



Recibido: 23 de junio de 2011

Aceptado: 26 de octubre de 2011

Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana

Ma. del Pilar Meza-Rodríguez,* Javier Mancilla-Ramírez,‡ Claudia Sánchez-Bravo,*
Ricardo Figuero-Damián,* Lilia Estrella Contreras-Maldonado,§ Jorge Carreño-Meléndez*

* Investigadores del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer IER).

‡ Director General del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer IER).

§ Psicóloga Clínica.

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) impactan no sólo la esfera orgánica del sujeto que la padece, sino también las esferas psicológica y social; la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no es la excepción, por lo que es de suma importancia conocer las respuestas emocionales que surgen de manera secundaria al padecimiento hasta el momento identificadas en la literatura, y reconocer su contribución en la evolución de la enfermedad. La evaluación y tratamiento psicológico deben ser considerados en forma simultánea con los procedimientos médicos, en la atención integral de estos pacientes.

Palabras clave: Respuesta emocional, virus de inmunodeficiencia humana, atención integral.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections (ITS) have an impact not only in organic sphere of the subject that suffers it, but also in the psychological and social spheres; the human immunodeficiency virus (HIV) is not an exception, therefore it is of outmost importance to know the emotional responses that appear secondary to the disease that up to date have been identified in the literature, and to recognize their involvement in the disease evolution. Psychological evaluation and treatment should be simultaneously considered with the medical procedures, for the integral attention of these patients.

Key words: Emotional response, human immunodeficiency virus, integral attention.

INTRODUCCIÓN

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) adquirió peculiar interés a partir de la epidemia registrada en 1980. Al inicio, la transmisión comprendió un grupo de homosexuales de Los Ángeles, Nueva York y San Francisco, sin embargo estudios retrospectivos demostraron que el virus llevaba existiendo varios años antes de ser reconocido.¹

Por Consenso Mundial, en el año de 1985 se denomina al virus como virus de inmunodeficiencia humana.² Este virus pertenece a la familia de los retrovirus que tienen como material genético ácido ribonucleico (RNA) y emplean una enzima conocida

como transcriptasa reversa para formar ácido desoxirribonucleico (DNA) a partir de su RNA y lograr su replicación, una de las peculiaridades del virus es que posee un número mayor de genes reguladores de la replicación aumentando su patogenicidad y resistencia a los medicamentos antivirales. El VIH infecta células humanas que tienen en su membrana receptores CD4, la mayoría de estas células son los linfocitos T. La patogenicidad no se produce directamente por el VIH sino que es ocasionada por el mismo sistema inmune al destruir las células, que son reconocidas como infectadas por lo que la reducción del número de linfocitos cooperadores produce un estado de inmunocompromiso serio, ya que estos linfocitos tienen un papel muy importante como reguladores

de la respuesta inmune. El VIH puede transmitirse por vía sexual, por sangre y por vía perinatal; la vía sexual es la más común de todas. En los últimos años se ha incrementado la transmisión heterosexual impactando fuertemente a la población joven y de género femenino. Por otro lado, el control en los bancos de sangre ha disminuido la posibilidad de contagio por hemotransfusión. En la población pediátrica infectada la transmisión perinatal es la principal vía de contagio, la infección se puede generar dentro del útero, durante el parto o en la lactancia.¹

La infección por VIH puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, raza, género, religión o nivel socioeconómico; cuando alguien la contrae no sólo incide en el nivel biológico, sino que posee el poder de afectar el entorno familiar, laboral, económico y social.³

A nivel mundial, en el 2009, ONUSIDA reportó 33.4 millones de personas que viven infectadas por VIH, de los cuales 31.3 millones son adultos; 15.7 millones, mujeres y 2.1 millones, menores de 15 años. En ese mismo año se infectaron 2.7 millones de personas. La región más afectada es África, representa el 67% de las infecciones en el mundo, le sigue el sur y sureste de Asia con 13% y, en tercer lugar, América Latina con el 5%, alrededor de 1.7 millones de personas infectadas. En América Latina nuestro país ocupa el décimo séptimo lugar en cuanto a prevalencia en población adulta. En México, el primer diagnóstico de la infección se elaboró en 1983; sin embargo, análisis retrospectivos indican que el inicio de la epidemia fue en 1981. Desde el inicio de la epidemia, hasta el 17 de noviembre de 2009, en nuestro país se contabilizaban 135,003 casos acumulados de SIDA, de los cuales 82.3% corresponden al sexo masculino y 17.7% al femenino en una relación de 4.6 a 1. En cuanto a la edad el grupo de 25 a 34 años tiene un porcentaje mayor de casos de SIDA.⁴

En el año 2003, en México se construyeron 56 centros ambulatorios para la atención y prevención del SIDA e ITS (CAPASITS). El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) atiende pacientes con infección por VIH con un objetivo especial: atender a mujeres embarazadas portadoras de la infección. De ese modo, el INPer se ha constituido como un centro de referencia a nivel nacional para este tipo de pacientes.¹

Desde el punto de vista de género, se considera que las mujeres son más vulnerables ante la infección y que el principal factor de riesgo de contagio

es la transmisión sexual. De las mujeres con VIH, el 90% han sido infectadas por este mecanismo, 90% por transmisión heterosexual; la mayoría de estas mujeres mantenían relaciones sólo con su pareja estable, lo que con mayor claridad indica la vulnerabilidad de la mujer ante el contagio; además, tales resultados están directamente ligados con los hábitos sexuales de la pareja (bisexualidad, drogadicción, promiscuidad, etcétera).⁵ Esta vulnerabilidad está asociada a una problemática que constituye un reto para la salud materno-infantil ya que la mayoría de las mujeres infectadas están en edad reproductiva y muchas de ellas se embarazan; el embarazo en estas mujeres conlleva el riesgo de transmisión vertical de la infección, aunque el uso de agentes antivirales en las mujeres positivas al VIH disminuye la posibilidad de la transmisión vertical, hay un riesgo cercano al 8% de que los hijos de estas mujeres se contagien por la vía descrita.⁶

En 1985, en México fue notificado el primer caso de una mujer infectada por el VIH en el país. Hacia el año 2000, la prevalencia de la infección en mujeres fue de una mujer infectada por 1,000 mujeres no infectadas, la prevalencia de la infección en mujeres embarazadas fue menor al 1%.⁷

IMPACTO PSICOLÓGICO

Específicamente las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, psicológicos y económicos que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental.⁸ La afectación psicológica no se debe pasar por alto; por el contrario, debe ser trascendente la evaluación de los procesos psicológicos involucrados tanto a nivel preventivo como de tratamiento a fin de conseguir una atención completa del padecimiento.⁹

La forma en que la experiencia emocional puede influir sobre la salud es múltiple, va desde el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, la elección de conductas saludables y no saludables como estrategia de regulación emocional, hasta la compleja relación entre apoyo social y salud. Desde el diagnóstico, e incluso desde la toma de sangre para el examen diagnóstico, las personas experimentan en mayor o en menor grado algún tipo de alteración emocional, de severidad, tiempo e intensidad variables; tales alteraciones incluyen pérdida de autoestima,

sentimientos de alienación, aislamiento de grupos sociales, pérdida de la pareja o el empleo, culpabilidad por la vida sexual pasada, cambios en la imagen corporal, aumento de la atención a síntomas o manifestaciones físicas, incertidumbre frente al futuro, indefensión, frustración y percepción de pérdida de control sobre sus vidas.¹⁰

Bajo este contexto los trastornos del estado de ánimo son habituales y afectan áreas del comportamiento y del proceso de la enfermedad, se manifiestan con cambios anímicos secundarios a los niveles altos de incertidumbre generados al enfrentarse a una enfermedad rodeada de estigmatización y rechazo por parte de la sociedad.

La presencia de problemas emocionales en las personas con VIH/SIDA viene explicada de entrada por la psicopatología previa de los afectados; en segundo lugar, por la dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo; en tercer lugar, como consecuencia de la misma enfermedad y de su tratamiento y, en cuarto lugar, como consecuencia del estigma social de la enfermedad.¹¹

La depresión y la ansiedad son las reacciones emocionales que aparecen con mayor frecuencia en este tipo de pacientes;¹² ansiedad como emoción anticipatoria y depresión como emoción que se produce después del esfuerzo de afrontamiento. Varias investigaciones han determinado que altos niveles de depresión disminuyen la función inmune, aceleran la progresión de la enfermedad, incrementan la discapacidad y disminuyen la supervivencia,¹³ concluyendo, aunque con reserva, que existe una relación entre factores psicológicos y la disminución de linfocitos en personas infectadas por VIH que padecen depresión; pacientes con VIH/SIDA con un nivel medio de carga viral presentan rasgos de ansiedad, en comparación con pacientes con carga viral baja.¹²

Además de la depresión y la ansiedad, también se han referido como problemas psicológicos habituales en este tipo de pacientes: baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico, hipocondría, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, aparición o reaparición de conflictos sobre la orientación sexual, disminución de la concentración, pérdida de memoria, fobias específicas, trastornos de la personalidad, deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol o drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes.¹¹

AFRONTAMIENTO Y ENFERMEDAD

El impacto de este evento genera una condición psicológica reactiva cuya finalidad es la asimilación progresiva de la realidad generadora de estrés, entendiendo a este último como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso y que no puede ser agrupado en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos, suponiendo la adaptación a la enfermedad.¹⁴

La condición psicológica reactiva también es conocida como malestar psicológico y su presencia ha sido relacionada con un menor número de linfocitos T y células B en pacientes con infección por VIH.¹⁵

Ante una crisis se realiza una evaluación respecto a la salud y al grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo que incluye la percepción general de salud y el bienestar emocional,¹⁶ y que adquiere una especial relevancia pues de esta maniobra depende la puesta en marcha de acciones que favorezcan u obstaculicen la posición del sujeto frente a la enfermedad.

Esta valoración que cada persona realiza acerca de su propia vida y su entorno puede diferir entre individuos, aun cuando se encuentren en las mismas circunstancias, de modo que se constituye una estrategia técnicamente conocida como afrontamiento; esta técnica ha sido considerada como una conducta que protege al individuo de un daño psicológico derivado de experiencias sociales traumáticas, y se puede expresar de tres maneras: por eliminación o modificación de las condiciones dadas por el problema, por el control perceptual del significado de la experiencia como manera de neutralizar su carácter problemático y cuidando las consecuencias emocionales derivadas del problema, con el fin de mantenerlo dentro de un límite manejable o tolerable por el individuo.¹⁷

Es relevante el reconocimiento de la estrategia de afrontamiento que las personas infectadas de VIH emplean para hacer frente al evento, ya que de ello depende la puesta en marcha de acciones por parte del propio individuo que contribuyan a la facilitación u obstaculización de la evolución del padecimiento; diversos estudios dan ejemplo de ello; en una muestra de 229 hombres y mujeres con infección por VIH se concluye que el afrontamiento activo con actitudes de autocuidado centrado en la solución del problema

con búsqueda de apoyo social e información ha sido identificado como factor protector contra el estrés emocional y por ende, contra la ansiedad y la depresión.¹⁸ El empleo de estrategias adaptativas de afrontamiento, aunado al apoyo social en pacientes VIH positivos, genera una disminución significativa del estrés y aumenta su calidad de vida.¹⁹

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Los avances en el terreno farmacológico han favorecido la aparición de diversas opciones terapéuticas para los pacientes con VIH/SIDA; la terapia anti-rretroviral (ARV) es una de las más empleadas por los beneficios que reporta; para optimizar su efecto se requiere de una aceptación y responsabilidad del paciente a fin de cumplir de manera estricta con este régimen, ya que es sabido que el incumplimiento puede llevar fácilmente al incremento de la carga viral y replicación del virus permitiendo que éste se haga resistente a la medicación.²⁰ Por ello, es indispensable lograr una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado por mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado,²¹ comportamiento conocido como adherencia terapéutica.

Esta serie de conductas puede alterarse por una respuesta emocional disfuncional; tal como la literatura lo reporta, la existencia de problemas emocionales es un factor de riesgo por sí solo para lograr una baja adherencia terapéutica, por lo que debe ser prioridad para el clínico su atención y manejo.²²

La mayoría de las investigaciones informan que 50% de pacientes no siguen adecuadamente su tratamiento, lo cual indica una correlación entre mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés con menores niveles de adherencia terapéutica;²³ en mujeres infectadas por VIH se ha observado que a mayor nivel de sintomatología depresiva menor probabilidad de utilizar adecuadamente la terapia ARV.¹³

A la adherencia terapéutica se le han asociado factores como: nivel educativo, grado de información respecto a la enfermedad, creencias culturales, valoración de la gravedad de la enfermedad, percepción de la eficacia del tratamiento, vulnerabilidad percibida, intolerancia a los efectos secundarios, creencia acerca de la toxicidad de los fármacos, relación con el personal médico, inestabilidad en la vida del pacien-

te, estado de ánimo depresivo, ansiedad, problemas psicopatológicos en general, calidad de vida, falta de apoyo social, historia o consumo de alcohol y drogas o simplemente el olvido.¹¹

En la Psicología, la práctica clínica ha demostrado que los pacientes mejor adaptados psicológicamente aceptan mejor el tratamiento ARV, presentando mayores tasas de adherencia terapéutica.²³

CONCLUSIONES

La implicación emocional sobre el curso de la enfermedad en pacientes con infección por VIH está claramente descrita en la literatura, así como su asociación con la adopción de conductas saludables puestas al servicio del enfermo, por lo que las alteraciones psicológicas secundarias al proceso de enfermedad deben ser evaluadas, diagnosticadas y manejadas oportunamente por el profesional de salud mental, con la finalidad de lograr un manejo multidisciplinario óptimo que permita la reinserción del sujeto infectado a todos los ámbitos de su vida.

REFERENCIAS

1. Casanova G, Ortiz F, Reyna J. Infecciones de transmisión sexual. 1^a ed. México: Alfil; 2004.
2. Gallo R. Human retrovirus: a decade of discovery and link with human disease. *J Infect Dis* 1991; 164: 235-43.
3. Villa I, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicol Salud* 2006; 16: 51-62.
4. Centro Nacional para la prevención y control de SIDA (2009). El VIH/SIDA en México. 1^a ed. México: CENSIDA
5. Valdés R. VIH-SIDA y embarazo: actualización y realidad en Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67: 160-6.
6. Figueroa R, Villagrana R. Factores asociados a la aceptación de salpingooclásia postparto en mujeres infectadas por el VIH. *Salud Pública Méx.* 2001; 43: 97-102.
7. Alarcón D. Primeras descripciones en investigaciones sobre SIDA en México. En: Alarcón D, Ponce de León S, editores. El SIDA en México, Veinte años de la epidemia. México: Colegio Nacional de México; 2003: 89-92.
8. Ingersooll K. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on nonadherence to HIV treatment. *AIDS Care* 2004; 16: 199-211.
9. Arivillaga M, Correa D, Varela M, Holguín L, Tovar J. Variables Psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un estudio correlacional. *Univ Psychol* 2006; 5: 659-67.
10. Piña J, Robles S. Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Rev Psicopatol Psicol Clín* 2005; 10: 71-83.

11. Ballester R. Aportaciones al tratamiento psicológico de las personas con VIH. *Rev Psicopatol Psicol Clín* 2005; 10: 53-69.
12. Teva I, Bermúdez M, Hernández-Quero J, Buela-Casal, G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental* 2005; 28: 40-9.
13. Arrivillaga M, López J, Ossa A. Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. *Pensamiento psicológico*. 2006; 2: 55-71.
14. Morales-Carmona F, Díaz E, Espíndola G, Henales C, Meza P, Mota C, Pimentel D. Concepto de Salud Psicológica. En: Morales CF, ed. Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas, Universidad Iberoamericana, Scranton University. México: Manual Moderno 2005; 1: 49-62.
15. Motivala S, Hurwitz B, Llabre M, Le Blanc W, Schneiderman N. Psychological distress is associated with decreased memory helper T-cell and B-cell counts pre-AIDS seropositive men and women but only in those with low viral load. *Psychosom Med* 2003; 65: 627-35.
16. Contreras F, Esguerra J, Espinosa J, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Act Colom Psicol* 2007; 10: 169-79.
17. Pearlin L, Lieberman MA, Managhan E, Mullan J. The stress process. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 337-56.
18. Villa I, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida. *Psicol Salud* 2006; 16: 51-62.
19. Heckman T. The chronic illness quality of life (CIQOL). Model explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology* 2003; 22: 140-7.
20. Colven R, Harrington R, Spach D, Cohen C, Otón T. Retroviral rebound Syndrome after cessation of suppressive antiretroviral therapy in three patients with chronic HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133: 430-4.
21. Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicol Salud* 2004; 14: 5-7.
22. Ballester R. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartmental, para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema* 2003; 15: 517-23.
23. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema* 2002; 14: 262-7.

Correspondencia:

Dr. Jorge Carreño Meléndez
Montes Urales Núm. 800,
Col. Lomas de Virreyes,
11000 México D.F.
Tel. 55209900 Ext. 147
E-mail: jocame2003@yahoo.com