, la existencia de depresión y los cambios en las actividades de la vida diaria, a partir del diagnóstico, estas dos últimas siendo la respuesta humana que tiene cada individuo para hacer frente a la situación, con el fin de detectar áreas específicas de la intervención del **profesional de Enfermería**, que sirvan para la implementación de intervenciones para ayudar a la disminución de la carga emocional y así poder modificar constructivamente ideas, preocupaciones y emociones que rescaten los aspectos saludables y mejoren la adherencia al tratamiento, enfocando a que de manera equilibrada y viable, el paciente aproveche y disfrute su vida, garantizando así un cuidado **Integral**.

II. MARCO DE REFERENCIA

1. VIH /SIDA

EL VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (Síndrome Inmuno-Deficiencia Adquirida) es en la actualidad una enfermedad que ha transformado al mundo, ya que es más que un problema de salud pública, pues se ha convertido en un problema de desarrollo humano que amenaza la seguridad y la paz de las naciones debido a sus múltiples repercusiones.

México ocupa el decimotercer lugar en cuanto al número de notificados mundialmente y el tercero en el continente Americano.¹ Pues a partir de 1983 que se notificaron los primeros casos, cada día hay nuevos casos; solamente de enero del año 2000 a junio del 2001 se notificaron 6393 nuevos casos. Considerando el incremento de casos, además estimando el subregistro, el retraso en la notificación y el conocimiento de enfermos a través de los certificados de defunción; así como las implicaciones sociales, laborales, familiares, y económicas que rebasan todos los pronósticos, esto nos permite comprender mejor la dinámica actual con respecto a esta enfermedad.^{2,3}

El VIH forma parte de la familia de retrovirus con una gran diversidad genotípica, es frágil, sobrevive muy mal y muy poco tiempo fuera de un organismo. Es un virus muy sensible al calor (no soporta más de 60° C). Por este motivo, para infectar el organismo, el virus debe penetrar en su interior y entrar en contacto con la sangre del individuo expuesto. Parece que la transmisión necesita una cantidad mínima de virus o un "umbral" para provocar una infección. Por debajo de ese umbral, el organismo consigue librarse del virus y le impide instalarse en él.

EL VIH ha sido encontrado en la sangre, esperma, saliva, lágrimas, tejido nervioso, leche materna, y secreciones del tracto genital. Sin embargo está probado que son *la sangre, el esperma, las secreciones del tracto genital, y la leche materna, los que transmiten la infección a otros.*⁴

Por lo que las principales vías de transmisión son:

- Contacto sexual (incluyendo el sexo anal, vaginal y oral)
- Exposición parenteral (transfusiones o aguja infectada)
- Vertical (transplacentaria, perinatal y lactancia materna)
- Otros métodos más raros de transmisión incluyen el pinchazo accidental con una aguja infectada, la inseminación artificial, y trasplantes.⁵

La infección *no se transmite* por contacto casual tal como abrazar o tocar, ni por objetos inanimados tales como asientos de servicio o platos, ni por mosquitos, inicialmente conocida como Enfermedad de Homosexuales, ya se sabe hoy día que dicho virus no respeta raza, religión, edad, sexo, nivel económico, inclinación u orientación sexual.

El Virus causante de esta enfermedad posee la enzima transcriptasa inversa, capaz de transformar en la célula el ARN vírico en ADN complementario y de integrarlo en el genoma de la célula infectada. El VIH infecta a las células del sistema inmune (dedicado a la protección del organismo) y del sistema nervioso. La destrucción de estas células y su pérdida funcional explica la mayor parte de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Si el sistema inmune es fuerte y puede ir regenerando los linfocitos destruidos; en esta etapa los síntomas no se presentan, pero llega un momento en que el no pueden frenar el avance y entonces el riesgo de aparición de enfermedades oportunistas es elevado.

La infección por el virus VIH *no significa padecer el SIDA*, el período transitorio entre la infección y la enfermedad puede durar muchos años sin notar síntomas, encontrarse bien y tener buen aspecto esto dependerá de una serie de elementos de orden hereditario y personal. Esta situación de infección sin enfermedad es a lo que se denomina personas seropositivas, ya que pueden contagiarlo a otras personas.⁶

Las Manifestaciones Clínicas de la infección primaria son principalmente:

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| ➤ Fiebre >38°C | ➤ Meningoencefalitis |
| ➤ Faringitis | ➤ Exantema |
| ➤ Linfadenopatías | ➤ Neuropatía Periférica |
| ➤ Mialgias | ➤ Náusea |
| ➤ Cefalea | ➤ Vómito |
| ➤ Dolor retro-ocular | ➤ Anorexia |
| ➤ Fotofobia | ➤ Diarrea |

En este tipo de pacientes es sumamente importante la **prevención de enfermedades oportunistas y/o complicaciones**, ya que mejora la calidad de vida y prolonga el tiempo de sobrevida, dentro de los más frecuentes encontramos:

- *Diarrea.* (Clínicamente puede distinguirse entre diarrea aguda, intermitente y crónica.)
- *Síndrome de desgaste.* (Definido como la pérdida involuntaria > 10% del peso corporal y/o diarrea crónica (2 o más evacuaciones líquidas por más de 30 días) y/o debilidad crónica, y/o fiebre. (documentada por más de 30 días continua o intermitente) en ausencia de enfermedad que pueda explicar el cuadro. (Ej. Tuberculosis, cáncer, etc.)
- *Infección de Vías Respiratorias.*
- *Manifestaciones Bucales.* (Estas pueden deberse a infecciones tanto bacterianas, micóticas, virales, neoplásicas, u otras.)
- *Tuberculosis*
- *Manifestaciones dermatológicas.*
- *Linfadenopatía*
- *Neoplasias oportunistas* (causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en estos pacientes)
- *Sarcoma de Kaposi*
- *Linfoma*⁷

Para la realización de un adecuado diagnóstico se debe realizar:

- *Historia Clínica* determinando factores/ conductas de alto riesgo.
- La prueba de "ELISA" (enzima-linked immunosorbent assay) y "Western Blot" técnica utilizada para la confirmación debido a su especificidad.
- Además se realizan *contajes de linfocitos CD4* para saber la afectación del sistema inmune. Y *PCR*, (Reacción de la Cadena de la Polimerasa) que permite medir la cantidad de virus VIH en la sangre, lo que a su vez es un reflejo de la cantidad de virus que existen en todo el organismo.⁸

Para una *adecuada atención* se puede buscar *presencia de indicadores de enfermedad* (Ejemplo: Neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis, etc) y utilizar procedimientos diagnósticos (biopsia y estudios de gabinete). Además se realiza una *prueba neuropsicológica* para identificar deficiencias cognitivas relacionadas con el complejo demencial del SIDA.⁹

En la actualidad no se sabe si el organismo humano puede volverse inmune a las infecciones por VIH, para la búsqueda de una vacuna, sé esta trabajando en encontrar fases del virus que parecen oponerse a las mutaciones y variar poco de una cepa a otra, pero actualmente solo existe una gran variedad de fármacos antivirales, para tratar de limitar la reproducción del virus, en los que se encuentran: *zidovudina (azt)*, *indinavir*, *saquinavir*, *ritonavir*, *rivabirina*, entre otros.

Pero el tratamiento para estos pacientes esta enfocado principalmente a cuidar la calidad de vida y la prevención de enfermedades oportunistas, ya que la letalidad de esta enfermedad aún es el 100% por lo que el tratamiento requiere de la participación de muchas áreas de la salud, como Medicina, Infectología, Gastroenterología, Neurología, Cirugía, Psiquiatría, Psicología, Odontología, *Enfermería*, y Trabajo Social, entre otras.¹⁰ Donde los *cuidados de apoyo*, como el tratamiento a enfermedades especiales, apoyo nutricional, paliativos para el dolor, tratamiento dental, *apoyo psicológico* y psiquiátrico son indispensables.¹¹

2. ENFERMERÍA

Reconociendo el impacto de la pandemia del VIH/SIDA en el ámbito mundial y en México, dado por la magnitud de la infección, trascendencia y vulnerabilidad de la población, se ha dado la necesidad de consolidar un proceso de transformación, que requiere de principios que orienten, den sentido y unifiquen las múltiples tareas, acciones y estrategias para estandarizar los cuidados básicos que se les debe proporcionar a estos enfermos, con el objeto de minimizar los impactos negativos y maximizar los beneficios para las personas que viven con VIH/SIDA, dando así una atención integral.

Así que con base en el conocimiento *de las características generales de estos enfermos, el estadio clínico de la enfermedad y la respuesta humana que tiene cada individuo para hacer frente a la situación*, el cuidado de un enfermo con SIDA es un gran reto; debido a la diversidad y el deterioro inmunológico con el que se presenta. De tal manera que se deben planificar cuidados que aborden todas las facetas posibles por las que cursara en algún momento el paciente.

Para el manejo de un paciente con VIH/SIDA es importante reconocer que no pueden establecerse guías rígidas de atención y un tratamiento universal, por lo que este manejo deberá ser *individualizado* y en coordinación con otros profesionales de la salud, con la finalidad de mantener durante el mayor tiempo posible condiciones de vida lo más cercano a lo habitual, esto es que le permitan desempeñar sus *actividades de la vida diaria*, ayudarlo a adquirir su independencia, educarlo, capacitarlo y prepararlo a él y a su familia para ejercer su autocuidado.

La enfermera deberá estar familiarizada con el avance de la infección por el VIH, así con los signos y síntomas de infecciones y neoplasias oportunistas. La enseñanza es muy importante y el tratamiento oportuno, ya que puede alterar el avance de la infección. Por lo que es importante contar con planes de educación para los pacientes y familiares del enfermo, pues la educación puede ser el arma más poderosa para combatir, reducir y prevenir la transmisión así como el temor relacionado con el VIH/SIDA.

El papel del **profesional de enfermería** en el paciente que se encuentra asintomático, radica en establecer programas sanitarios, *con visión de mejorar su calidad de vida a través de la prevención primaria y los cuidados específicos*. Si el paciente se encuentra en fase terminal de la enfermedad, la actuación del profesional de enfermería estará

dirigida a *ayudar y mantener el bienestar del paciente y su familia*, a través de una comunicación eficaz basada en la *comprensión, atención individualizada y oportuna*, dirigida a *disminuir al sufrimiento espiritual*. En la asistencia al paciente moribundo, la responsabilidad del profesional de enfermería, implica atender las *necesidades físicas del paciente y sus problemas psicológicos y sociales*.¹²

Debemos recordar que la enfermería ayuda a una persona a alcanzar su polo de independencia personal, en el continuo de cada actividad de la vida diaria, ayudándole a permanecer allí, a enfrentarse en cualquier movimiento hacia los polos de independencia, y en algunos casos hacia el polo de dependencia y dado que el hombre es finito, a ayudarlo a morir con dignidad. Tomando en cuenta que el *cuidado integral e individualizado* del paciente es una prioridad, ya que no debe pasar por alto el sufrimiento y las repercusiones en la vida que representa el tener una enfermedad.

Como profesional de enfermería es necesario que no sólo nos enfoquemos al cuidado del aspecto físico tomando medidas universales para la protección del paciente y la nuestra, sino que no olvidemos que nuestra labor y privilegio, es proporcionar al paciente un *cuidado integral*, ayudándolo a tener una calidad de vida, donde su dignidad de ser humano pueda respetarse. Entendiendo que el *cuidado integral de enfermería* se sustenta en una relación de interacción humana y social que incluye los aspectos físicos, psicosociales y espirituales del individuo, familia y sociedad.

Para lograr esto enfermería se ha basado en diferentes teóricas, una de ellas es el Modelo de *Roper-Logan-Tierney*, que nos dice que enfermería tiene como objetivo principal intentar causar la mínima alteración en el proceso vital habitual del individuo, y que el individuo mantenga o recupere la independencia y las actividades vitales, o que se enfrente con éxito a un cambio en la dependencia- independencia.¹³

3. "MODELO ROPER-LOGAN-TIERNEY"

Este modelo empezó a desarrollarse para reflejar la imagen de la enfermería, proporcionando una estructura clara para que las enfermeras prestaran sus cuidados y el razonamiento en el cual basar sus cuidados. Nancy Roper ideó un modelo de vida en el cual basar su modelo de enfermería, en la suposición de que la mayor parte de los individuos requieran cuidados de enfermería, así pues la enfermería debía reflejar el modelo de vida del paciente a fin de que causara una alteración mínima en la misma.

CONCEPTOS CLAVE DEL MODELO:

El ciclo vital: En este concepto se considera al ser humano participando de un proceso vital, desde la concepción hasta la muerte, cambiando y desarrollándose continuamente durante todo el ciclo, y se describen 8 etapas de desarrollo:

- 1) Prenatal (de la concepción al nacimiento)
- 2) Infancia (del nacimiento a los 5 años)
- 3) Niñez (de 6 a 12 años)
- 4) Adolescencia (de 13 a 18 años)
- 5) Principio de la edad madura (de 19 a 30 años)
- 6) Edad mediana (de 31 a 45 años)
- 7) Edad adulta tardía (de 46 a 65 años)
- 8) Vejez (más de 66 años)

Actividades de la vida: El ser humano lleva a cabo a lo largo de su vida diferentes tipos de actividades, descritas como actividades vitales o de la vida y han sido descritas como actividades de comodidad, preventivas y de búsqueda. Las actividades de *comodidad* incluyen actividades tales como acostarse temprano con un buen libro, mientras que una actividad *preventiva* es evitar a las personas resfriadas para no verse en esa situación; las actividades de *búsqueda* incluyen la búsqueda de conocimientos mediante la lectura o bien buscar ayuda cuando se reconoce necesario. Las 12 actividades vitales identificadas en el modelo son:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| ➤ Mantener un ambiente seguro | ➤ Comunicarse |
| ➤ Respirar | ➤ Realizar limpieza |
| ➤ Movilizarse | ➤ Controlar la temperatura corporal |
| ➤ Aspecto personal | ➤ Trabajar |
| ➤ Divertirse | ➤ Expresar la sexualidad |
| ➤ Dormir | ➤ Morir |

El continuo dependencia- independencia: Esta relacionado con el hecho de que hay momentos en la vida en que un individuo no puede realizar sus actividades por si mismo y se reconoce la intervención de enfermería. Los dos polos están totalmente identificados y para actividad vital, los criterios mediante los cuales debe valorarse el grado de dependencia deben ser definidos por la enfermera basándose en normas clínicas, de desarrollo y sociales, teniendo en cuenta también la individualidad del paciente.

Factores que influyen: Aunque estas actividades están supuestas y no pueden ser aisladas, resulta útil describirlas por separado. Se considera que las actividades están influidas por factores, tales como: físicos, psicológicos, socioculturales, políticos, económicos y ambientales.

La individualidad: Es necesario recordar que la base para planear un cuidado es individualizar, como componente del modelo dependen de todos los otros, poniendo de relieve la interdependencia de todas las partes del mismo.

Aunque en este modelo no exista una definición de salud expresada claramente, al parecer se considera que la salud es la capacidad para llevar a cabo todas las actividades de la vida diaria de una manera aceptable para el individuo y para la sociedad en la que vive, sin causarse daño a sí mismo o a los demás, a fin de satisfacer sus necesidades humanas básicas. También se considera que es adaptarse satisfactoriamente a las dificultades de la vida diaria o bien a las consecuentes necesidades de adaptarse a diferentes grados de dependencia.

En este modelo es de vital importancia el Proceso Atención de Enfermería.

En el que la Valoración consiste en recoger y revisar la información acerca del paciente e identificar los problemas que fueran susceptibles de ser sometidos a la intervención de enfermería.

La obtención de la información será biográfica, incluyendo informaciones clínicas, pero la mayor parte estará relacionada con las actividades de la vida, ya que este marco permite a la enfermera recoger información sobre el modo en que se realizan las actividades de la vida. Las preguntas ¿Cómo? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuándo? proporcionan una ayuda para la elaboración de una imagen completa y pueden permitir que esta revele no solo la frecuencia de esta actividad, sino también el alcance de sus conocimientos o ansiedades sobre esta función.

Así la identificación de problemas suelen ser reconocidos por los pacientes, además de los notados por enfermería y los que vienen por el tratamiento deben valorarse.

La planeación e implementación de los cuidados incluye el establecimiento de objetivos y la selección de acciones de enfermería encaminadas a ayudar al paciente a prevenir, resolver y aliviar los problemas o a enfrentarse con aquellos que no se pueden resolver ya que la principal intención es de provocar al paciente el mínimo número de interrupciones para que lleve a cabo sus actividades de la vida.

Y al final poder evaluar dichas actividades.¹⁴

4. ACTIVIDADES DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON VIH/ SIDA

Debido a que el VIH es una enfermedad que pone la vida en peligro y para la cual la medicina convencional no ha encontrado una cura, el enfoque de enfermería deberá estar en dar un cuidado holístico que sea a la vez integral y agresivo para combatir al VIH, ya que el diagnóstico, los resultados de laboratorio, las altas y bajas en las defensas del organismo y la cantidad de virus presente en la sangre, el inicio o cambio del tratamiento, los efectos secundarios, obligan al paciente a tomar decisiones rápidas, cambiar hábitos, acostumbrarse a una disminución de habilidades o capacidades, modificaciones hechas directamente a su estilo de vida.

El *Trabajo* suele ser una actividad que consume gran parte de las horas de vigilia del individuo, ya que implica actividad física o intelectual y suele ser necesario para la *motivación*, pero también podría convertirse en perjudicial cuando se efectúa en exceso.¹⁵ La experiencia ha demostrado que es aconsejable que las personas con infección o enfermedad (VIH) permanezcan trabajando siempre que sea posible. Hay ciertamente una ventaja económica en llevarlo a cabo, no trabajar significa para la mayoría un riesgo muy reducido en un momento en que la *flexibilidad económica* puede ser muy importante.

Hay otra razón importante para permanecer en el trabajo, si es una opción realista, el trabajo proporciona una rutina y distracción sobre los traumas del diagnóstico o la infección. Después del periodo inicial de aceptación de la infección, para la mayoría de las personas llegará el momento en que se adapten a su vida, para comenzar a vivir con VIH /SIDA, o ambos.¹⁶

Pros

Ingreso regular
Actividad rutinaria

Satisfacción

Ver con regularidad a los
amigos

Contras

Estrés por las exigencias del trabajo
Incertidumbre sobre la capacidad futura para
trabajar

Dificultades con las reacciones de los
compañeros

Limitaciones físicas

La *Diversión* suele ocupar también gran parte de la vigilia del individuo y es un aspecto importante que es parte de la decisión para tomar el control consciente de la vida, es la determinación de hacer algunas cosas por diversión o placer. En una vida llena de exigencias sobre el tiempo y la energía, quizá sea necesario revalorar las razones para preocuparse, actuando y reaccionando al acumulo de responsabilidades que parece acumular la persona.¹⁷

Las personas con VIH/SIDA poseen cierta predisposición o vulnerabilidad a enfermedades infecciosas, pero también contribuyen a su aparición los **estresores psicosociales** que "*bajan las defensas*", que están estrechamente relacionados con los procesos psicofisiológicos asociados al estrés, mediados en gran parte por la activación del sistema nervioso autónomo. Los procesos estresantes deprimen la función inmunológica y como consecuencia se precipitan o exacerbaban estos trastornos.¹⁸ y en contrapartida, *la alegría, el buen humor, la solidaridad, la empatía y la esperanza son antídotos naturales que preservan la salud física y mental.*¹⁹ De ahí la importancia de la diversión en este tipo de pacientes.

El mantener un *ambiente seguro* o mantener *cuidados a la salud* es de vital importancia en los pacientes con VIH/SIDA ya que es la actividad que el individuo realiza para protegerse a sí mismo y a su *familia*, tales como prevenir accidentes e infecciones en el hogar o en el trabajo. Cuando una persona requiere cuidados de enfermería se debe valorar la capacidad para mantener su propia seguridad en el contexto de su enfermedad, tratamiento, etc.²⁰ Sabemos que el VIH no se transmite por compartir loza, cuartos de baño, toallas, saludar o abrazar, pero hay que considerar las fuentes de riesgo.²¹

Una preocupación de muchas personas con VIH es la de contagiar a su *compañero(s)*, si bien abundante evidencia sugiere que los hombres son más propensos a transmitir el VIH que las mujeres, también las mujeres pueden contagiar a compañeros sexuales, pero la prevención no consiste únicamente en asumir protecciones para que otra persona no adquiera el VIH; involucra también el protegerse a sí mismo de otras infecciones nocivas. Existen numerosas infecciones comunes y graves contra las cuales se pueden tomar algunas medidas.²² Pues vivir con VIH significa adoptar una estrategia positiva de acción en lugar de una estrategia pasiva de aguardar lo peor.²³

La **comunicación** es una parte esencial de la interacción social, incluye la comunicación por todos los medios —escribiendo, leyendo, hablando— y todas las formas de comunicación no verbal. Los problemas pueden estar relacionados con causas físicas o bien emocionales. Los sentimientos, ansiedades y dolor son comunicados verbal o no verbalmente, consciente o subconsciente.²⁴

En el paciente con VIH/SIDA, dado el estigma social que se le da a esta enfermedad, puede bastar que alguien se entere que una persona se encuentra infectada para que, al igual que la mecha de una dinamita provoque una reacción en cadena, y los comentarios se diseminen incontrolablemente. Por lo que no solo él *sufre la discriminación* sino también los familiares del enfermo, *además de comenzar a perder a sus amigos, sus compañeros de trabajo, e incluso hasta sus familiares.*²⁵

El proceso de auto-aceptación puede ser un camino muy difícil y doloroso, producto de toda la carga negativa recibida sobre el VIH/SIDA, por lo que *algunos preferirán ocultarlo hasta la muerte, o tal vez lo compartirán con amigos cercanos, o tan solo con la pareja, y por último con la familia.*

Con respecto a comunicar la situación a la **familia**, el paciente suele tener dudas, miedo al rechazo y al dolor que éste puede producir, o bien la familia forma un pacto de silencio, donde se sabe pero no se habla. Para con la **pareja** el decir o no diagnóstico suele ser un problema ya que sienten miedo al abandono, culpa, se sienten como una carga o no se sienten comprendidos.

Con los **amigos** el decir el diagnóstico puede provocar la desaparición o pérdida de estos, por lo que suelen preguntar ¿Lo digo o no? y ¿a quién? por lo que se limitan a la hora de establecer relaciones nuevas, con reducción de su entorno, por el posible rechazo y miedo a perder la confidencialidad. En el **ámbito laboral** suelen tener miedo al rechazo y al despido o bien suelen tener ansiedad por la pérdida de capacidad física y psíquica o limitación de iniciativas y trabajos específicos y eso puede provocar la pérdida de prestigio social, recursos económicos y autonomía.²⁶

Por lo que en muchos centros de salud y hospitales públicos, donde se atienden las personas con VIH/ SIDA, se han formado *grupos de pacientes*, llamados de *"autoayuda"*, y constituyen uno de los fenómenos característicos de la epidemia de SIDA. Se reúnen de manera autogestiva para intercambiar tips sobre cuestiones prácticas y soporte emocional, lo cual suele darles confianza, tranquilidad y sobre todo un alto grado de

información. Además tienen la consecuencia positiva de saber que no se está solo, lo cual es muy importante ante una noticia difícil de aceptar.²⁷

EL *arreglo personal* esta relacionado directamente con la cultura, aspectos sexuales y psicológicos del individuo.²⁸ En el paciente con VIH /SIDA estará directamente relacionado con su estado emocional y físico, ya que si se encuentra en un estado deprimido sufrirá de falta de expectativas del futuro, aunado a la preocupación por los síntomas, limitaciones, vulnerabilidad física y emocional, y la presencia de la muerte, se verán directamente en su ánimo para arreglar y cuidar su persona.

La movilidad y *ejercicio* se refieren a todos los movimientos musculares grandes y pequeños, que influyen en las actividades. Las personas que no están confinadas temporalmente a la cama o una silla quizá podrían pasar algunos minutos diarios haciendo ejercicios.²⁹ *El ejercicio físico ha demostrado su utilidad para mejorar la salud y como medio de apoyo eficaz para el tratamiento del VIH.* Para las personas con VIH que estén libres de síntomas, el ejercicio aeróbico regular y vigoroso, en sesiones de 30 a 45 minutos, unas tres a cuatro veces a la semana, es un medio excelente de ejercitar el sistema cardiovascular. Ejemplos de estos ejercicios aeróbicos son trotar, montar en bicicleta, bailar, clases de aeróbicos, nadar, esquiar a campo traviesa, patinar, juegos como el fútbol o el básquetbol.

Un programa de aeróbicos acondiciona el corazón y los pulmones, además de combatir la depresión al aumentar los niveles de endorfinas, y *según se ha observado en varios estudios, aumenta efectivamente el recuento de células CD4+* (un indicador de la fortaleza del sistema inmunológico). Un estudio también mostró que las personas que hacían ejercicio regularmente tenían una menor incidencia de infecciones oportunistas y un mejor manejo del estrés. Sin embargo, los maratones y otros tipos de ejercicios que implican demasiado esfuerzo han debilitado algunas veces el sistema inmunológico de las personas. Los ejercicios de resistencia (como el uso de pesas y máquinas) forman masa muscular, *ayudan a preservar el peso corporal magro y promueven una mejor salud.*

Para quienes presenten síntomas o se estén recuperando de una enfermedad, es importante un programa específico de ejercicios. *Pero sin importar cuál sea el estado de salud, siempre se debe comenzar lentamente e ir aumentando la intensidad gradualmente, en la mayoría de los casos, hacer algo de ejercicio es mucho mejor que no hacer nada.*³⁰

El *Sueño* o el *Dormir* permite al organismo "recargar sus baterías" si no se duerme lo suficiente, simplemente se eliminan sus recursos. Hay ocasiones en que una persona no puede dormir, quizá por un periodo de actividades sociales o diversiones intensas, después de todo, es importante disfrutar la vida siempre que es posible, pero se debe asegurar que después habrá tiempo para recuperar el sueño perdido, y aunque con frecuencia no parezca suficiente, esta es una actividad que consume alrededor de un tercio de la vida. La cantidad de sueño requerida varía entre los individuos. Desde el punto de vista de enfermería, es útil conocer el patrón de sueño habitual de un paciente, a fin de saber si su enfermedad le está afectando el sueño.³¹

El sueño en los pacientes con VIH suele estar afectado por las dimensiones psicobiológicas tanto de la enfermedad, como de la **depresión**. En primer lugar, las personas con VIH tienen un sueño menos eficaz, caracterizado por despertares más frecuentes durante el periodo de sueño o la noche. En segundo lugar, en estas personas se observa una tendencia a que aparezcan más fases de sueño profundo.

Los patrones del sueño en las personas que sufren depresión se pueden diferenciar del patrón típico de sueño. Aproximadamente el 90% de personas diagnosticadas de trastorno depresivo mayor, tienen alguna alteración del sueño.³²

Con respecto a la **expresión de la sexualidad** que incluye aspectos relacionados con los órganos sexuales o su función.³³ Suelen considerar los pacientes con VIH /SIDA el miedo a la transmisión, así como la dificultad de plantear sexo más seguro, o bien tienen miedo a que su pareja acepte las limitaciones en la búsqueda de placer.

Sin embargo algunos seropositivos consideran que el sexo es algo más que simplemente un placer, orgasmos, o ambos, también implica afirmar su sexualidad personal, tener hijos, conocer personas hacer amigos y simplemente ser parte de la sociedad contemporánea. En consecuencia, una recomendación para limitar la expresión sexual de la persona, también es considerada por muchos como una sugerencia para negar estos ingredientes vitales de una vida plena y feliz.³⁴

5. DEPRESIÓN Y PACIENTE CON VIH/ SIDA

Como anteriormente se mencionó en el paciente que se encuentra asintomático, el **papel del personal de enfermería radica en establecer programas sanitarios, con visión de mejorar su calidad de vida a través de la prevención primaria y los cuidados específicos.** Si el paciente se encuentra en fase terminal de la enfermedad, la actuación de enfermería estará dirigida a **ayudar y mantener el bienestar del paciente y su familia, a través de una comunicación eficaz basada en la comprensión, atención individualizada y oportuna, dirigida a disminuir al sufrimiento espiritual,** con la finalidad de mantener durante el mayor tiempo posible condiciones de vida lo más cercana a lo habitual, esto es que le permitan desempeñar sus actividades de la vida diaria, pero como se ha visto esto no será posible, si su estado de ánimo no lo permite.³⁵

Investigaciones demuestran que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel fundamental en la causa y curso de distintas enfermedades físicas y cabe destacar que todo trastorno o **enfermedad** es simultáneamente un **fenómeno físico, psicológico y socio-cultural.** Entre los factores psicológicos son de fundamental importancia las **reacciones emocionales** como la ira, la hostilidad, el miedo, la tristeza, **la depresión,** la ansiedad y el stress, pues presentan correlatos fisiológicos, resultando complicados mecanismos que por influencia del sistema nervioso afectan a las secreciones glandulares, órganos, tejidos, músculos y sangre.

Tanto la falta de control de las emociones como la no-expresión de las mismas, parecerían ser los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad hacia el padecimiento de distintas enfermedades, y como contrapartida, **la alegría, el buen humor, la solidaridad, la empatía y la esperanza son los antidotos naturales que preservan la salud física y mental; jugando un papel crucial los péptidos,** que son la manifestación bioquímica de las emociones ya que ligan e integran las actividades mentales, emocionales y biológicas.³⁶

La **Asociación Psiquiátrica Americana** hace una distinción de las formas en que los factores psicológicos influyen negativamente en el estado físico:

- alterando el curso de una enfermedad,
- interfiriendo con el tratamiento,
- constituyendo un factor de riesgo adicional.³⁷

Estudios demuestran la influencia del estrés psicosocial y del estado de ánimo, en particular de la **depresión**, en el sistema inmune. Los factores vitales importantes como eventos relacionados con pérdidas, desempleo, estrés académico y divorcio, han sido identificados como factores que **favorecen una disminución de la inmunocompetencia**. Por lo que los pacientes con VIH se ven directamente afectados.³⁸

Ante el diagnóstico de VIH/SIDA la primera reacción de la persona afectada es generalmente la de una reacción catastrófica, con una fuerte carga emocional, por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable, tras un curso doloroso por la enfermedad. Además se suelen añadir preocupaciones entorno a la pérdida de soporte social y del afecto por parte de familiares y amigos, pensando que será una carga pesada para el entorno, incluso el miedo a la alteración de su aspecto externo y a la posible pérdida de sus facultades mentales. *El diagnóstico de SIDA produce sobre los enfermos trastornos psicológicos como cualquier otra enfermedad que lleva indefectiblemente a la muerte*: primero una reacción de negación e incredulidad, seguida de ansiedad y depresión, incluso con ideas de suicidio.

Las personas afectadas con SIDA presentan frecuentemente cuadros severos de angustia y depresión. Los cuadros depresivos de moderada intensidad pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por VIH, pero son más severos cuando se notifica al enfermo el diagnóstico, no es extraño que en ese momento haya un gran riesgo de suicidio.³⁹

Una depresión clínica puede *agotar los recursos fisiológicos y psicológicos* de las personas con la enfermedad del VIH, que ya sufren el reto de una enfermedad que amenaza su vida y la carga de su tratamiento. La depresión puede ocurrir como una enfermedad crónica comórbida que precede a la infección por VIH, o como síntomas depresivos que pueden aparecer en cualquier momento del curso de la enfermedad. Con frecuencia los profesionales de la salud asumen que la depresión es una reacción normal a la infección, al progreso de la enfermedad o al estigma asociado a la misma. En consecuencia, **la gravedad de la depresión puede pasar por alto ante las múltiples demandas de una enfermedad como la infección por VIH**. Aún sin reconocerse ni tratarse, *la depresión causa importante sufrimiento y deterioro funcional, y afecta negativamente la calidad de vida*.⁴⁰

Por lo que es necesario detectar en lo posible la depresión para lo cual se mencionaran una *serie de síntomas*:

- Sentimientos continuos de tristeza, aflicción, culpa y desesperación.
- La autoestima baja, siendo excesivamente crítico(a) de si mismo(a).
- Un cambio de apetito con ya sea una pérdida de peso significativa o un aumento de peso significativo.
- Trastornos del dormir, como durmiendo demasiado, una incapacidad para reposar, despertando en la madrugada.
- Una pérdida del deseo sexual.
- Insipidez o vacío emocional.
- Desinterés en las actividades o pasatiempos anteriormente gozados. Carencia de placer.
- Incapacidad al concentrarse o tomar decisiones.
- Fatiga constante.
- Cefaleas (dolores de cabeza), náusea e indigestión.
- Pensamientos perturbados, o no realistas.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o falta de deseo para vivir.⁴¹

En los estudios exploratorios y sincrónicos parece ser que la depresión es el trastorno psiquiátrico más común entre las personas infectadas por el VIH. La depresión influye de forma importante en la calidad de vida, progresión de la discapacidad y en la capacidad de recibir una buena atención médica.

Muchos síntomas de depresión son difíciles de diagnosticar en la población que tiene el VIH/SIDA, ya que ha menudo se relacionan con un grupo de síntomas físicos que se asocian a su vez con enfermedades médicas relacionadas con el VIH. En estos casos, debe examinar los síntomas, descartar otras causas y considerar los síntomas más destacados. Cuando se han desestimado otras causas, el humor depresivo es a menudo el síntoma más sobresaliente.

La Depresión es un estado de intensa tristeza tanto para el enfermo como para sus familiares, por lo que suele ocurrir que el paciente se dé por vencido y ya no quiera luchar por mantenerse vivo, por lo que suele presentar 2 tipos de depresión:

- La depresión reactiva como respuesta de sufrimiento ante las pérdidas reales y significativas que se dan a lo largo de la enfermedad, por el deterioro del rol

familiar, deterioro de las capacidades físicas y mentales, posibles dificultades económicas o su condición de dependencia de los demás.

- La depresión anticipatoria debido a la concientización del fin de su existencia, el paciente suele cuestionarse acerca de los logros de su vida, generalmente con culpa, no puede seguir negando el padecimiento ni asumir todavía sus consecuencias, es una etapa muy dolorosa, donde ya no se engaña y se enfrenta a la posibilidad de su próxima muerte.⁴²

Aparte de la depresión este tipo de pacientes suele tener ansiedad, ataques de pánico, temor a la muerte, pérdida de control e incapacidad para tomar decisiones, pensamientos suicidas, problemas psicosexuales, algunos suelen refugiarse en la fantasía, egocentrismo o bien en el retraimiento.⁴³

Ante la presencia de un estado de crisis como lo es el diagnóstico de VIH/SIDA, el ser humano, suele presentar una reacción de duelo, etapas descritas por la Dra. *doctora Kübler-Ross*:

- 1) Negación y aislamiento ante el conocimiento del diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad,
- 2) Ira y agresividad hacia los que le rodean,
- 3) Negociación para prolongar la vida,
- 4) *Depresión*, comprensión de que no hay nada que hacer, y
- 5) Aceptación de la muerte.⁴⁴

Además se puede presentar un debilitamiento del principio de la realidad, donde el paciente se encuentra confuso a raíz de su nueva condición de salud, que repercute en sus hábitos y formas de comportamiento. Otra actitud que suelen tener los pacientes con VIH/SIDA esta relacionada con la necesidad de indagar información sobre la enfermedad, donde una adecuada comunicación puede inducir a realizar cambios apropiados en su estilo de vida.

Algunos pacientes a pesar de recibir información suelen no superar la crisis de diagnóstico y permanecer en una etapa de negación prolongada, donde mantienen sus hábitos de vida.

Por todo lo anterior *el profesional de enfermería y el equipo de salud*, suelen fungir como contenedores de las emociones del paciente, por lo que esto implica que deberán implementar ayuda en la disminución de esta carga emocional y así poder modificar constructivamente ideas, preocupaciones y emociones, para rescatar los aspectos saludables de la personalidad del paciente y mejorar la adherencia al tratamiento, enfocando a que de manera equilibrada y viable, aproveche y disfrute su vida. Proporcionando así un **cuidado integral**.⁴⁵

III. JUSTIFICACIÓN

El VIH/SIDA es una enfermedad que compromete la vida, por lo que permite una situación de gran fragilidad, tanto por la aparición de numerosos **síntomas físicos**, como por el **gran impacto emocional** que se recibe, en donde la sintomatología de tipo depresivo es muy frecuente, esta depresión puede agotar los recursos fisiológicos y psicológicos de las personas con la enfermedad del VIH/SIDA.

La **depresión** puede ocurrir como una enfermedad crónica comórbida que precede a la infección por VIH, o como síntomas depresivos que pueden aparecer en cualquier momento del curso de la enfermedad. Y aún sin reconocerse ni tratarse, la depresión es causa importante de sufrimiento y deterioro funcional, afectando negativamente a la calidad de vida.

Muchas investigaciones han demostrado que la *depresión reduce la respuesta inmunológica y que la risa la incrementa*, por lo tanto el trabajo sobre el estado anímico, entre otras cosas, es un punto central para atenuar el desarrollo de patologías de este tipo.

Estos aspectos suelen a veces pasar desapercibidos ante las múltiples demandas de una enfermedad como es la infección por VIH, donde por el momento las investigaciones están enfocadas a la realización de una vacuna, o de la eficacia de múltiples medicamentos, o bien de medidas de seguridad para disminuir en lo posible el contagio, además de la prevención, ¿pero qué de las personas ya infectadas?, si bien es cierto que existen medicamentos para limitar al virus, y alargar el tiempo de vida, la letalidad de esta enfermedad sigue siendo el 100%, y ¿qué hay de esa calidad de vida?, ¿qué de los estados emocionales que presentan? Y ¿de los cambios hechos en su estilo de vida?

Aquella literatura que suele hablar del estado emocional del paciente y de cambios en su vida son muy pocos, y se puede notar que la mayor parte de ellos trata al paciente con normas ya establecidas por otras enfermedades, como es el cáncer u otras que ponen en riesgo la vida, pero debe tomarse en cuenta que las características de la población con VIH son totalmente diferentes, además de las repercusiones físicas, están las sociales que no suelen ser iguales, otros la catalogan como enfermedad crónica pues los pacientes deben aprender a convivir con ella, si bien es cierto esto, los cambios realizados en su vida no suelen parecerse mucho.

La mayor parte de la información relacionada al estado emocional y social de esta enfermedad suele estar realizada por los mismos pacientes, o por instituciones dedicadas al apoyo de personas con VIH/SIDA, pero *¿qué del profesional de enfermería? que convive con ellos las 24 hrs. del día, que esta comprometido con la calidad de vida y el cuidado integral, y que se encuentra en una buena posición para ofrecer una asistencia que respete la dignidad de este, además, de que le permita detectar problemas potenciales tanto físicos, psíquicos y socio-familiares.*

Por lo que el presente estudio esta dirigido a identificar los cambios realizados en las *actividades de la vida y el estado depresivo en el paciente con VIH/SIDA* para así proporcionar principios que orienten, den sentido y unifiquen las múltiples tareas, acciones y estrategias de cuidados básicos que se les debe proporcionar a estos enfermos, con el objetivo fundamental que como **profesionales de enfermería** tenemos, *el ayudar a mantener el bienestar del paciente y su familia, con el objeto de minimizar los impactos negativos y de mantener durante el mayor tiempo posible condiciones de vida lo más cercano a lo habitual, esto es que le permitan desempeñar sus actividades de la vida diaria, brindando así, un cuidado integral.*

IV. ANTECEDENTES.

De las investigaciones realizadas con enfermos en situación terminal se desprende la existencia de tres grandes grupos de elementos responsables del impacto emocional que sufre el enfermo.

- El primer grupo de estos factores esta relacionado con las *características personales* del enfermo, es decir, con su forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar.
- Además de estos elementos, la *perdida de control tanto de sus capacidades físicas como psicológicas* y la incertidumbre de no saber que pasará, como evolucionará la enfermedad o qué acontecerá después, contribuyen a agravar su situación.
- Otro grupo de elementos está vinculado con la *enfermedad y su tratamiento*, ya que por si misma es causa de malestar, el progreso de la dolencia, el aumento de la dependencia, síntomas claves o reveladores de deterioro inciden negativamente en el bienestar del individuo, ya que el significado e impacto de estos problemas aumentan ante la percepción inminente de la muerte.⁴⁶

Sherr y George dicen que los portadores asintomáticos se pueden considerar personas normales en situaciones de crisis anormales, individuos inseguros, con falta de control, culpa, ansiedad, personas en shock, con ánimo deprimido e inquietud obsesivas. Los efectos a largo plazo se relacionan con las habilidades que tengan, los posibles **cambios de roles y en su modo de vida**. Sus reacciones y estilo de enfrentamiento son maneras de darle sentido a las circunstancias que viven.⁴⁷

Limonero observa que las principales manifestaciones del impacto emocional que sufre una persona moribunda se pueden agrupar en internas y externas,

- Internas: están respuestas típicas como: ansiedad, *depresión*, autoculpabilidad, disminución del autoestima y autoimagen.
- Externas: suelen ser el llanto, desinterés por las personas o cosas que le rodean, manifestaciones de quejas y demandas desmesuradas o por el contrario mutismo.

Los instrumentos básicos con los que se cuenta para conseguir una buena calidad de vida o bienestar de los enfermos en situación terminal son: el control de los síntomas, *el soporte emocional*, la información y comunicación y la resolución de problemas

prácticos, llevados a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, religiosos, para poder de esta manera, ofrecer un cuidado integral, humano y digno. Por lo tanto es necesario detectar las necesidades específicas de cada individuo (soledad, ansiedad, miedo, ira, pérdida del interés, depresión, problemas de autoimagen, pérdida del apetito, insomnio, etc.)⁴⁸

De acuerdo con una muestra realizada por la Clínica San Rafael y el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental, el 64.3% de los pacientes con SIDA, y 25.5% de las personas VIH positivas encuestadas, presentaban algún nivel de depresión (de incipiente a severo). Pues un resultado positivo golpea la estructura psíquica del individuo y lo fragmenta, pues vive en un permanente cambio que le provoca crisis.

El diagnóstico, los resultados de laboratorio, las altas y bajas en las defensas del organismo y la cantidad de virus presente en la sangre, el inicio o cambio del tratamiento, los efectos secundarios, todo esto *obliga al individuo a tomar decisiones rápidas, cambiar hábitos, acostumbrarse a una disminución de habilidades o capacidades, y aquí, la labor del especialista es reducir lo más posible ese daño. Labor nada fácil, ya que debido al estigma y a la sentencia fatal que pesa sobre el SIDA, los casos de depresión son numerosos.*⁴⁹

Gómez, Lolas y Barrera, revisaron la conducta suicida desde el punto de vista de los factores psicológicos involucrados, dentro de los más importantes, *la depresión*, la desesperanza, la ideación suicida e intención de suicidio, siendo estos *un desafío clínico que demanda un pronto diagnóstico, terapéutica y prevención.*⁵⁰

Illescas y Jiménez, realizaron una investigación para determinar la prevalencia de diversos síndromes psiquiátricos como ansiedad, depresión, desesperanza y el riesgo de suicidio en pacientes con VIH/SIDA, en el hospital el Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional la Raza, y encontraron que en primer lugar y con el 65% esta la desesperanza, siguiendo con un 55% la ansiedad, en un 46% el riesgo de suicidio y en un 37% la depresión.⁵¹

En un estudio realizado por enfermeras a pacientes con VIH/SIDA en Cuba se encontró que:

- 46% tenían ansiedad, *depresión*, enojo y culpa,
- 24% estaban preocupados por sus familiares,
- 10% tenían miedo a morir.

Y para ellos era de vital importancia el apoyo emocional, la demostración de confianza y afecto por *parte de enfermería*, ya que es la que permanece las 24 hrs. del día en contacto directo con él, por lo que esta se encuentra en una buena posición para ofrecer una asistencia que respete la dignidad de este, además, de que le permita detectar problemas potenciales tanto físicos, psíquicos y socio familiares.⁵²

Sobre una muestra compuesta por población anciana institucionalizada en residencias *Burtows* demuestra el importante rol que puede desempeñar *enfermería* en el proceso de *valoración de los episodios depresivos*, tras ser requeridas para ello, las enfermeras detectaron sintomatología depresiva en un 22% de los residentes, de los cuales, solo la mitad eran tratados con medicación antidepresiva. Al entrevistar a 37 residentes se constató que aquellos diagnosticados de depresión no mayor son detectados como deprimidos por enfermería aunque aquellos mismos nieguen sintomatología, a través de los resultados de este estudio, se reivindica el rol de enfermería como profesionales capaces de detectar síntomas depresivos que afectan al estado de ánimo de los pacientes a su cuidado.⁵³

Saunders dice que la *sintomatología de tipo depresivo es muy frecuente* en aquellos pacientes que sufren una enfermedad que compromete su vida, por ejemplo *el SIDA*. La valoración del estado psiquiátrico de estos pacientes puede verse dificultada por la necesidad prioritaria de atender a la sintomatología física. Hemos de tener muy presente que intervenciones de enfermería dirigidas a atender las necesidades emocionales de estos enfermos ayudan a incrementar su calidad de vida.⁵⁴

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención del paciente con VIH/SIDA constituye un gran reto para enfermería, ya que las repercusiones físicas, emocionales y sociales que tiene no sólo han afectado al individuo, sino a la familia, comunidad, y sociedad. En la actualidad se sabe que no existe una vacuna para el VIH/SIDA por lo que el tratamiento para estos pacientes esta enfocado principalmente a **cuidar la calidad de vida** y la prevención de enfermedades oportunistas, ya que la letalidad de esta enfermedad aún es el 100%.

La Calidad de vida de estos pacientes suele verse afectada de manera directa por el estado emocional que sufren, en diversos artículos se dice que la **depresión** es muy frecuente en este tipo de pacientes debido al diagnóstico, los resultados de laboratorio, altas y bajas en las defensas del organismo, inicio o cambio del tratamiento y los efectos secundarios, *que obligan al paciente a tomar decisiones rápidas, cambiar hábitos y acostumbrarse a una disminución de habilidades o capacidades*, esto último relacionado directamente a los **cambios o ajustes que realizan en su vida diaria**.

Se dice también que la labor principal es el reducir en lo más posible este daño, tanto en el aspecto emocional (**depresión**) como en las **actividades que realiza en su vida**, siendo esto intervención directa de enfermería.

Por lo que para la siguiente investigación, se plantean las siguientes preguntas:

A partir del Diagnóstico de VIH/SIDA ¿Qué cambios realiza en sus actividades de la vida diaria el paciente con VIH/SIDA?

¿Existe un estado depresivo en el paciente con VIH/SIDA y de que tipo?

¿Cuál es la relación entre los cambios en las actividades de la vida y la depresión, en el paciente con VIH/SIDA?

VI. OBJETIVOS

General: Determinar los cambios en las actividades de la vida y el estado depresivo en el paciente con VIH/SIDA, y la relación entre estos.

Específicos:

- Conocer las características generales del paciente con VIH/SIDA
- Identificar las características de la enfermedad
- Establecer el tipo de depresión que sufren los pacientes con VIH/SIDA
- Conocer los cambios que realizan en las actividades de la vida, los pacientes con VIH/SIDA, a partir de conocer el diagnóstico.
- Reconocer la relación de la depresión y los cambios hechos en las actividades de la vida.

VI. OBJETIVOS

General: Determinar los cambios en las actividades de la vida y el estado depresivo en el paciente con VIH/SIDA, y la relación entre estos.

Específicos:

- Conocer las características generales del paciente con VIH/SIDA
- Identificar las características de la enfermedad
- Establecer el tipo de depresión que sufren los pacientes con VIH/SIDA
- Conocer los cambios que realizan en las actividades de la vida, los pacientes con VIH/SIDA, a partir de conocer el diagnóstico.
- Reconocer la relación de la depresión y los cambios hechos en las actividades de la vida.

VII. MATERIAL Y METODOS

DISEÑO:

Transversal

LUGAR:

Centro Médico "La Raza"

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Derechahabientes del IMSS, que pertenezcan a la Clínica de SIDA, en el Hospital de Infectología del Centro Médico "La Raza".

PERIODO DE ESTUDIO:

1º de marzo al 15 de junio de 2002.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes que acudan a consulta.

Mayores de 15 años

De ambos géneros

CRITERIOS DE NO-INCLUSIÓN:

Pacientes que no acepten participar

RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se obtuvo en primer lugar mediante investigación documental, para la detección de los pacientes con el diagnóstico de VIH o SIDA, en donde se revisaban los expedientes del archivo general del hospital de Infectología del Centro Médico "La Raza". continuando con un interrogatorio en la consulta externa mientras estos esperaban la consulta. Dicho interrogatorio se pudo efectuar mediante entrevista o como cuestionario, como lo prefería el paciente y las circunstancias de la consulta.

Se le explicó de manera breve en lo que consistía la investigación para contar con su colaboración.

El instrumento constó de dos partes, la primera que identificó el estado depresivo del sujeto y sus principales temores.

El segundo apartado permitió identificar datos personales, del diagnóstico, y sobre los cambios que ha tenido en las actividades de su vida a partir del diagnóstico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se inició con la verificación de los datos, a través de frecuencias simples, posteriormente, si se encontraban errores, se verificaba directo de los cuestionarios para corregir los datos. Se obtuvieron frecuencias simples para hacer una descripción de los datos. Para las variables continuas se obtuvieron medidas de tendencia central. La conformación de índices se hizo a través de la suma de puntos de las variables que conforman el índice, y posteriormente se tomaron los puntos de corte por terciles o cuartiles según el tipo de variable. Para conocer si existe asociación entre la variable dependiente y las independientes, se realizaron pruebas de hipótesis para corroborar la asociación a través de la prueba de X^2 , valor alfa al 0.05%, y el riesgo a través de la Razón de riesgo (RR), con Intervalos de Confianza al 95%, (IC95%).

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación es considerada **SIN RIESGO** para la muestra de estudio (De acuerdo a la Ley General de Salud, Título Segundo, Artículo 17, Fracción I).

Además se consideró la *Protección a la Confidencialidad y el anonimato* para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación (De acuerdo al Artículo 22, Fracción VIII de la Ley General de Salud).

Se respondió a *cualquier duda* respecto a la encuesta, a la investigación o a la información acerca del estudio después de llenado el instrumento (De acuerdo al la Ley General de Salud Artículo 21, Fracción VI).

VIII. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL*

Variable	Definición	Escala	Valores de variable o Indicadores
Género o sexo	Características orgánicas y fisiológicas que marcan las diferencias entre el hombre y la mujer.	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Razón	Años cumplidos
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles ante la ley.	Nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado o Viudo
Escolaridad	Estudios formales realizados por el paciente.	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria o carrera Técnica Universidad y más
Nivel socioeconómico**	Es el status que obtiene un individuo y esta determinado por la presencia o ausencia de recursos en una población.	Ordinal	Bajo Medio Alto
Ocupación	Empleo, oficio, trabajo al que actualmente y anteriormente se dedicó, remunerado o no.	Nominal	Ama de casa Empleado Trabajo por cuenta propia Profesional Estudiante Jubilado Desempleado
Preferencia sexual	Es la elección de una persona con relación a su intimidad sexual.	Nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD*

Variable	Definición	Escala	Valores de Variable o Indicadores
Etapas Diagnosticada	En el presente trabajo la etapa de infección, sea VIH o SIDA estará determinada por los estudios realizados (carga viral, CD4 y presencia de síntomas).	Ordinal	VIH SIDA
Tratamiento recibido	Son los métodos utilizados para mantener la calidad de vida del paciente con VIH/SIDA.	Nominal	Fármacos antivirales Apoyo nutricional Paliativos para el dolor Tratamiento dental Apoyo Psicológico Tratamientos alternativos
Tiempo de diagnóstico	Es el tiempo transcurrido a partir del conocimiento de la infección por VIH.	Razón Ordinal	Años transcurridos
Vía de adquisición	Es el conducto o forma por la cual se produjo la transmisión del VIH.	Nominal	Contacto sexual Exposición parenteral transplacentaria, perinatal Otros
Edad al diagnóstico	Son los años cumplidos en el momento del diagnóstico de VIH/SIDA.	Razón	Años cumplidos
Año del diagnóstico	Es el año en el que se le detectó VIH/SIDA	Ordinal	Año en el que se le informó del diagnóstico

* La operacionalización de estas variables fue a partir de preguntas directas al paciente mediante la entrevista.

** Para realizar el índice socioeconómico se obtuvieron datos con respecto a las características de la vivienda, hacinamiento, servicios y pertenencias, al que se dio una calificación (el hacinamiento se obtuvo dividiendo el número de habitantes entre el total de dormitorios).

VARIABLES DEPENDIENTES

DEPRESIÓN

Definición	Escala	Operacionalización	Indicadores
Alteración significativa del estado de ánimo relacionando síntomas físicos, alteraciones del pensamiento, conducta y las principales funciones biológicas.	Ordinal y Nominal	Se basó en la aplicación de la Escala de Beck. La escala consiste en un cuestionario de 21 afirmaciones y se considera "Depresión Leve con un puntaje de 12 a 20", "Moderada de 21 a 30 puntos" y "Severa mayor de 31 puntos". Dicha escala ya se encuentra validada por Psicólogos.	Ausencia de Depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa

ACTIVIDADES DE LA VIDA

Definición	Escala	Operacionalización***	Indicadores
El ser humano lleva a cabo a lo largo de su vida tareas que realiza en un día normal.	Ordinal y Nominal	Para esta variable en primer lugar se realizaron preguntas abiertas y cerradas con respecto a los cambios a partir del diagnóstico de VIH/SIDA. Después se realizará un índice para dar calificación a cada una de las actividades. Y un índice final para saber si Cambio de una manera general su vida o no.	Trabajo Diversión Control de la infección Comunicación Arreglo Personal Ejercicio Dormir Expresión de la Sexualidad

*** Es importante hacer notar que las preguntas que se realizaron en cada uno de los bloques, se referirán a diversos aspectos de cada una de las actividades y se basaron principalmente en cambios que diferentes artículos resaltaban como los más importantes en los pacientes con VIH/SIDA. Los índices que se realizaron fueron a partir de un puntaje dado a cada una de las preguntas, dando mayor peso a aquellos cambios drásticos y permanentes.

IX. RESULTADOS

La realización del presente estudio se llevó a cabo en el *Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional "La Raza"*, durante el periodo de *abril a junio del 2002*, donde se entrevistó a 137 pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA, determinando su estado depresivo por medio del cuestionario de Beck y los cambios en sus actividades de la vida a partir de conocer el diagnóstico de VIH/SIDA para lo cual se aplicó un cuestionario semiestructurado. También se incluyeron variables de tipo sociodemográficas para caracterizar a la población y algunas preguntas que establecieran el tiempo de evolución de la patología y datos del tratamiento.

Al explorar el tipo de población entrevistada, se encontró que el 92% son del *sexo masculino* y que cerca del 75% se encuentran entre los 30 a 45 años, o sea en la etapa más productiva de la vida; además de que en un 74.5 % son *solteras*, asimismo se encontró que el 73% de la población tiene un *nivel de estudios Superior y medio superior*.

Con respecto a la *Ocupación* se encontró que el 46% eran empleados y actualmente son el 32.8%, los profesionistas de ser el 25.5% pasaron a ser el 22.6%, encontrando una disminución, al contrario de ocupaciones como trabajo por cuenta propia que de ser el 18.2% actualmente son el 23.4 %, así también el estar pensionado o jubilado, pues de ser el 1.5%, son el 10%, cabe hacer notar que en la ocupación anterior no se encontró el rubro de desempleado y actualmente ocupa el 2.9%.

La *preferencia sexual* referida por los pacientes fue de un 65% Homosexuales, 27.7% Heterosexuales y 7.3% Bisexuales. Se les interrogó también acerca de la *pertenencia a un grupo de autoayuda* para pacientes de VIH/SIDA, de donde solo un 10.2% refirieron pertenecer a alguno. Cuadro 1.

Para realizar el *índice socioeconómico* se tomo en cuenta las características de la vivienda, el hacinamiento, los servicios y pertenencias, de donde el 59.9% de la población estudiada pertenece a un nivel alto. Cuadro 2

Con respecto a las *variables relacionadas con el diagnóstico* se encontró que el 80.3% de los pacientes se encuentran en la etapa de *VIH*, mientras que el 19.7% ya en la etapa de *SIDA*, siendo la principal *vía de adquisición, la sexual* con el 97%. La *edad* que se tenía al momento del diagnóstico de VIH/SIDA se encontró en etapas muy tempranas,

teniendo desde 14 a 32 años, un 69.4% de la población, siendo el *periodo* de mayor detección 1995 a 1998 con un 51.1%, el periodo de 1999 y 2002 se encontró un 18.2% por lo que se puede considerar a un mínimo de la población con un recién diagnóstico.

Con relación al *tratamiento recibido* por los pacientes, se encontró que la totalidad de ellos llevaban un esquema antiviral, un 25.5% habían recibido apoyo psicológico, al 20.4% se le proporciono apoyo y orientación nutricional, el 8% recibió paliativos para el dolor, el 6.6% tratamiento dental, y un 9.5% recurrió a tratamiento alternativo. **Cuadro 3**

En el rubro realizado para detectar los *principales temores* de estos pacientes se encontró que ocupa el primer lugar el presentar alguna enfermedad oportunista con un 71.5%, ocupando el segundo lugar con un 62% el tener algún tipo de incapacidad física, mientras que la falta de recursos económicos para el tratamiento médico tiene el tercer lugar con un 49.6%, siguiéndole el abandono y la soledad con un 33.6%, teniendo la perdida de privacidad y confidencialidad un 31.4% siendo un aspecto importante de nuestra intervención como profesionales de la salud, y con un 29.9% se encuentra el miedo a la muerte así como el temor a la reacción de la gente que los rodea. **Cuadro 4**

En el bloque destinado a conocer los *cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA*, cabe destacar que los cambios descritos por los pacientes han sufrido mucha variabilidad, ya que mucho ha dependido de su estado de ánimo para realizar o no ciertas actividades, además de los cambios a su estado de salud, los cambios descritos a continuación son lo que consideraron el estándar de su vida actual ha diferencia de la vida que llevaban sin saberse con la infección de VIH/SIDA.

Los cambios en las actividades de la vida se desglosaron en 8 diferentes bloques. iniciaremos con lo obtenido con referencia al *trabajo*, de los pacientes entrevistados el 76.6% se encontraba laborando, expresando las siguientes razones: en primer lugar el obtener recursos económicos con un 28.5%, en segundo lugar con un 17.8% el sentirse útil, en tercer lugar la superación personal, teniendo un 17.3%, y hubo quien solo trabaja por el servicio médico o rutina. Actualmente el 23.4% no labora y se dedica al hogar, de los cuales el 56.3% fueron despedidos, mientras que el 25% no trabajan por algún impedimento físico. **Cuadro 5**

En el Bloque relacionado a los cambios en las actividades de *diversión* se identificó que un 65% aún sale a divertirse, de los cuales el 52.8% salen aun con la misma frecuencia, el 64% siguen saliendo con las mismas personas que solían salir anteriormente, y el

80.8% aún disfrutaban las salidas. Del 35% que ya no sale a divertirse, el 31.3% expresa el no tener ganas, el 20.9% por incapacidad física y un 18.7% dicen ya no tener amigos. **Cuadro 6**

En cuanto a la importancia que los pacientes le dan a los cuidados a la salud, se detectó que es más importante que antes el tomar los medicamentos según las indicaciones médicas para un 64.2%, el acudir a sus citas para el 62%, el tener una adecuada alimentación para el 61.3%, la prevención de infecciones oportunistas para el 73%, las medidas de prevención para no contagiar a otros para el 61.3%, y también es más importante el buscar alternativas para la mejora de la salud, para un 61.3% y buscar alternativas de curación para el 56.2%. Es necesario tomar en cuenta que si hubo personas para las cuales ciertos cuidados a la salud ya son menos importantes que antes aunque los porcentajes sean bajos. **Cuadro 7**

La **comunicación** fue determinada por 3 diferentes aspectos, el primero con relación al *conocimiento del diagnóstico* por la gente de su alrededor donde el 75.9% lo compartió con su familia, un 65.7% lo expresó a su pareja, el 60.6% expresó que este era conocido por sus amigos y sólo el 18.2% lo dijo a sus compañeros de trabajo.

El *segundo aspecto fue el establecer si la relación con los demás mejoró, continuó siendo igual o fue peor*, de donde el 24.1% consideró que la relación con su pareja mejoró, el 42.3% consideró que fue igual y un 33.6% que empeoró; para con la familia el 46.7% considera que mejoró y un 46% fue igual; para con los amigos es mejor para el 32.8% y fue igual para un 59.1%; la relación con los compañeros de trabajo consideran fue igual 79.6%.

El *tercer rubro fue destinado a conocer cambios personales* de donde se obtuvo que el 60.6% suele platicar sus problemas como anteriormente lo hacia, un 68.6% aun disfruta convivir con los demás al igual que antes, un 76.6% tiene aún interés por salir y charlar, el 60.6% aún comparte sus preocupaciones, el 81.8% sienten que le escuchan, aunque los porcentajes son altos no se debe pasar por alto que no es el total de la población, por lo que es importante notar que el 59.1% piensa que es preferible no decir como se siente, y el 58.4% se siente más irritable y discute con mayor facilidad. **Cuadro 8**

El **Aspecto Personal** para estos pacientes es de total relevancia para su autoestima y para la realización de actividades propias de su vida diaria, en este apartado el 72.3% dicen tener el mismo animo para arreglarse que antes, un 78.1% refiere preocuparle

como se ve físicamente, a un 91.2% le agrada sentirse atractivo, le preocupa la opinión de los demás con respecto a su apariencia al 61.3% y al 74.5% le agrada verse en un espejo. **Cuadro 9**

Con respecto al **ejercicio** se encontró que anteriormente y actualmente realizan ejercicio un 31%, que un 8% anteriormente no realizaban ejercicio pero ahora sí, el 27% anteriormente sí realizaban ejercicio pero ya no, y el 34% nunca han realizado ejercicio. En general actualmente realizan ejercicio un 39.4% teniendo como razones la preocupación de la salud y la búsqueda de una mejor apariencia con un 35.2% cada una. De los que no realizan ejercicio que son un 60.6% tienen como principales razones el ya no tener ganas y la falta de fuerzas físicas con un 28.9% cada una. **Cuadro 10**

En lo que respecta al **descanso o Sueño**, un 65.7% dicen que logran dormir, un 52.6% duerme las mismas horas que antes, para el 25.5% le es difícil conciliar el sueño y un 43.1% aún cuando duermen se sienten cansados, es importante resaltar que un 32.1% necesitan medicamentos para dormir. **Cuadro 11**

En el rubro dedicado a la **Sexualidad** se encontró que un 56.9% actualmente tienen pareja, un 51.8% consideran que la relación con su pareja se vio afectada a partir del diagnóstico, un 44.5% consideran que su apetito sexual ha disminuido, para el 72.3% disminuyó la frecuencia de relaciones sexuales, el 84.7% ha necesitado tomar nuevas medidas de protección al tener relaciones sexuales, el 46.7% necesitó tener nuevas alternativas de satisfacción sexual y el 47.4% ha recurrido durante un tiempo largo a la abstinencia. **Cuadro 12**

Se realizó también un **índice para cada una de las actividades de la vida**, tomando en cuenta todas las preguntas que le correspondían, dando una calificación y haciendo subgrupos, de donde resalta que en el **trabajo** más del 50% realizaron algunos y muchos cambios, en la **diversión** el 61.3% no realizó cambios, el 55.5% realizó muchos cambios en los **cuidados a la salud**, así también poco más del 70% tuvo cambios de algunos a muchos en la **comunicación**, mientras que en el **arreglo personal** más del 60% no realizó cambios o fueron pocos, en el **ejercicio** el 58.4% no realizó cambios y el restante fueron mucho cambios. Para el **descanso o sueño** más del 60% realizó de algunos a muchos cambios y más del 80% tuvieron ajustes o cambios de algunos a muchos en la **expresión sexual**. **Cuadro 13**

De todos los apartados ya mencionados se realizó un último *índice para determinar* de manera muy general *si cambió o no su vida*, donde se encontró que el 53% no cambió su vida, y para el 47% cambió su vida. Grafica 1

Siendo la *Depresión* una de las variables más importantes en este estudio, es de hacer notar que en la población entrevistada, el 49.6% se encontraban *sin depresión* y que el 27.7% presentaban *depresión leve*, mientras que el 13.1% *moderada* y un 9.5% *severa o grave*, esto es que el 50.4 % de los encuestados tenía algún tipo de depresión. Grafica 2

Para una exploración mas a fondo de la información se realizó un *cruce de variables*, para determinar alguna *relación entre las características generales y los diferentes tipos de Depresión*, de donde se encontró que:

En el *sexo* masculino predomino el no tener depresión 51.6% y si la tenían era predominantemente leve 28.6%, mientras que las mujeres la depresión suele ser moderada como primer lugar 36.4% y comparando los porcentajes de la depresión grave es de notar que mientras los hombres tienen un 8.7%, las mujeres la manifiestan en un 18.1%. Con respecto al *estado civil* los porcentajes mayores (mas del 50%) se encontraron en los que no presentaban depresión, asimismo como en *la escolaridad*, pero es importante notar que en esta última comparando los porcentajes de la depresión grave, estos van disminuyendo mientras aumenta el grado de escolaridad.

En la *preferencia sexual* resalta que en los heterosexuales y bisexuales es mayor al 50% el que sufran algún tipo de depresión, predominando en el heterosexual la leve y moderada, mientras que en el bisexual la leve o bien la grave.

El *nivel socioeconómico* no parece tener gran importancia pues en los tres los porcentajes son muy similares comparándolos entre sí. La *pertenencia a algún grupo de autoayuda* nos hace notar que en aquellos que no pertenecen predomina el no tener depresión 52% y si la tienen va de leve a severa, mientras que el pertenecer, el mayor porcentaje se encuentra en aquellos que tienen depresión grave 35.7%.

En la *etapa de diagnóstico* resalta que los pacientes VIH no tienen depresión en un 50.5% mientras que en la etapa de SIDA el porcentaje entre la depresión moderada y grave pasa el 55%. La *vía de adquisición* parece no tener alguna relación importante, tal vez porque más del 90% fue transmisión sexual.

En el apartado dedicado a cada una de las *actividades de la vida y el tipo de depresión* se encontró que:

En el *trabajo* aquellos que no realizaron cambios o fueron pocos se encontraban principalmente sin *depresión* 75 a 80%, o bien que esta fuera leve, mientras que el realizar algunos y muchos cambios representaba el tener algún tipo de *depresión* 60%, en la *diversión* se concentraron también en los que no tenían *depresión* o bien era leve más de 60%. En los *cuidados a la salud* los porcentajes de 50% se encuentran principalmente en aquellos que no presentan *depresión*, pero destaca también que el 12 y 13% presentan *depresión grave* y esta en aquellos que no hicieron cambios o bien que hicieron muchos.

En la *comunicación* el no hacer cambios o pocos esta relacionado con no tener *depresión* 76 a 100%, mientras que en los que realizaron muchos cambios más del 75% se encuentra distribuido en algún tipo de *depresión*. En el *arreglo del aspecto personal* resalta que no presentan *depresión* o leve, aquellos que hacen pocos cambios o no los hacen 75 a 90% y aquellos que tuvieron muchos cambios presentan *depresión severa* o *grave* 80%.

Los cambios en el *ejercicio* nos presentan que un 62% no presenta *depresión* y no realizo cambios y los que tuvieron muchos cambios presentaron algún tipo de *depresión* cerca de un 70%, correspondiéndole un 20% a la *depresión grave*. Con relación a los hábitos del descanso o sueño el 70 a 90% corresponde a no presentar *depresión* y no cambiar o poco, en cambio el 50 a 70 % le corresponde a algún tipo de *depresión* en aquellos que cambiaron de algo a mucho su vida; el que porcentaje más alto de *depresión severa* se encuentra en aquellos que sufrieron muchos cambios.

En la *expresión de la Sexualidad*, el 60 a 80% correspondió a los que no realizaron cambios y no sufren de *depresión*, mientras que aquellos que cambiaron mucho el 70% presento algún tipo de *depresión*.

Al considerar a las personas que les *cambio la vida*, el 60% que no sufre *depresión* no cambió su vida y a los que les cambió la vida poco más del 60% presentaron algún tipo de *depresión*. debemos notar que aunque el porcentaje fue 4% hubo quien presentando *depresión severa* no cambio su vida y al contrario quien no sufriendo *depresión*, le cambio su vida 39%, siendo este último un porcentaje importante. **Cuadro 15**

Se Realizó además un análisis bivariado para *detectar asociación entre las características generales del paciente, y la ausencia o presencia de depresión*, donde se encontró que:

El *sexo femenino* tiene 3 veces más riesgo de presentar depresión que el sexo masculino (RR. 2.8, IC95% 0.7-11.2), el *Heterosexual* tiene un 40% de probabilidades de presentar depresión (RR. 1.4, IC95% 1.0-2.0) con relación al homosexual (X^2 . 3.9, $P = 0.045$), además de que el paciente con *SIDA* tiene 4 veces más riesgo de deprimirse (RR. 3.5, IC95% 1.3-9.0) en comparación de los pacientes con VIH (X^2 . 7.5, $P = 0.006$) y el estar *sin pareja* tiene un 40% de probabilidades de deprimirse en comparación a aquellos que sí tienen pareja (RR. 1.4, IC95% 0.5-4.7) y los que cursaron el *nivel básico* tienen 2 veces más probabilidad de presentar depresión (RR. 2.2, IC95% 1.0-4.9) que aquellos que cursaron nivel medio y superior (X^2 . 4.2, $P = 0.039$). Cuadro 16

Con relación a los pacientes que realizaron algunos y muchos cambios en las actividades de la vida se encontró un riesgo importante a sufrir *depresión*, con relación a aquellos que no realizaron cambios o fueron pocos, sobre todo en las siguientes *actividades de la vida*:

Trabajo (12 veces más riesgo), *Comunicación* (6 veces más riesgo), *Aspecto personal* (3 veces más riesgo), *Ejercicio* (4 veces más riesgo), Dormir (8 veces más riesgo), *Expresión sexual* (7 veces más riesgo). Cuadro 17

En la *asociación entre las características generales del paciente, y el cambio de vida* se encontró que:

El *sexo femenino* tiene 3 veces más riesgo de cambiar en general su vida (RR. 3.2, IC95% 0.8-12.7), en relación con el sexo masculino (X^2 . 3.1, $P = 0.08$), en el *índice socioeconómico* se ve que aquellos de *nivel bajo* tienen 2 veces más probabilidad de cambiar su vida que los de nivel alto. (RR. 3.2, IC95% 0.8-12.7), y que los *Bisexuales* tienen un 50% más de probabilidades de cambiar en general su vida que el Homosexual con (RR. 1.56, IC95% 0.9-2.5) y que los pacientes con *SIDA* tienen un riesgo de 2 veces más de cambiar su vida (RR. 2.2, IC95% 0.9-5.2) en comparación con los pacientes con VIH (X^2 . 3.2, $P = 0.07$). Cuadro 18

X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado, señalaremos los hallazgos más sobresalientes de la presente investigación, así como el rol que el profesional de enfermería puede desarrollar en este ámbito, como prestador de salud. No olvidando que sólo son herramientas para mejorar la calidad del cuidado, ya que la enfermedad y su repercusión cobran un significado particular en cada individuo, por lo que la atención deberá ser individualizada.

El VIH/SIDA es una enfermedad que en México afecta en la misma proporción a hombres y mujeres, homosexuales y heterosexuales, dicen las estadísticas,⁵⁵ algo que no se vio reflejado en el presente estudio, en el cual predominaron *hombres, solteros, homosexuales*. Lo cual es relevante debido a que los hombres y las mujeres suelen tener percepciones diferentes con respecto a la salud, lo que influye directamente en el modo en que se cuidan y buscan ayuda,⁵⁶ Además de que la predominancia en esta población de homosexuales exige al profesional de enfermería un criterio amplio y libre de prejuicios.⁵⁷

La mayor parte de los pacientes entrevistados se encontraron entre los 30 a 45 años de edad estando dentro del grupo de edad predominante a nivel nacional (15 a 44 años), según estadísticas,⁵⁸ mostrando que la población infectada es joven y se encuentra en la etapa más productiva de la vida, donde suele realizar sus planes de vida, y establecer su independencia. Esto implica que las intervenciones del profesional de enfermería tendrán que estar enfocadas a preservar una calidad de vida, que le permita continuar con sus actividades de la vida diaria, y en la realización de sus planes.

La escolaridad predominante fue del nivel medio y superior, el nivel socioeconómico fue alto en su mayoría, esto considerando que la población estudiada fue asegurada del IMSS. Aspectos que permiten un mayor acceso a la información general y específica de la enfermedad. Lo que exige al profesional de enfermería estar bien informado y actualizado en todo lo referente a la enfermedad, para la aclaración de dudas o bien, para saber como explicar al paciente aspectos relevantes de la enfermedad.

Los pacientes con diagnóstico de VIH representaron la mayoría, en comparación con aquellos que presentaban SIDA, debido tal vez a que la entrevista se realizó en la consulta externa, o bien por las implicaciones de la enfermedad, que le permiten al virus permanecer en el organismo muchos años, antes de presentarse como SIDA; esta

distinción se procuró debido a las implicaciones que se pudiesen presentar, en cada uno de ellos. La distinción en el diagnóstico permite al **profesional de enfermería** enfocar el propósito de sus intervenciones, ya que el paciente con **VIH** necesitará información sobre la prevención de enfermedades oportunistas, disminución del impacto del diagnóstico,⁵⁹ y la adaptación a un nuevo estilo de vida, en cambio en el paciente con **SIDA**, el mantener en lo posible una calidad de vida y la dignidad, además de proporcionar ayuda para enfrentarse a la muerte, deberán ser la prioridad.

La **vía de adquisición** que predominó en los pacientes entrevistados fue la sexual, teniendo una edad de 14 a 40 años al momento del diagnóstico, y aunado a que la mayoría fue homosexual, encontramos a una población que tiene conductas de riesgo, si bien es cierto, que el **SIDA** es una de las enfermedades por transmisión sexual, no es la única, por lo que el profesional de enfermería deberá identificar otras conductas de riesgo, dar información sobre otras enfermedades, informar de la llamada "reinfección" que si bien no esta confirmada, tampoco descartada, así como información sobre el "sexo seguro", uso del condón y alternativas para placer sexual, etc.⁶⁰

El **tratamiento** que se le proporcionó al total de la población fue de fármacos antivirales, y sólo la cuarta parte recibió apoyo psicológico, esto tal vez relacionado con la gran demanda de atención o bien que "no lo necesitan". Es de preocupar que la mayor parte de la población no recibiera **apoyo psicológico**, debido al impacto que un diagnóstico como **VIH** produce en el individuo y por lo que la OPS lo considera como intervención de primera importancia. Este apoyo psicológico es vital en una enfermedad que compromete la vida y no se debe delegar solo a los psicólogos, pues para los pacientes es de vital importancia recibirlo de **enfermería**, ya que es la que permanece las 24 hrs. del día en contacto directo con él.⁶¹

Ante la problemática del **VIH/SIDA** se formaron **grupos de "autopoyo"**, donde los pacientes se reúnen para intercambiar consejos sobre cuestiones prácticas, así como para brindarse un apoyo emocional, y procurar tener un alto grado de información,⁶² en donde se esperaría acudiera la mayor parte de la población afectada, contrario a esto, de los pacientes entrevistados son pocos los que acuden a un grupo de autoayuda, tal vez por desconocerlos, o por no encontrar beneficio. Por lo que el **profesional de enfermería** deberá estar informado de la localización de diferentes grupos y así identificar alguno cercano al domicilio del paciente, o bien formando grupos dentro de su unidad hospitalaria, esto además, de impulsar al paciente a que acuda a ellos, haciéndole notar los beneficios que le pueden proporcionar.

Dentro de los **principales temores** expresados por los pacientes se encontraron, el tener alguna enfermedad oportunista, que debido a la enfermedad, en cualquier momento se puede presentar; el miedo al abandono y la soledad; y el no querer perder la confidencialidad y privacidad, aspectos importantes para la **intervención de enfermería**, ya que puede proporcionar información sobre las medidas de prevención y tratamiento de las enfermedades oportunistas, el reforzamiento de la salud por medios naturales (ejercicio, alimentación), así como tener una actitud de respeto y no rechazo al paciente, en lo posible hacerle saber el apoyo que puede recibir, y sobre todo manejar de manera confidencial toda la información con respecto a este.

La **prevalencia de depresión** encontrada en la presente investigación, fue del 50% teniendo asociación directa, con aspectos como el ser *mujer*, aunque fueron pocas las entrevistadas, permitió ver que tienden más a deprimirse que los hombres, esto debido probablemente a que "la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres",⁶³ dice el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

Se encontró también un mayor porcentaje de deprimidos en los heterosexuales y bisexuales que en los homosexuales, tema de los que no se encontraron reportes de investigación que permitieran la comparación y por lo que sugiere para una futura investigación.

En los pacientes que acudían a un **grupo de autoayuda** se encontró que presentaban depresión, esto debido probablemente, a que se sentían mal, y decidieron buscar ayuda, o bien, a que al ver el sufrimiento de compañeros del grupo les hizo ver su futuro reflejado, o que la ayuda de estos grupos es insuficiente,

En la **etapa de diagnóstico** resalta que cerca del 50% de la población con VIH tiene algún tipo de **depresión**, así como el 75% de los que tienen SIDA, mientras que en una investigación realizada en este mismo hospital dice que el 37% de los pacientes con VIH/SIDA sufren depresión.⁶⁴ En otro estudio se dice que la prevalencia de depresión en personas con infección por VIH se han estimado entre 5% y 10%, en los países industrializados de occidente y en los pacientes con SIDA la tasa de prevalencia puede aumentar hasta el 40%.⁶⁵, siendo estos porcentajes menores a lo encontrado en el presente estudio.

La diferencia del diagnóstico permitió encontrar que los pacientes con **SIDA** tienen cuatro veces más riesgo a deprimirse que los pacientes con VIH. Esto dado que el comportamiento suele ser muy diferente, pues un paciente con VIH que se mantiene

asintomático se puede considerar una persona normal en situaciones de crisis anormales,⁶⁶ no así aquellos que suelen confrontarse más a la muerte como lo son los pacientes con SIDA.⁶⁷

Esta información es relevante para el profesional de enfermería para conocer las características con las que probablemente podrían encontrarse los pacientes, pero aunque no presenten dichas características debemos recordar que la detección de la depresión en estos pacientes no se debe dejar como labor única de los psicólogos, como ha sido durante mucho tiempo, si bien es cierto que son los más adecuados para tratarla, no son los únicos que pueden detectarla, ya que aún los mismos pacientes suelen expresar "estoy deprimido" o "me deprimí cuando me dijeron del diagnóstico, pero ya no lo estoy", esta depresión puede ser detectada fácilmente conociendo sus principales síntomas y así canalizar adecuadamente a los pacientes, ya que el profesional de enfermería es capaz de detectar síntomas depresivos que afectan al estado de ánimo de los pacientes a su cuidado.⁶⁸

El profesional de enfermería no sólo puede detectarla, pues aún puede contribuir en los siguientes aspectos:

- *Escuchando.* El escuchar al paciente sin juzgarle favorecerá el desarrollo de confianza y la detección de problemas reales y potenciales.
- *Mostrando interés.* Esto demostrará empatía al paciente y ánimo para expresar abiertamente sus sentimientos.
- *Promoviendo identidad, dignidad y autoestima* en el paciente. Esto principalmente para disminuir el miedo al rechazo, y recordándole mantener el concepto de sí mismo como persona.
- *Creando un ambiente de entorno privado y de apoyo al paciente y a su familia.*
- *Permitiendo que el paciente, pareja, amigos y familia expresen sus sentimientos con respecto al diagnóstico.*
- *Fomentando el apoyo familiar,* que le proporcione cariño, comprensión y ayuda.
- *Además de alentar al paciente a planear y preparar lo que será su nuevo estilo de vida.*⁶⁹

El profesional de enfermería ante el paciente con VIH debe intentar cubrir las necesidades que el paciente no pueda cubrir por sí mismo, prestándole el soporte psíquico, físico y emocional que necesite, evitando posturas de rechazo o de sobreprotección hacia estos enfermos, se debe buscar una aproximación al paciente, una aproximación a la familia.⁷⁰

Debemos recordar que la **enfermería** ayuda a una persona a alcanzar su polo de independencia personal en el continuo de cada **actividad de la vida diaria**, por lo que gran parte de la presente investigación se enfocó a encontrar aspectos tanto positivos como negativos, que limiten la realización de estas en el paciente con VIH/ SIDA, con el objeto de que sean herramientas del personal de enfermería para mejorar sus cuidados. Tomando de los aspectos positivos herramientas de motivación y buscando alternativas para los aspectos negativos.

En lo que se refiere al **Trabajo**, esta actividad permitió al individuo percibir ingresos económicos, así como permitirle sentirse útil, además de que en la experiencia personal se pudo corroborar que muchos aparte de trabajar, continuaban con estudios, algunos de postgrado, otros de segunda carrera y otros de licenciatura, esto debido a querer aprovechar y disfrutar el tiempo que les quedase de vida, según expresaban ellos. Pero es de preocupar los que actualmente **no trabajan**, pues entre las principales razones están el que los despidieron o tienen algún tipo de incapacidad física. Esto es relevante debido a que el no trabajar constituyó un riesgo para presentar depresión. Dadas estas circunstancias el **profesional de enfermería** deberá intervenir principalmente en aquellos que ya no trabajan, motivándolos a tener un trabajo que le permita estar ocupados, tener recursos económicos y sobre todo haciéndoles sentirse útiles, para disminuir el riesgo de depresión. Esto implica que la ocupación puede ser estable o por temporadas, como el paciente lo prefiera.

Los cambios realizados en la **diversión**, se encontraron en polos muy opuestos ya que los que salen a divertirse suelen seguir disfrutando las salidas y aun expresaban algunos "las disfrutaban más que antes" y aquellos que refieren no salir, lo atribuyen a: "no tienen ganas o amigos"; algo de lo que se notaba durante la entrevista, era que algunos se frustraban por no poder llevar la vida agitada que solían tener y preferían no salir, por lo que es de gran ayuda que el **profesional de enfermería** haga notar que existen múltiples actividades de diversión o distracción que se pueden empezar a realizar y algunas que se pueden rescatar. Esto suele ser importante ya que el divertirse se considera parte de una decisión para tomar el control consciente de la vida.⁷¹

Las personas con VIH/SIDA poseen cierta predisposición o vulnerabilidad a enfermedades infecciosas, por lo que es necesario reforzar el **área de cuidados a la salud**, aunque también contribuye a la aparición de estas, la depresión.⁷² Sin embargo, se observó que la mayoría de los pacientes entrevistados, le daban gran importancia al cuidado de su salud.

La **comunicación** del diagnóstico en el paciente con VIH/SIDA, suele ser un aspecto inquietante, y el decirlo o no a su familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo implica estrés, debido al estigma social que representa, provocando discriminación.⁷³

En la presente investigación se encontró que la mayor parte de los entrevistados, lo habían dicho a su familia y la relación fue igual y aun mejor, esto es valioso ya que muestra que lejos de importar tanto la posible discriminación, la familia dio el apoyo a sus familiares. En donde tal vez que la comunicación con respecto al diagnóstico fuese al 100% es con la pareja, pero esto no fue así, pues solo el 60% lo dijo, esto implica que el 40% de las parejas de estos pacientes no conocen el diagnóstico, esto concierne indirectamente al **profesional de enfermería** quien debe aconsejar al paciente para que comunique el diagnóstico sobre todo a su pareja, por el riesgo que ésta tiene de contagio, además de promover valores tales como la honestidad.

En aquellos pacientes que dijeron a sus amigos el diagnóstico, se encontró que la relación siguió siendo igual o hasta mejor. Y pocos fueron los que lo comunicaron a sus compañeros de trabajo, pues expresaban "no tienen porque saberlo" o "no les interesa", tal vez por eso la relación con ellos no se modificó.

En aquellos pacientes que al momento de la entrevista se identificaban como personal de salud, se les interrogaba si lo habían comunicado a la institución, donde la mayoría respondió que no. ¿Habría que valorar el aspecto ético, de este comportamiento?

La repercusión de la comunicación en general, se observó por medio de las actitudes actuales del paciente, encontrándose que la mitad de la población aún suele platicar sus problemas y disfrutar convivir con los demás igual que antes, la otra mitad de la población prefiere no decir como se siente y suele estar más irritable que antes, esto suele ser importante ya que de manera directa, repercute en su relación con los demás.

Por lo que el **profesional de enfermería** deberá identificar la razón de que la comunicación se vea afectada, para orientar al paciente en sí mismo o en su entorno familiar, ya que el profesional de enfermería suele *actuar como enlace de la familia con el equipo de atención y con los organismos públicos o privados, tanto sanitarios como sociales.*⁷⁴

El **arreglo personal** del paciente con VIH/SIDA esta directamente relacionado con su estado emocional y físico. Por lo que el **profesional de enfermería** deberá estimular el

arreglo del paciente, intervenido en aquellos aspectos que lo predisponen, como la depresión y el autoestima.

En el **ejercicio físico** se encontró que principalmente realizan ejercicio aquellos pacientes que "les preocupa su salud" o "su apariencia física" y que aquellos que no realizan ejercicio, no lo hacen por "falta de ganas" o por "incapacidad física". La **intervención de enfermería** debe orientar a la realización de ejercicio ya que ha demostrado su utilidad para mejorar la salud y como medio de apoyo eficaz para el tratamiento del VIH, pues las personas que hacen ejercicio regularmente tienen una menor incidencia de infecciones oportunistas y un mejor manejo del estrés.⁷⁵ Se deberá también motivar al paciente para que realice esta actividad, que le ayudará a sentirse mejor.

Con respecto a los **hábitos de sueño y descanso**, poco más de la mitad de los pacientes refieren poder dormir, aunque no descansan o necesitan siestas para lograrlo, mientras que el resto necesita medicamentos, esto parecería ser solo perjudicial para el enfermo, pero no es así ya que la gente que vive con ellos, "no pueden dormir, por la preocupación, acerca del paciente", este insomnio referían los pacientes, estaba relacionado con los antivirales, o bien con su estado de ánimo. Por lo que el **profesional de enfermería** deberá promover el descanso, con técnicas, como: el tomar un baño de agua tibia para relajarse, tratar de relajarse con un buen libro, o procurar descansar en un lugar silencioso, además de olvidarse de sus preocupaciones, o bien, realizar algún ejercicio, ya que probablemente no realicen suficientes actividades en el día y no se sientan cansados, etc. Además de que identifique factores como depresión y medicamentos que les producen alteraciones, buscando alternativas.

Para la exploración de los cambios en la **sexualidad** deben tomarse en cuenta diversos aspectos, como: la infección por VIH esta totalmente asociada con la sexualidad del individuo, los conceptos y prejuicios del propio paciente, los sentimientos de culpa o depresión, la condición de la pareja (VIH positivo o negativo) por todo lo anterior se explica que la mayoría de los pacientes realizaron algún cambio o ajuste en su actividad sexual, predominando la disminución en la frecuencia de relaciones sexuales, aunque algunos prefirieron la abstinencia, o bien, han recurrido a nuevas medidas de protección. Estos cambios han repercutido en la relación con su pareja. Por lo que el **profesional de enfermería** deberá orientar acerca de las medidas preventivas, limitaciones o alternativas que permitan seguir disfrutando del placer, sin arriesgar a la pareja.

El hecho de que un gran porcentaje de pacientes hayan modificado su vida, y se hayan encontrado con algún nivel de depresión, alerta al profesional de enfermería, para detectar y dar a sus pacientes ayuda para una calidad de vida, por medio de la enseñanza, apoyo emocional, comunicación y la resolución de problemas prácticos para poder de esta manera, ofrecer un cuidado integral, humano y digno.

XI. CONCLUSIONES

Las características predominantes del paciente con VIH/SIDA fueron hombres, solteros, entre 30 y 45 años, con un nivel de estudios medio superior y superior, homosexuales, con un nivel socioeconómico alto. Dichas características demandan del profesional de enfermería un criterio amplio, libre de prejuicios, para el trato a estos pacientes. Así como información de la repercusión de la enfermedad en los pacientes jóvenes.

El diagnóstico predominante fue VIH, teniendo como principal vía de adquisición la sexual, con una edad de 14 a 32 años al momento del diagnóstico, todos recibiendo tratamiento antiviral y solo un 25% apoyo psicológico. Siendo relevantes estos datos, para el profesional de enfermería para que pueda enfocar sus intervenciones a la prevención de enfermedades oportunistas y a preservar la calidad de vida en el paciente.

Como principales temores se encontró la presencia de enfermedades oportunistas, llegar a tener algún tipo de incapacidad física. Temores que tal vez se pudiesen disminuir con la información proporcionada, o bien, con el apoyo prestado por el profesional de enfermería.

El hecho de que la depresión encontrada sea mayor a la reportada en otros artículos, alerta al profesional de enfermería al diagnóstico aún desde los indicios, pues es capaz de detectar síntomas depresivos que afecten al estado de ánimo de los pacientes a su cuidado.

Las actividades de la vida donde más cambios se realizaron fueron: trabajo, cuidados a la salud, comunicación, aspecto personal, descanso o sueño, y en la sexualidad, y el hecho de que haya sido un gran porcentaje de personas, implica para el profesional de enfermería que debe enfocar sus intervenciones a disminuir en lo posible, los cambios negativos en el paciente, y a valorar los aspectos positivos que ayuden a mantener una calidad de vida, por medio de la enseñanza, apoyo emocional, comunicación y la resolución de problemas prácticos para poder de esta manera, ofrecer un cuidado integral.

XI. CONCLUSIONES

Las características predominantes del paciente con VIH/SIDA fueron hombres, solteros, entre 30 y 45 años, con un nivel de estudios medio superior y superior, homosexuales, con un nivel socioeconómico alto. Dichas características demandan del profesional de enfermería un criterio amplio, libre de prejuicios, para el trato a estos pacientes. Así como información de la repercusión de la enfermedad en los pacientes jóvenes.

El diagnóstico predominante fue VIH, teniendo como principal vía de adquisición la sexual, con una edad de 14 a 32 años al momento del diagnóstico, todos recibiendo tratamiento antiviral y solo un 25% apoyo psicológico. Siendo relevantes estos datos, para el profesional de enfermería para que pueda enfocar sus intervenciones a la prevención de enfermedades oportunistas y a preservar la calidad de vida en el paciente.

Como principales temores se encontró la presencia de enfermedades oportunistas, llegar a tener algún tipo de incapacidad física. Temores que tal vez se pudiesen disminuir con la información proporcionada, o bien, con el apoyo prestado por el profesional de enfermería.

El hecho de que la depresión encontrada sea mayor a la reportada en otros artículos, alerta al profesional de enfermería al diagnóstico aún desde los indicios, pues es capaz de detectar síntomas depresivos que afecten al estado de ánimo de los pacientes a su cuidado.

Las actividades de la vida donde más cambios se realizaron fueron: trabajo, cuidados a la salud, comunicación, aspecto personal, descanso o sueño, y en la sexualidad, y el hecho de que haya sido un gran porcentaje de personas, implica para el profesional de enfermería que debe enfocar sus intervenciones a disminuir en lo posible, los cambios negativos en el paciente, y a valorar los aspectos positivos que ayuden a mantener una calidad de vida, por medio de la enseñanza, apoyo emocional, comunicación y la resolución de problemas prácticos para poder de esta manera, ofrecer un cuidado integral.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hospital de Infectología CM."La Raza"
Recomendaciones y Experiencia institucional para la Atención Integral del paciente con VIH/SIDA Tomo II, México 2000, pp. 1-32.
2. http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/gaceta/www_1x.html
3. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2001/trim-1/0103-01.html>
4. <http://www.tuotromedico.com/temas/sida/#0html>
5. Hospital de Infectología CM."La Raza" (2000), Op. cit.
6. <http://www.tuotromedico.com/temas/sida/#0html>
7. Hospital de Infectología CM."La Raza" (2000), Op. cit
8. <http://www.tuotromedico.com/temas/sida/#0html>
9. Lippincott.
Enfermería práctica 5ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill México 1995, pp. 922,923
10. <http://www.tuotromedico.com/temas/sida/#0html>
11. http://www.fda.gov/oashi/aids/stat_app.html
12. Hospital de Infectología CM."La Raza" (2000), Op. cit
13. Newton C,
Modelo de Roper-Logan-Tierney. Aplicación Práctica
Editorial. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona 1993. pp. 241
14. Ídem.
15. Ídem.
16. Miller D,
Viviendo con SIDA y VIH
Editorial. Manual Moderno, México 1989 pp.142
17. Ídem
18. <http://www.psiquiatria.org.co/revistaspdf/1996/1996/sep96/sida.pdf>
19. *Terapias alternativas y complementarias*
<http://www.proinf.org/spanish/fs/alternativas.html>
20. Newton C, op.cit.
21. Miller D, op.cit.

22. Elliot A.
La depresión y el VIH: Evaluación y Tratamiento
<http://www.projinf.org/spanish/fs/sexo.html>
23. Miller D, op.cit
24. Newton C, op.cit
25. Hollan J, et al
Psychiatric and Psychosocial aspects of HIV infection
AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention. 3rd ed
26. **Manual de grupos de apoyo emocional (gae) para personas que viven con el VIH.** http://www.msc.es/sida/prevenccion/apoyo_emocional.htm
27. <http://www.psiquiatria.org.co/revistaspdf/1996/1996/sep96/sida.pdf>
28. Newton C, op.cit
29. Idem
30. <http://www.projinf.org/spanish/fs/alternativas.html>, op.cit
31. Newton C, op.cit
32. **Frente al vacío: Los impactos del diagnóstico**
<http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/ls-reportaje.html>
33. Newton C, op.cit
34. Miller D, op.cit
35. Hospital de Infectología CM."La Raza" (2000), Op. cit
36. **Enfermedades psicósomáticas**
http://www.psicoplanet.com/temas/tema25_contenido.htm
37. Idem.
38. Capra, J.
Una Red Sicosomática del Tejido de la vida
<http://www.geocities.com/zensenada/trad/caprasobrepert.rtf>
39. Hollan J, et al, op cit.
40. Zozaya M,
Frente al vacío: Los impactos del diagnóstico
<http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/ls-reportaje.html>
41. Borja V. Bustamente P. y Racon R.
Aumenta la depresión clínica el riesgo de muerte por causas no violentas
Salud Pública (1994), 36, 51-60. (<http://www.insp.mx/salud/36/3>)
42. Hospital de Infectología CM."La Raza" (2000), Op. cit

43. Hollan J, et al, op cit.
44. Kübler-Ross,
Sobre la muerte y los moribundos (traducción)
ED. Grijalbo, Barcelona 1989
45. Hospital de Infectología CM."La Raza" (2000), Op. cit
46. Limonero J,
El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones
Revista de Psicología general y aplicada. 1996 49(2) 249-265.
47. Sherr y George,(compilador).
Agonía, Muerte y Duelo
El manual moderno, México 1992, pp.181-201.
48. Limonero J, op cit.
49. AMSSAC Salud Sexual. Vol. 1, núm. 1, octubre-diciembre de 1998.
<http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/ls-reportaje.html>.
50. Gómez A, Lolas F, Barrera A.
Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida
Salud mental v 14 no. 1 marzo 1991, pp. 25-31
51. Illescas R, y Jiménez J.
Ansiedad, Depresión, Desesperanza y Riesgo de suicido en pacientes internados por síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Rev. Médica IMSS. México 1997,35(2):135-137
52. Tamayo M.
Que espera de la enfermera con respecto al tratamiento emocional, el paciente con virus de inmunodeficiencia humana
Rev. Cubana de Enfermería 2000,16(1):25-33.
53. Burtows, et al.
Depression in a long-term care facility: clinical features and discordance
Journal of the American geriatrics society, 1995, 43(10):1118-22.
54. Saunders P.
Depression in life-threatening illness and its treatment
Nurse times 1995,1995,32(3):4-9.
55. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2001/trim-1/0103-01.html>
56. Clarin,
<http://mamamundo.net/firms.com/notas/not001.htm#art10>
57. Ballesteros F, y Suárez R.
Suicidio en la población homosexual costarricense
San José-Costa Rica, febrero 2000 <http://www.redes-vih.org/cipac/suicidio.html>
58. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2001/trim-1/0103-01.html>
59. Hospital de Infectología CM."La Raza" (2000), Op. cit

60. Merino L.
Relaciones sexuales y consideraciones para la prevención del VIH
<http://www.projinf.org/spanish/fs/sexo.html>
61. Tamayo M, op cit.
62. <http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/ls-reportaje.html>
63. <http://mamamundo.net/firms.com/notas/not001.htm#art10>
64. Illescas R, y Jiménez J. op. cit.
65. Geoffry W, et al.
Depresión y hiv. Una perspectiva de intervención sobre una compleja relación
<http://usuarios.intercom.es/masba/texto15b.htm>
66. Gómez A, Lolas F, Barrera A. Op cit.
67. Saunders P. op. Cit.
68. Burtows, et al. op.cit
69. . Hospital de Infectología CM. "La Raza" (2000), Op. cit
70. Merino L, op cit.
71. . Miller D, op.cit
72. <http://www.projinf.org/spanish/fs/alternativas.html>
73. <http://www.msc.es/sida/prevencion/apoyoemocional.htm>
74. <http://www.tuotromedico.com/temas/sida/#0html>
75. <http://www.projinf.org/spanish/fs/alternativas.html>

XIII. BIBLIOGRAFÍA

AMSSAC. Salud Sexual. Vol. 1, núm. 1, octubre-diciembre de 1998.
<http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/ls-reportaje.html>.

Ballesteros F, y Suárez R,
Suicidio en la población homosexual costarricense
San José-Costa Rica, febrero 2000
<http://www.redes-vih.org/cipac/suicidio.html>

Borja V, Bustamente P. y Racon R.
Aumenta la depresión clínica el riesgo de muerte por causas no violentas
Salud Pública (1994), 36, 51-60
<http://www.insp.mx/salud/36/3>

Burtows, et al.
Depression in a long-term care facility: clinical features and discordance
Journal of the American geriatrics society, 1995, 43(10):1118-22.

Capra, J.
Una Red Sicosomática del Tejido de la vida
<http://www.geocities.com/zensenada/trad/caprasobrepert.rf>

Clarín,
<http://mamamundo.netfirms.com/notas/not001.htm#art10>

Elliot A,
La depresión y el VIH: Evaluación y Tratamiento
<http://www.projinf.org/spanish/fs/sexo.html>

Enfermedades psicosomáticas
http://www.psicoplanet.com/temas/tema25_contenido.htm

Enfermería y SIDA
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_etiic_legislac7.htm

Geoffry W, et al.
Depresión y hiv. Una perspectiva de intervención sobre una compleja relación
<http://usuarios.intercom.es/masba/exto15b.htm>

Gómez A, Lolas F, Barrera A.
Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida
Salud mental v 14 no. 1 marzo 1991, pp. 25-31

Hollan J, et al
Psychiatric and Psychosocial aspects of HIV infection
AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention. 3rd ed

Hospital de Infectología CM."La Raza"
Recomendaciones y Experiencia institucional para la Atención Integral del paciente con VIH/SIDA Tomo II, México 2000, pp. 1-32.

http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/gaceta/www_1x.html

<http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2001/trim-1/0103-01.html>

<http://www.tuotromedico.com/temas/sida/#0html>

<http://www.fda.gov/oashi/aids/statapp.html>

<http://www.psiquiatria.org.co/revistaspdf/1996/1996/sep96/sida.pdf>

<http://www.ahcpr.gov/ppip/sp50plus/sp50what.htm>

Illescas R, y Jiménez J.
Ansiedad, Depresión, Desesperanza y Riesgo de suicidio en pacientes internados por síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Rev. Médica IMSS. México 1997,35(2):135-137

Kübler-Ross,
Sobre la muerte y los moribundos (traducción)
ED. Grijalbo, Barcelona 1989

Limonero J,
El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones
Revista de Psicología general y aplicada. 1996 49(2) 249-265.

Lippincott.
Enfermería práctica 5ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill
México 1995, pp. 922,923

Manual de grupos de apoyo emocional (gae) para personas que viven con el VIH.
http://www.msc.es/sida/prevencion/apoyo_emocional.htm

Merino L,
Relaciones sexuales y consideraciones para la prevención del VIH
<http://www.projinf.org/spanish/fs/sexo.html>

Miller D,
Viviendo con SIDA y VIH
Editorial. Manual Moderno, México 1989 pp.142

Newton C,
Modelo de Roper-Logan-Tierney. Aplicación Práctica
Editorial. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona 1993. pp. 241

Saunders P.
Depression in life-threatening illness and its treatment
Nurse times 1995,1995,32(3):4-9.

Sherr y George,(compilador),
Agonía, Muerte y Duelo
El manual moderno, México 1992, pp.181-201.

Tamayo M,
Que espera de la enfermera con respecto al tratamiento emocional, el paciente con virus de inmunodeficiencia humana
Rev. Cubana de Enfermería 2000,16(1):25-33.

Terapias alternativas y complementarias
<http://www.projinf.org/spanish/fs/alternativas.html>

Zozaya M,
Frente al vacío: Los impactos del diagnóstico
<http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/ls-reportaje.html>

ANEXOS

Cuadro 1. Datos Sociodemográficos de los pacientes con VIH/SIDA entrevistados en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
SEXO		
Masculino	126	92
Femenino	11	8
EDAD ACTUAL		
18 - 29	21	15,3
30 - 34	39	28,5
35 - 39	34	24,8
40 - 45	27	19,7
46 - 63	16	11,7
ESTADO CIVIL		
Soltero	102	74,5
Casado	18	13,1
Unión Libre	13	9,5
Divorciado	2	1,5
Viudo	2	1,5
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	2	1,5
Primaria	1	0,7
Secundaria	34	24,8
Preparatoria	44	32,1
Universidad o más	56	40,9
OCUPACIÓN ANTERIOR		
Empleado	63	46
Trabajo por su cuenta	25	18,2
Profesionista	35	25,5
Hogar	6	4,4
Estudiante	6	4,4
Jubilado o Pensionado	2	1,5
OCUPACIÓN ACTUAL		
Empleado	45	32,8
Trabajo por su cuenta	32	23,4
Profesionista	31	22,6
Hogar	7	5,1
Estudiante	3	2,2
Jubilado	15	10,9
Desempleado	4	2,9
PREFERENCIA SEXUAL		
Heterosexual	38	27,7
Bisexual	10	7,3
Homosexual	89	65
PERTENECEN A UN GRUPO DE AUTOAYUDA*		
	14	10,2

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

* Solo se mencionan aquellos que se pertenecen.

CUADRO 2. Datos Económicos de los pacientes con VIH/SIDA entrevistados en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
TIPO DE CASA		
Propia	87	63,5
Rentada	43	31,4
Prestada	7	5,1
HACINAMIENTO*		
No hacinado (menor a 1.6)	85	62,0
Semihacinado (1.6 a 3.5)	49	35,8
Hacinado (mayor a 3.5)	3	2,2
SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA		
Agua	137	100
Luz	137	100
Drenaje	137	100
ARTÍCULOS CON LOS QUE CUENTA (n=137)		
Teléfono	122	89,1
Celular	79	57,7
Lavadora	118	86,1
Equipo Modular	127	92,7
Computadora	64	46,7
Sistema de televisión de paga	50	36,5
Automóvil	60	43,8
DEPENDENCIA ECONÓMICA		
Sí	22	16,1
No	115	83,9
ÍNDICE SOCIOECONÓMICO**		
Bajo	21	15,3
Medio	34	24,8
Alto	82	59,9

*El hacinamiento se obtuvo dividiendo el número de habitantes entre el total de dormitorios.

**El índice socioeconómico se calculó con las características de la vivienda, hacinamiento, servicios y pertenencias, considerándose bajo de 154 a 158 puntos, medio de 160 a 237 y alto de 238 a 242.

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

**CUADRO 3. Datos referentes al Diagnóstico de VIH/SIDA
en los pacientes entrevistados en el Hospital de
Infectología en el CM "La Raza"**

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
ETAPA DE DIAGNOSTICO		
VIH	110	80,3
SIDA	27	19,7
VÍA DE ADQUISICIÓN		
Sexual	133	97,1
Transfusión Sanguinea	2	1,5
Ocupacional	2	1,5
EDAD AL DIAGNÓSTICO		
14 - 24	29	21,2
25 - 28	29	21,2
29 - 32	37	27,0
33 - 40	25	18,2
41 - 59	17	12,4
AÑO DEL DIAGNÓSTICO		
1985 - 1989	10	7,3
1990 - 1994	32	23,4
1995 - 1998	70	51,1
1999 - 2002	25	18,2
TRATAMIENTO RECIBIDO*		
Fármacos Antivirales	137	100
Apoyo Nutricional	28	20,4
Paliativos para el Dolor	11	8,0
Tratamiento dental	9	6,6
Apoyo Psicológico	35	25,5
Tratamiento Alternativo	13	9,5

*Solo se muestran el número de pacientes que recibieron dichos tratamientos (n=137)

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C.M "La Raza"

CUADRO 4. Temores detectados en los pacientes con VIH/SIDA entrevistados en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
APARICIÓN DE INFECCIONES OPORTUNISTAS		
Sí	98	71,5
No	39	28,5
INCAPACIDAD FÍSICA		
Sí	85	62,0
No	52	38,0
FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS		
Sí	68	49,6
No	69	50,4
ABANDONO Y SOLEDAD		
Sí	46	33,6
No	91	66,4
PERDIDA DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD		
Sí	43	31,4
No	94	68,6
MUERTE		
Sí	41	29,9
No	96	70,1
REACCIÓN DE LA GENTE QUE LE RODEA		
Sí	41	29,9
No	96	70,1
ETIQUETA SOCIAL DE HOMOSEXUAL Y/O TOXICÓMANO		
Sí	19	13,9
No	118	86,1

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

CUADRO 4. Temores detectados en los pacientes con VIH/SIDA entrevistados en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
APARICIÓN DE INFECCIONES OPORTUNISTAS		
Sí	98	71,5
No	39	28,5
INCAPACIDAD FÍSICA		
Sí	85	62,0
No	52	38,0
FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS		
Sí	68	49,6
No	69	50,4
ABANDONO Y SOLEDAD		
Sí	46	33,6
No	91	66,4
PERDIDA DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD		
Sí	43	31,4
No	94	68,6
MUERTE		
Sí	41	29,9
No	96	70,1
REACCIÓN DE LA GENTE QUE LE RODEA		
Sí	41	29,9
No	96	70,1
ETIQUETA SOCIAL DE HOMOSEXUAL Y/O TOXICÓMANO		
Sí	19	13,9
No	118	86,1

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el CM "La Raza"

CUADRO 5. Cambios en las actividades de la vida a partir del Diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con el Trabajo

Abril-Junio 2002

VARIABLE		
	No.	%
TRABAJAN ACTUALMENTE	105	76,6
<i>RAZONES PARA TRABAJAR (n=105)</i>		
Para obtener recursos económicos	30	28,5
Para sentirse útil	19	17,8
Por superación personal	18	17,3
Para alcanzar nuevas metas	16	15,2
Por ser independiente	15	14,2
Por obligación	4	3,8
Por seguro médico	2	2,0
Por rutina	1	1,2
ACTUALMENTE NO TRABAJAN	32	23,4
<i>RAZONES DE NO TRABAJAR (n=32)</i>		
Despido	18	56,3
Decisión Propia	5	15,6
Impedimentos Físicos	8	25,0
Indicación Médica	1	3,1

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C M "La Raza"

CUADRO 6. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con la Diversión

Abril-Junio
2002

VARIABLE	No.		%	
	SALEN ACTUALMENTE A DIVERTIRSE	89		65,0
MODIFICACIONES EN LAS SALIDAS (n=89)	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Salen con la misma frecuencia que antes	47	52,8	42	47,2
Salen con el mismo grupo de amigos	57	64,0	32	36,0
Aun disfrutan las salidas	72	80,8	17	19,2
ACTUALMENTE NO SALEN A DIVERTIRSE	48		35,0	
RAZONES PARA NO SALIR A DIVERTIRSE (n=48)	No.		%	
No tiene ganas	15		31,3	
No tiene amigos	9		18,7	
Por incapacidad Física	10		20,9	
Falta de recursos económicos	8		16,6	
Falta de tiempo	6		12,5	

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C.M. "La Raza"

CUADRO 7. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con la Importancia dada a los Cuidados de la Salud

Abril-Junio 2002

A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO USTED CONSIDERA:	Más importante		Igual de importante		Menos importante	
	No.	%	No.	%	No.	%
VARIABLE						
Tomar sus medicamentos según indicaciones médicas	88	64,2	48	35,0	1	0,7
Acudir a citas	85	62,0	52	38,0	-	-
Tener una adecuada alimentación	84	61,3	53	38,7	-	-
Prevención de Infecciones Oportunistas	100	73,0	35	25,5	2	1,5
Medidas de protección para no contagiar a otros	84	61,3	50	36,5	3	2,2
Buscar alternativas para mejorar la salud	84	61,3	48	35,0	5	3,6
Buscar alternativas de curación	77	56,2	52	38,0	8	5,8

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C.M. "La Raza"

CUADRO 8. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con la Comunicación

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Sí		No			
	No.	%	No.	%		
CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO POR:						
Amigos	83	60,6	54	39,4		
Compañeros de trabajo	25	18,2	112	81,8		
Pareja	90	65,7	47	34,3		
Familia	104	75,9	33	24,1		
LA RELACIÓN ACTUAL ES:	Mejor		Igual		Peor	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pareja	33	24,1	58	42,3	46	33,6
Familia	64	46,7	63	46	10	7,3
Amigos	45	32,8	81	59,1	11	8
Compañeros de trabajo	17	12,4	109	79,6	11	8
ACTITUDES ACTUALES	Sí		No			
	No.	%	No.	%		
Platica sus problemas como antes	83	60,6	54	39,4		
Disfruta convivir con los demás igual que antes	94	68,6	43	31,4		
Tiene interés por salir y charlar	105	76,6	32	23,4		
Comparte sus preocupaciones	83	60,6	54	39,4		
Siente que le escuchan	112	81,8	25	18,2		
Piensa que es preferible no decir como se siente	81	59,1	56	40,9		
Se siente más irritable y discute con mayor facilidad	80	58,4	57	41,6		

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C.M. "La Raza"

CUADRO 9. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con la Apariencia Personal

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Tienen el mismo ánimo para arreglarse que antes	99	72,3	38	27,7
Les preocupa como se ve físicamente	107	78,1	30	21,9
Les agrada sentirse atractivo	125	91,2	12	8,8
Les preocupa la opinión de los demás con respecto a su apariencia	84	61,3	53	38,7
Les agrada verse en un espejo	102	74,5	35	25,5

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C.M. "La Raza"

CUADRO 10. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con el Ejercicio

Abril-Junio 2002

VARIABLE	No.	%
Anteriormente y actualmente realizan ejercicio	43	31
Anteriormente no realizaban ejercicio y actualmente sí	11	8
Anteriormente realizaban ejercicio y actualmente no	37	27
Anteriormente y actualmente no realizan ejercicio	46	34
ACTUALMENTE REALIZAN EJERCICIO (n=137)	54	39,4
RAZONES PARA REALIZAR EJERCICIO (n=54)		
Preocupa su salud	19	35,2
Recomendación médica	4	7,4
Relajación	11	20,4
Mejor apariencia Física	19	35,2
Tiempo Libre	1	1,8
ACTUALMENTE NO REALIZAN EJERCICIO (n=137)	83	60,6
RAZONES PARA NO REALIZAR EJERCICIO (n=83)		
Ya no tienen ganas	24	28,9
Falta de fuerzas físicas	24	28,9
Recomendación médica	1	1,3
No tiene tiempo	21	25,3
Nunca le ha gustado	13	15,6

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C.M "La Raza"

CUADRO 11. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con el Sueño

Abril-Junio 2002

VARIABLE	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Logran dormir	90	65,7	47	34,3
Duerme las mismas horas que antes	72	52,6	39	28,5
Necesitan medicamentos para dormir	44	32,1	93	67,8
Le es difícil conciliar el sueño	35	25,5	76	55,5
Aun cuando duerme, se siente cansado	59	43,1	52	38

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C.M "La Raza"

CUADRO 12. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados. Relacionados con la Expresión de la Sexualidad

Abril-Junio
2002

VARIABLE	SÍ		No	
	No.	%	No.	%
Actualmente tienen pareja sexual	78	56,9	59	43,1
Consideran que la relación con su pareja se vio afectada	71	51,8	66	48,2
Creer que el Apetito sexual ha disminuido	61	44,5	76	55,5
Disminuyó la frecuencia de relaciones sexuales	99	72,3	38	27,7
Necesitaron tomar nuevas medidas de protección	116	84,7	21	15,3
Necesitaron tener nuevas alternativas para satisfacción sexual	64	46,7	73	53,3
Han recurrido durante un tiempo largo a la abstinencia	65	47,4	72	52,6

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C M "La Raza"

CUADRO 13. Cambios en las actividades de la vida a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes entrevistados.

VARIABLE	NO REALIZARON CAMBIOS		POCOS CAMBIOS		ALGUNOS CAMBIOS		CAMBIARON MUCHO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En el Trabajo	30	21,9	33	24,1	31	22,6	43	31,4
En la Diversión	84	61,3	-	-	37	27,0	16	11,7
En los Cuidados a la Salud	16	11,7	14	10,2	31	22,6	76	55,5
En la Comunicación	1	0,7	42	30,7	79	57,7	15	10,9
En el Aspecto Personal	51	37,2	40	29,2	36	26,3	10	7,3
En el Ejercicio	80	58,4	-	-	-	-	57	41,6
En el descanso o Sueño	23	16,8	30	21,9	35	25,5	49	35,8
En la expresión sexual	4	2,9	15	10,9	61	43,8	58	42,3

Los Cambios se determinaron a partir de las preguntas de cada uno de los bloques, a los que se les dio un puntaje y una calificación final, considerando 0 no se realizaron cambios, de 0 1 a 2 9 se consideraron pocos, de 3 a 6 9 se consideran algunos y mayor a 7 se consideraron muchos cambios.

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C M "La Raza"

Cuadro 14. Datos relacionados con las características de los pacientes y el tipo de Depresión

TIPO DE DEPRESIÓN

Abril-Junio 2002

CARACTERÍSTICAS	sin depresión		leve		moderada		grave	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%*
SEXO								
Masculino	65	51,6	36	28,6	14	11,1	11	8,7
Femenino	3	27,3	2	18,2	4	36,4	2	18,1
ESTADO CIVIL								
Soltero	52	51,	31	30,4	12	11,8	7	6,9
Casado	9	50	1	5,6	2	11,1	6	33,3
Unión Libre	5	39	5	38,5	3	23,1	-	-
Divorciado	1	50	-	-	1	50	-	-
Viudo	1	50	1	50	-	-	-	-
ESCOLARIDAD								
Analfabeta	-	-	2	100	-	-	-	-
Primaria	-	-	1	100	-	-	-	-
Secundaria	13	38,2	8	23,5	6	17,6	7	20,6
Preparatoria	20	45,5	11	25	8	18,2	5	11,4
Universidad o más	35	6,25	16	28,6	4	7,1	1	1,8
PREFERENCIA SEXUAL								
Heterosexual	14	36,8	9	23,7	9	23,7	6	15,8
Bisexual	4	40	3	30	1	10	2	20
Homosexual	50	56,2	26	29,2	8	9	5	5,6
NIVEL SOCIOECONOMICO								
Bajo	9	42,9	7	33,3	3	14,3	2	9,5
Medio	18	52,9	7	20,6	4	11,8	5	14,7
Alto	41	50	24	29,3	11	13,4	6	7,3
GRUPO DE AUTOAYUDA								
No	64	52	34	27,6	17	13,8	8	6,5
Sí	4	28,6	4	28,6	1	7,1	5	35,7
ETAPA DE DIAGNÓSTICO								
VIH	61	50,5	33	30	11	10	5	4,5
SIDA	7	25,9	5	18,5	7	25,9	8	29,6
VIA DE ADQUISICION								
Sexual	66	49,6	37	27,8	18	13,5	12	9
Transfusión Sanguinea	1	50	-	-	-	-	1	50
Ocupacional	1	50	1	50	-	-	-	-

*El Porcentaje se considera por fila

Cuadro 15. Datos relacionados con los Cambios hechos por los pacientes en las Actividades de la Vida Diaria y Depresión

CAMBIOS	TIPO DE DEPRESION							
	sin depresión		leve		moderada		grave	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EN EL TRABAJO								
No realizaron	25	83,3	3	10	2	6,7	-	-
Pocos	25	75,8	7	21,2	1	0,3	-	-
Algunos	9	29	15	48,4	6	19,4	1	3,2
Muchos	9	20,9	13	30,2	9	20,9	12	27,9
EN LA DIVERSIÓN								
No realizaron	41	48,8	19	22,6	12	14,3	12	14,3
Algunos	23	62,2	11	29,7	3	8,1	-	-
Muchos	4	25	8	50	3	18,8	1	6,3
EN LOS CUIDADOS A LA SALUD								
No realizaron	9	56,3	5	31,3	-	-	2	12,5
Pocos	4	28,6	6	42,9	3	21,4	1	7,1
Algunos	17	54,8	9	29	5	16,1	-	-
Muchos	38	50	18	23,7	10	13,2	10	13,2
EN LA COMUNICACIÓN								
No realizaron	1	100	-	-	-	-	-	-
Pocos	32	76,2	8	19	2	4,8	-	-
Algunos	33	76,7	24	30,4	11	13,9	11	13,9
Muchos	2	13,3	6	40	5	33,3	2	13,3
EN EL ARREGLO PERSONAL								
No realizaron	38	74,5	11	21,6	2	3,9	-	-
Pocos	14	35	17	42,5	7	17,5	2	5
Algunos	14	38,9	10	27,8	8	22,2	4	11,1
Muchos	2	20	-	-	1	10	7	70
EJERCICIO								
No realizaron	50	62,5	19	23,8	9	11,3	2	2,5
Muchos	18	31,6	19	33,3	9	15,8	11	19,3
DORMIR								
No realizaron	20	87	2	8,7	-	-	1	4,2
Pocos	21	70	8	26,7	1	3,3	-	-
Algunos	16	45,7	10	28,6	6	17,1	3	8,6
Muchos	11	22,4	18	36,7	11	22,4	9	18,4
EXPRESION SEXUAL								
No realizaron	4	100	-	-	-	-	-	-
Pocos	12	80	3	20	-	-	-	-
Algunos	35	58,3	15	25	7	11,7	3	5
Muchos	17	29,3	20	34,5	11	19	10	17,2
VIDA								
No efectuaron cambios	43	59,7	17	23,6	9	12,5	3	4,2
Si efectuaron cambios	25	38,5	21	32,3	9	13,8	10	15,4

*El Porcentaje se considera por fila

CUADRO 16. "Análisis de las características generales del paciente con VIH/SIDA y Depresión"

VARIABLE DEPRESIÓN	RR	IC 95%	X²	P	X² DE TENDENCIA
SEXO					
Masculino	1.0				
Femenino	2.8	(0.7-11.2)	2.3	0.1	
*NIVEL SOCIOECONOMICO					
Alto	1.0				
Medio	0.89	(0.37-2.13)			
Bajo	1.33	(0.5-3.9)		0.7	0.16
PREFERENCIA SEXUAL					
Homosexual	1.0				
Bisexual	1.3	(1.0-2.0)	0.9	0.32	
Heterosexual	1.4	(1.0-2.0)	3.9	0.045	
ETAPA DE DIAGNÓSTICO					
VIH	1.0				
SIDA	3.5	(1.3-9.0)	7.5	0.006	
ESTADO CIVIL					
Con Pareja	1.0				
Sin Pareja	1.4	(0.5-4.7)	0.5	0.45	
ESCOLARIDAD					
Nivel Medio y Superior	1.0				
Nivel Básico	2.2	(1.0-4.9)	4.2	0.039	

RR = Riesgo Relativo, X² M-H = Chi Squares Mantel - Haenszel, IC95% = Intervalo de confianza del 95%, P = Valor de P, X² de tendencia lineal

CUADRO 17. "Análisis de las características generales del paciente con VIH/SIDA y Depresión"

VARIABLE DEPRESIÓN	RR	IC 95%	X²	P	X² DE TENDENCIA
CAMBIOS EN EL TRABAJO					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	11.9	(5.3-26.8)	41.2	0.000	
*CAMBIOS EN LA DIVERSIÓN					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	0.9	(0.4-1.8)	0.059	0.8	
CAMBIOS EN LA COMUNICACION					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	5.5	(2.4-12.6)	18.4	0.000	
*CAMBIOS EN LA DIVERSION					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	0.9	(0.4-1.8)	0.05	0.808	
*CAMBIOS EN LOS CUIDADOS A LA SALUD					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	0.7	(0.3-1.6)	0.6	0.4	
CAMBIOS RELACIONADOS CON EL ASPECTO PERSONAL					
No hubo cambios o fueron pocos	1				
Muchos Cambios	2.5	(1.1-5.2)	6.1	0.013	
CAMBIOS EN EL EJERCICIO					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	3.6	(1.7-7.4)	11.7	0.000	
CAMBIOS EN LOS HABITOS DEL SUEÑO					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	7.2	(3.2-15.8)	26.5	0.000	
CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN SEXUAL					
No hubo cambios o fueron pocos	1.0				
Muchos Cambios	6.7	(1.8-24.4)	10.5	0.001	

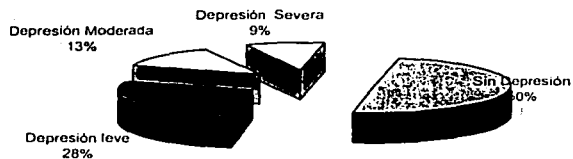
RR = Riesgo Relativo, X² M-H = Chi Squares Mantel - Haenszel, IC95% = Intervalo de confianza del 95%, P = Valor de P, X² de tendencia lineal

CUADRO 18. "Análisis de las características generales del paciente con VIH/SIDA y los cambios realizados en sus actividades de la vida diaria"

VARIABLE ACTIVIDADES DE LA VIDA	RR	IC 95%	X²	P	X² DE TENDENCIA
SEXO					
Masculino	1.0				
Femenino	3.2	(0.8-12.7)	3.1	0.08	
* NIVEL SOCIOECONOMICO					
Alto	1.0				
Medio	1.14				
Bajo	2.08			0.17	1.8
PREFERENCIA SEXUAL					
Homosexual	1.0				
Bisexual	1.56	(0.9-2.5)	2.2	0.13	
Heterosexual	1.05	(0.7-1.6)	0.06	0.8	
ETAPA DE DIAGNÓSTICO					
VIH	1.0				
SIDA	2.2	(0.9-5.2)	3.2	0.07	
* ESTADO CIVIL					
Con Pareja	1.0				
Sin Pareja	1.1	(0.7-1.9)	0.2	0.63	
* ESCOLARIDAD					
Nivel Medio y Superior	1.0				
Nivel Básico	1.07	(0.5-2.2)	0.30	0.86	

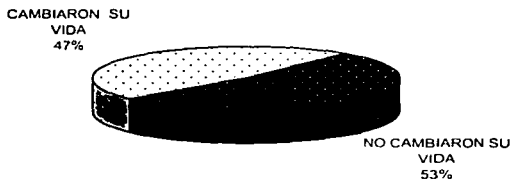
RR = Riesgo Relativo, X² M-H = Chi Squares Mantel - Haenszel, IC95% = Intervalo de confianza del 95%, P = Valor de P, X² de tendencia lineal

GRAFICA 1. DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON VIH/SIDA ENTREVISTADOS



La variable depresión se conformó, mediante la aplicación de la escala de Beck, donde se considera sin depresión menor a 12 puntos, depresión leve de 12 a 20 puntos, moderada de 21 a 30 puntos y severa mayor de 31 puntos.

GRAFICO 2. CAMBIO GLOBAL DE LA VIDA DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA ENTREVISTADOS



Para la realización de este último índice, se consideró mayor al 60% el haber cambiado su vida.

Fuente: Entrevistas realizadas por la pasante en el Hospital de Infectología en el C M

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario consta de grupos de afirmaciones, de las que deberá elegir una de cada grupo, que describa de mejor manera *cómo se ha sentido en esta última semana*, encerrando en un círculo el número correspondiente.

Por favor lea cada afirmación cuidadosamente. **ASEGÚRESE DE LEER TODAS LAS FRASES DE CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.**

Folio _____ Fecha _____

1.	0 No me siento triste 1 Me siento triste 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar	1. <input type="checkbox"/>
2.	0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro 1 Estoy desilusionado(a) del futuro 2 Siento que no tengo perspectiva de futuro 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará	2. <input type="checkbox"/>
3.	0 No siento que fallé 1 Siento que fallo más que una persona normal 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado 3 Me siento una falla completa como persona	3. <input type="checkbox"/>
4.	0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre 1 No disfruto de las cosas como antes 2 No encuentro ya satisfacción real de nada 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo	4. <input type="checkbox"/>
5.	0 No me siento particularmente culpable 1 Me siento culpable buena parte del tiempo 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo 3 Me siento culpable todo el tiempo	5. <input type="checkbox"/>
6.	0 No siento que he sido castigado(a) 1 Siento que podría ser castigado(a) 2 Espero ser castigado(a) 3 Siento que he sido castigado(a)	6. <input type="checkbox"/>
7.	0 No me siento desilusionado(a) de mí 1 Estoy desilusionado(a) de mí 2 Estoy disgustado(a) conmigo 3 Me odio	7. <input type="checkbox"/>
8.	0. No me siento peor que nadie 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas 3 Me culpo por todo lo malo que sucede	8. <input type="checkbox"/>
9.	0 No tengo pensamientos de suicidarme 1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría 2 Me gustaría matarme 3 Me mataría si pudiera	9. <input type="checkbox"/>
10.	0 No lloro más de lo usual 1 Llora más que antes 2 Llora ahora todo el tiempo 3 Podía llorar antes, pero ahora aunque quiera, no puedo	10. <input type="checkbox"/>
11.	0 No soy más irritable de lo que era antes 1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes 2 Me siento irritado(a) todo el tiempo 3 Me irrito ahora por las cosas que antes no	11. <input type="checkbox"/>

12.	0 No he perdido el interés en otra gente 1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes 2 He perdido mi interés en otra gente 3 He perdido todo mi interés en otra gente	12. __
13.	0 Hago decisiones igual que siempre 1 Evito hacer decisiones más que antes 2 Tengo mayores dificultades para hacer decisiones ahora 3 No puedo hacer decisiones por completo	13. __
14.	0 No siento que me vea peor que antes 1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a) 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a) 3 Creo que me veo feo(a)	14. __
15.	0 Puedo trabajar tan bien como antes 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo 3 No puedo hacer nada	15. __
16.	0 Puedo dormir tan bien como siempre 1 No duermo tan bien como antes 2 Me despierto 1-2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir	16. __
17.	0 No me canso más de lo usual 1 Me canso más fácilmente que antes 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa 3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa	17. __
18.	0 Mi apetito es igual que lo usual 1 Mi apetito no es tan bueno como antes 2 Mi apetito es mucho peor ahora 3 No tengo nada de apetito	18. __
19.	0 No he perdido peso 1 He perdido más de 2.5 Kg 2 He perdido más de 5 Kg 3 He perdido más de 7.5 Kg.	19. __
20.	0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas 3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más	20. __
21.	0 No he notado cambios en mi interés por el sexo 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes 2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora 3 He perdido completamente el interés en el sexo	21. __
22.	De acuerdo a sus principales preocupaciones o temores, señale 3 de las siguientes afirmaciones.	22. __ __
	1) Temó ser abandonado o quedarse solo.	SÍ NO
	2) Temó tener alguna incapacidad para realizar vida cotidiana.	
	3) Tengo miedo a la aparición de infecciones.	
	4) Tengo miedo a que faltan recursos económicos para el tratamiento médico.	
	5) Tengo miedo a la pérdida de privacidad y confidencialidad.	
	6) Tengo miedo a que me etiqueten como homosexual o toxicómano.	
	7) Tengo miedo a morir.	
	8) Tengo miedo a la reacción de los que lo rodean.	

POR FAVOR ASEGÚRESE DE HABER RESPONDIDO LAS VEINTIDOS PREGUNTAS GRACIAS.

3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

**"ACTIVIDADES DE LA VIDA Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA,
ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA UN CUIDADO INTEGRAL"**

<p>1. Folio __ _ _ </p> <p>2. Fecha __ _ _ / __ _ _ / __ _ _ </p> <p>3. Edad actual __ _ _ años</p> <p>4. Edad al diagnóstico __ _ _ años</p> <p>5. Sexo 1. Masculino 2. Femenino</p> <p>6. Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo</p> <p>7. Escolaridad 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad o más</p> <p>8. Ocupación actual _____ y anterior _____</p> <p>9. Preferencia Sexual _____</p> <p>NIVEL SOCIOECONÓMICO Y AMBIENTE FAMILIAR</p> <p>10. La casa donde vive es: 1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. otra _____</p> <p>11. ¿Total de habitaciones? _____</p> <p>12. ¿Total de habitaciones que utiliza como dormitorios? _____</p> <p>13. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda? _____</p> <p>14. ¿Cuenta con los siguientes servicios? 1. Agua __ _ 2. Luz __ _ 3. Drenaje __ _ </p> <p>15. ¿Cuenta con los siguientes artículos? 1. Teléfono __ _ 2. Celular __ _ 3. Lavadora __ _ 4. Equipo modular __ _ 5. Computadora __ _ 6. Sistema de televisión de paga. __ _ 7. Automóvil __ _ </p> <p>16. ¿Depende económicamente de alguien? . Sí 2.NO</p>	<p>1. __ _ _ _ </p> <p>2. __ _ _ _ </p> <p>3. __ _ _ _ </p> <p>4. __ _ _ _ </p> <p>5. __ _ _ _ </p> <p>6. __ _ _ _ </p> <p>7. __ _ _ _ </p> <p>8. __ _ _ _ </p> <p>9. __ _ _ _ </p> <p>10. __ _ _ _ </p> <p>11. __ _ _ _ </p> <p>12. __ _ _ _ </p> <p>13. __ _ _ _ </p> <p>14. __ _ _ _ </p> <p>15. __ _ _ _ </p> <p>16. __ _ _ _ </p>									
<p>DATOS DE LA ENFERMEDAD</p> <p>17. Edad al diagnóstico _____</p> <p>18. Etapa 1. VIH 2. SIDA</p> <p>19. Año de adquisición 1. Sexual 2. Trasfusión sanguínea 3. otra. _____</p> <p>20. Año de diagnóstico _____</p> <p>21. Tratamiento médico: 1) Fármacos antivirales __ _ 2) Apoyo nutricional. __ _ 3) Paliativos para el dolor. __ _ 4) Tratamiento dental. __ _ 5) Apoyo psicológico y psiquiátrico __ _ ¿Cuál? _____ 6) Tratamiento alternativo __ _ ¿Cuál? _____ 7) Otro _____</p> <p>22. ¿Pertenece a algún grupo de autoayuda? 1. Sí 2.NO</p>	<p>17. __ _ _ _ </p> <p>18. __ _ _ _ </p> <p>19. __ _ _ _ </p> <p>20. __ _ _ _ </p> <p>21. __ _ _ _ </p> <p>22. __ _ _ _ </p>									
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</p> <p>I. TRABAJO</p> <p>1. ¿Trabaja actualmente? 1) Sí 2) NO</p> <p>2. ¿Por qué? Sí NO 1) para obtener recursos económicos __ _ 1. por despido __ _ 2) para sentirse útil __ _ 2. por decisión propia __ _ 3) por superación personal __ _ 3. por impedimentos físicos __ _ 4) por obligación __ _ 4. por indicación medica __ _ 5) por ser independiente __ _ 5. otro _____ 6) para alcanzar nuevas metas __ _ 7) por rutina __ _ 8) otro _____</p> <p>3. Considera que últimamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Han disminuido las ganas de ir a su trabajo</td> <td style="text-align: center;"> __ _ </td> <td style="text-align: center;"> __ _ </td> </tr> <tr> <td>2) Se concentra en lo que realiza</td> <td style="text-align: center;"> __ _ </td> <td style="text-align: center;"> __ _ </td> </tr> </tbody> </table>		Sí	NO	1) Han disminuido las ganas de ir a su trabajo	__ _	__ _	2) Se concentra en lo que realiza	__ _	__ _	<p>T1 __ _ _ _ </p> <p>T2 __ _ _ _ </p> <p>T3 __ _ _ _ </p>
	Sí	NO								
1) Han disminuido las ganas de ir a su trabajo	__ _	__ _								
2) Se concentra en lo que realiza	__ _	__ _								

3) ¿ Se siente a gusto estar con sus compañeros			
4) Realiza las mismas actividades laborales que antes			
5) Frecuentemente falta a su trabajo			
6) Cambia frecuentemente de empleo			
7) Trabaja al mismo ritmo que antes			
8) Ha disminuido el interés en lo que realiza			
(Si se dedica al hogar o pasa el mayor tiempo en él)			
4. ¿A usted			
	SÍ	NO	
1) Le agrada estar en su hogar			
2) Se siente aburrido la mayor parte del tiempo			
3) Le gustan las actividades a realizar en su hogar			
4) Se siente útil			
5) Es una rutina más			

T4 | | | | | |
| |

II. DIVERSIONES

- ¿Últimamente sale a divertirse?
 - 1 SÍ _____ 2 NO ¿Por qué? _____
- 1.1. ¿Sale con la misma frecuencia que antes?
 - 1 SÍ _____ 2 NO ¿Por qué? _____
- 1.2. ¿Sale con las mismas personas con la que solía salir?
 - 1 SÍ _____ 2 NO ¿Por qué? _____
- 1.3. ¿Disfruta salir igual que antes?
 - 1 SÍ _____ 2 NO ¿Por qué? _____
- Usted considera que ha influido su estado de animo en esto
 - 1 SÍ _____ 2 NO, porque _____

DV1 | | | | | |

DV2 | |

III. CONTROL DE LA INFECCIÓN

1. ¿Qué tan importante es para usted?	Mas importante que antes	Igual de importante que antes	Menos importante antes
1) Tomar sus medicamentos según indicaciones medicas			
2) Acudir a sus citas			
3) Tener una adecuada alimentación			
4) La prevención de infecciones oportunistas			
5) Tomar medidas de protección en el hogar para cuidar a los demás			
6) Buscar alternativas para mejorar su salud			
7) Buscar alternativas de vivienda			

C1 | | | | | |
| | | |

IV. COMUNICACIÓN

- ¿Saben su diagnostico sus ...?

	SÍ	NO
1) Amigos		
2) Compañeros de trabajo		
3) Pareja		
4) Familia		
- ¿Considera que actualmente la relación con ...?

	Mejor	Igual	Peor
1) Su pareja, es...			
2) Su familia, es...			
3) Sus amigos es...			
4) Sus compañeros de trabajo o jefes, es...			
- ¿Últimamente, usted ...?

	SÍ	NO
1) Platica sus problemas como anteriormente lo hacia		
2) Le gusta convivir con los demás igual que antes		
3) Tiene interés por salir y charlar		
4) Ha logrado compartir sus preocupaciones		

C1 | | | | | |
| |

C2 | | | | | |
| |

C3. | | | | | |
| | | | |

	SÍ	NO
5) Siente que le escuchan		
6) Ha pensado que es preferible no decir como se siente		
7) Se ha sentido irritado y discute con los demás		

4. ¿Usted considera que su estado de ánimo ha influido en la relación con los que le rodean?
 1 Sí 2 No ¿por qué?

C4 | | | |

V. ARREGLO PERSONAL

1. ¿Siente que usted...?

	SÍ	No
1) Tiene el mismo ánimo para arreglarse que antes		
2) Le ha preocupado cómo se ve físicamente		
3) Le agrada sentirse atractivo(a)		
4) Le preocupa la opinión de los demás con respecto a su apariencia		
5) Le agrada verse en un espejo		

2. ¿Considera que su estado de ánimo ha influido en esto?
 1 Sí 2 NO ¿por qué?

AP1 | | | | |
| | |

AP2 | | |

VI. EJERCICIO

1. ¿Anteriormente realizaba algún ejercicio?
 1 Sí 2 NO

2. ¿Actualmente realiza un ejercicio?
 1 Sí 2 NO

3. ¿Por qué?

SÍ	NO
1) Porque le preocupa su salud	1) Ya no tiene ganas
2) Por recomendación médica	2) Le faltan fuerzas físicas
3) Para relajarse	3) Por recomendación médica
4) Para verse mejor físicamente	4) Porque no tiene tiempo
5) Porque tiene tiempo libre	5) Otro
6) Otro	

E1 | | | |

E3 | | | | | | | |
| | | | |

VII. DORMIR

1. ¿Últimamente usted ha logrado dormir?
 1 Sí 2 NO ¿Por qué?

1.1. Y...:

	SÍ	No
1) ¿Duerme las mismas horas que antes?		
2) ¿Ha necesitado medicamentos para dormir?		
3) ¿Toma siestas?		
4) ¿Le ha sido difícil conciliar en sueño?		
5) ¿Aun cuando duerme, se siente cansado?		

2. ¿Considera que influye su estado de ánimo?
 1 Sí 2 NO ¿por qué?

DO1 | | | | | |
| | | |

DO2 | | |

VIII. EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD

1. ¿Actualmente usted tiene pareja?
 1 Sí 2 NO ¿Por qué?

2. ¿Considera que la relación con su pareja se ha visto afectada en algún aspecto?
 1 Sí 2 NO ¿Por qué?

3. ¿Usted, considera que...?

	SÍ	NO
1) Su apetito sexual, ha disminuido		
2) Ha disminuido la frecuencia de relaciones sexuales.		
3) Ha necesitado tomar nuevas medidas de protección		
4) Ha necesitado tener nuevas alternativas para satisfacción sexual		
5) Ha recurrido mejor a la abstinencia		

ESX1 | | | |

ESX2 | | | |

ESX3 | | | | |
| | | | |