

Estados afectivos, autorregulación psíquica y conductas frente a la enfermedad en pacientes con inicio de sida

Affective states, psychic self-regulation and behavioral response to the disease among patients with clinical onset of AIDS

Leticia Arriaga Garza,^I Ubaldo González Pérez,^{II} Marta Castro Peraza,^{II} Jorge L. Pérez Ávila,^I Alina Alerm González^I

^IInstituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". La Habana, Cuba

^{II}Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: se reporta la relación entre VIH/sida y enfermedad mental, pero en Cuba no se han estudiado alteraciones de la vida psíquica en pacientes con comienzo de sida.

Métodos: población de estudio: pacientes con diagnóstico de aparición de sida a menos de un año del diagnóstico, de ambos sexos; se empleó el sistema de registro SIDATRAT listándose y localizándose los casos. Se propuso conocer el comportamiento de variables de la vida psíquica en pacientes con aparición de sida y su asociación con inmunocompetencia.

Resultados: se estimaron estados afectivos, autorregulación psíquica, conductas frente a la enfermedad, linfocitos CD4+ y carga viral en 42 pacientes con inicio de sida con y sin síntomas psicopatológicos. Se emplearon estadísticas descriptivas y ANOVA de comparación de medias para relacionar variables y pruebas robustas confirmatorias. Los estados afectivos negativos no fueron buenos indicadores de alteración psíquica, con medias homogéneas entre grupos. En pacientes sintomáticos predominó la "toma de decisiones reflexivas-responsabilidad", con medias superiores para "descontrol" e inferiores en "autocontrol" indicadoras de peor afrontamiento. Puntajes altos para "autocontrol" se asociaron con baja carga viral, pero no con conteos de LT CD4+; no se relacionaron variables psíquicas con inmunocompetencia.

Palabras clave: inicio clínico sida, estados afectivos, afrontamiento, vulnerabilidad psíquica, personalidad, VIH/sida.

ABSTRACT

Introduction: the relationship between HIV/AIDS and mental illness has been reported, but no studies have been conducted in Cuba about psychic alterations in patients at clinical onset of AIDS.

Methods: study population: patients of both sexes with a diagnosis of AIDS onset within a year after diagnosis. The record system SIDATRAT was used to list and locate the cases. The purpose was to learn about the behavior of psychic variables in patients at clinical onset of AIDS and their association with immunocompetence.

Results: estimation was made of affective states, psychic self-regulation, behavioral response to the disease, CD4+ lymphocytes and viral load in 42 patients at clinical onset of AIDS with and without psychopathological symptoms. Descriptive statistics analysis, ANOVA mean comparison, was performed to relate variables and robust confirmatory tests. Negative affective states were not good indicators of psychic alteration, with homogeneous means between the groups. "Reflexive decision making responsibility" predominated among symptomatic patients, with upper means for "discontrol" and lower means for "self-control", indicative of worst coping. High "self-control" scores were associated with a low viral load, but not with TL CD4+ counts. No psychic variable was related to immunocompetence.

Key words: clinical onset of AIDS, affective states, coping, psychic vulnerability, personality, HIV/AIDS.

INTRODUCCIÓN

Un elevado porcentaje de las muertes por enfermedades infecciosas en el mundo es consecuencia de la infección por el virus del VIH/sida, especialmente en los países en vías de desarrollo.¹⁻³ Alrededor de 1 801 individuos fueron nuevos diagnósticos del año 2012 en Cuba, de los cuales 164 se encontraban en estadio sida al momento del diagnóstico y 58 fallecieron ese mismo año.⁴

El número de pacientes con sida en el momento del diagnóstico que no conocían su seropositividad cuando enfermaron se incrementa, de manera sostenida, en el mundo y en Cuba.⁵

Se denomina inicio clínico de sida a toda persona con antecedentes de salud que al diagnóstico de infección por VIH presenta una condición clínica definitiva de sida.⁷ Estos pacientes suelen evolucionar de forma desfavorable, presentan más complicaciones, mueren en menor tiempo y mayor proporción, lo que evidencia su importancia como problema de salud.

La infección por VIH/sida puede provocar desajustes y trastornos psicopatológicos por daño neuronal y neurotoxicidad⁸ y por su fuerte componente social producto del estigma y el temor a la muerte cercana e inevitable, que impacta la vida afectiva de las personas que viven con VIH/sida, provocando devaluación personal y social^{9,10} depresión, ansiedad o ambas.⁹ Si esto sucede en pacientes que conocen su seropositividad, y tienen tiempo de realizar su ajuste emocional con ayuda médico-psicológica y saben que puede retardarse la progresión a sida y la muerte, por la terapia antirretroviral, se puede suponer que el efecto psicológico negativo del

diagnóstico sería más grave en personas que sin conocimiento anterior de seropositividad se les notifica que padecen sida y deben enfrentar su estatus ante sí mismos, la familia y la sociedad.

Los rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas y las enfermedades psicopatológicas antes y después del diagnóstico pueden permitir o no a los pacientes con VIH/sida, en diferente grado, afrontar la enfermedad para lograr adaptación y bienestar.¹¹ Las estrategias de afrontamiento que indican mala adaptación se relacionan con mayores síntomas de depresión, sufrimiento y dolor psíquico¹² y la depresión crónica, los eventos estresantes y el trauma reducen la calidad de vida y pueden afectar, de manera negativa, la progresión de la infección por disminución en los linfocitos T CD4+ (LTCD4+), el incremento en la carga viral (CV) con mayor riesgo de declinación clínica y mortalidad.¹³

Sin embargo, en Cuba, hasta donde se conoce, no existen investigaciones que evalúen variables relacionadas con los trastornos psicopatológicos en pacientes con inicio de sida a pesar de su importancia para la atención de los pacientes que se encuentran en situación desventajosa para la supervivencia. Tomando en cuenta esta situación, se propuso conocer los estados afectivos, el estilo personal de autorregulación psíquica, las conductas ante la enfermedad (conductas de afrontamiento), y las posibles asociaciones de estas últimas con el conteo de LTCD4+ y la CV en pacientes con inicio clínico de sida con y sin trastornos psíquicos como primera aproximación a este problema

MÉTODOS

Población de estudio: pacientes con diagnóstico de aparición de sida a menos de un año del diagnóstico, de ambos sexos y que mantuvieron atención especializada en el Instituto "Pedro Kourí" (IPK) entre junio/2009 y junio/2010.

Recolección de la información

Se empleó el sistema de registro SIDATRAT listándose y localizándose los casos. De las historias clínicas se obtuvo el conteo de LTCD4+ y la CV más cercana al momento de la evaluación y anotaciones psicológicas o del comportamiento relevantes que orientaron la primera etapa de clasificación.

Se utilizó un instrumento autoaplicado que valoró los estados afectivos, así como características de la autorregulación psíquica y las conductas frente a la enfermedad elaborados por el Departamento de Psicología del ICBP "Victoria de Girón". Se empleó el examen psicológico actual, lo que se clasificaron en sintomático o asintomático, si refirió tener o no síntomas de la esfera emocional, conductual o ambos.

Procesamiento y análisis de la información

Se clasificaron los estados afectivos en positivos (EAP) y negativos (EAN) según afirmaciones que evidenciaron uno u otro. Para la autorregulación psíquica y vulnerabilidad (indicadora de rasgos de personalidad) se consideraron *ítems* para las dimensiones siguientes: toma de decisiones impulsivas, toma de decisión reflexiva-responsabilidad, autovaloración positiva, autovaloración negativa-minusvalía, autoafirmación-autocontrol, satisfacción-realización-seguridad y para las conductas frente a la enfermedad (indicadoras del afrontamiento) se incluyeron seis

dimensiones: autocontrol, descontrol, fatalismo-derrota, optimismo-esperanza, evasión-delegar esfuerzo, responsabilidad-autoafirmación-reflexión.

Se asignaron puntajes entre 1 y 5 a las opciones seleccionadas por los pacientes en los diferentes *ítems* con dirección positiva o negativa según las afirmaciones. La concentración de LTCD4+ se organizó en rangos: menor de 200 cel/mm³, entre 200-499 cel/mm³, ≥ 500 cel/mm³, CV < 55 000 cp/mL, ≥ 55 000 cp/mL y, no detectable.

Se sumaron los puntajes de los *ítems* para cada dimensión de las variables estudiadas y se contrastaron para sintomáticos y asintomáticos. Se calcularon estadísticas descriptivas para las variables cuantitativas estimando los valores medios y los intervalos de confianza para las diferentes dimensiones.

La presencia o ausencia de manifestaciones psicopatológicas se relacionó con los estados afectivos durante la vida, la autorregulación psíquica y vulnerabilidad y las conductas frente a la enfermedad mediante ANOVA de comparación de medias de las dimensiones de las tres variables y pruebas robustas de Welch y de Brown-Forsythe. Las medias de las dimensiones de conducta frente a la enfermedad se compararon según rangos de carga viral y conteo de linfocitos CD4+ utilizando ANOVA, confirmado por las pruebas robustas.

Aspectos éticos

Se cumplieron las normas CIOMS para este tipo de investigaciones. Se informó verbalmente a los pacientes acerca de los objetivos del estudio. Se determinó la inclusión por la aceptación de participar y la firma de un consentimiento informado en el que se encontraba, de manera explícita, información relevante en relación con la investigación, los beneficios del estudio y constaba que podía abandonar el estudio cuando lo deseara sin consecuencia sobre su atención médica, así como que al divulgar los resultados se protegería la confidencialidad, cumpliéndose el requisito acerca de que la aprobación fuese libre de presiones y con decisiones autónomas.

No existieron conflictos de intereses, ya que la investigación se realizó con el propósito de obtener conocimientos que beneficien futuras intervenciones en estos pacientes.

RESULTADOS

Quedaron incluidos 42 pacientes, 32 con manifestaciones psicopatológicas denominados "sintomáticos" y 10 que no las presentaban designados "no sintomáticos".

Estados afectivos positivos y negativos

No existió diferencia estadísticamente significativa en las medias de estados afectivos entre grupos, por lo que no resultó un buen predictor de alteraciones psicopatológicas, pero no fueron predominantes positivos porque de 72 puntos posibles a alcanzar en estos, en ambos grupos solo se obtuvo un 60 % del puntaje.

Caracterización psíquica y vulnerabilidad

Las medias fueron homogéneas, excepto para la "toma de decisiones reflexivas-responsabilidad" más elevadas en los sintomáticos ($p= 0,005$). Las medias para la

"autovaloración negativa" fueron ligeramente inferiores en asintomáticos, mientras que los sintomáticos alcanzaron puntajes algo más elevados en "autovaloración positiva", sin significación estadística (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización psíquica y vulnerabilidad en pacientes sintomáticos y asintomáticos

Dimensiones para caracterización psíquica y vulnerabilidad		N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95 %	
					Límite inferior	Límite superior
Toma de decisiones impulsivas	Sintomático	32	5,41	1,31	4,93	5,88
	Asintomático	10	5,80	1,13	4,99	6,61
	Total	42	5,50	1,274	5,10	5,90
Toma de decisiones reflexivas-responsabilidad*	Sintomático	32	**9,63	1,91	8,94	10,31
	Asintomático	10	7,60	1,77	6,33	8,87
	Total	42	9,14	2,05	8,50	9,78
Autovaloración negativa	Sintomático	32	9,97	3,32	8,77	11,17
	Asintomático	10	11,00	2,78	9,00	13,00
	Total	42	10,21	3,20	9,22	11,21
Autovaloración positiva	Sintomático	32	27,34	4,37	25,77	28,92
	Asintomático	10	25,00	5,79	20,86	29,14
	Total	42	26,79	4,78	25,30	28,28
Autoafirmación	Sintomático	32	9,34	1,78	8,70	9,99
	Asintomático	10	8,80	1,98	7,38	10,22
	Total	42	9,21	1,82	8,64	9,78
Satisfacción-realización-seguridad	Sintomático	32	32,69	5,55	30,68	34,69
	Asintomático	10	30,30	7,13	25,20	35,40
	Total	42	32,12	5,96	30,26	33,98

Fuente: Cuestionario autoaplicado. González U. Toma de decisiones reflexivas-responsabilidad. ANOVA p= 0,005. Welch 0,007 Brown-Forsythe 0,007.

Para "conductas frente a la enfermedad" existió diferencia en la dimensión "descontrol" (p= 0,008) acumulando los sintomáticos puntajes superiores. En la dimensión "optimismo-esperanza" los asintomáticos alcanzaron puntajes más altos, mientras que en "fatalismo-derrota" los pacientes con síntomas los tuvieron ligeramente superiores (tabla 2).

Tabla 2. Conductas frente a la enfermedad en pacientes que tienen síntomas y que no tienen síntomas

Dimensiones para conductas frente a la enfermedad		N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95 %	
					Límite inferior	Límite superior
Autocontrol	Sintomático	32	22,22	4,44	20,62	23,82
	Asintomático	10	25,00	3,12	22,76	27,24
	Total	42	22,88	4,30	21,54	24,22
Descontrol	Sintomático	32	**11,72	2,84	10,69	12,74
	Asintomático	10	7,10	2,60	5,24	8,96
	Total	42	10,62	3,40	9,56	11,68
Fatalismo-derrota	Sintomático	32	12,97	3,77	11,61	14,33
	Asintomático	10	10,40	3,83	7,66	13,14
	Total	42	12,36	3,90	11,14	13,57
Optimismo-esperanza	Sintomático	32	8,84	2,79	7,84	9,85
	Asintomático	10	10,50	2,50	8,71	12,29
	Total	42	9,24	2,79	8,37	10,11
Evasión-delegar esfuerzo	Sintomático	32	11,75	3,91	10,34	13,16
	Asintomático	10	14,00	4,44	10,82	17,18
	Total	42	12,29	4,11	11,00	13,57
Responsabilidad autoafirmación-reflexión	Sintomático	32	22,66	5,23	20,77	24,54
	Asintomático	10	24,00	4,21	20,98	27,02
	Total	42	22,98	4,99	21,42	24,53

Fuente: Cuestionario autoaplicado González U y colaboradores.

Descontrol. ANOVA p= 0,008 Welch 0,000 Brown-Forsythe 0,000.

Asociación de conductas frente a la enfermedad con el estado inmunológico

Las medias fueron homogéneas para casi todas las dimensiones, excepto para el "autocontrol" (p= 0,005). En la dimensión descontrol, los puntajes superiores se asociaron a CV más altas sin significación estadística (tabla 3).

Tabla 3. Conductas frente a la enfermedad de acuerdo con la carga viral

Dimensiones para conductas frente a la enfermedad	Carga viral (cp/mL)	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95 %	
					Límite inferior	Límite superior
Autocontrol	< 55 000	22	24,32	2,934	23,02	25,62
	≥ 55 000	7	20,43	6,024	14,86	26,00
	No detectable	3	**26,33	2,082	21,16	31,50
Descontrol	< 55 000	8	19,63	4,438	15,91	23,34
	≥ 55 000	40	22,85	4,394	21,44	24,26
	No detectable	22	10,41	3,034	9,06	11,75
Fatalismo-derrota	< 55 000	7	12,14	3,891	8,54	15,74
	≥ 55 000	3	8,67	2,887	1,50	15,84
	No detectable	8	10,50	4,504	6,73	14,27
Optimismo-esperanza	< 55 000	40	10,60	3,477	9,49	11,71
	≥ 55 000	22	11,77	3,891	10,05	13,50
	No detectable	7	12,86	4,634	8,57	17,14
Evasión-delegar esfuerzo	< 55 000	3	11,00	2,646	4,43	17,57
	≥ 55 000	8	14,38	3,962	11,06	17,69
	No detectable	40	12,43	3,980	11,15	13,70
Responsabilidad-autoafirmación-reflexión	< 55 000	22	9,18	2,737	7,97	10,40
	≥ 55 000	7	8,14	2,734	5,61	10,67
	No detectable	3	12,00	,000	12,00	12,00

Autocontrol. ANOVA p= 0,005 Welch 0,000 Brown-Forsythe 0,000.

Los puntajes en dimensiones de conductas frente a la enfermedad y el conteo de LTCD4+ no mostraron asociación (p= 0,755). A pesar de no encontrar significación, para dimensiones negativas como el fatalismo-derrota, descontrol y evasión-delegar esfuerzo, los pacientes con LTCD4+ >500 cel/mm³ acumularon puntajes más bajos lo cual podría ser un indicador favorable (tabla 4).

Tabla 4. Conductas frente a la enfermedad de acuerdo con el conteo de LCD4+

Dimensiones para conductas frente a la enfermedad	Conteo LCD4+ (cel/mm ³)	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95 %	
					Límite inferior	Límite superior
Autocontrol	<200	19	22,68	4,57	20,48	24,89
	200-499	18	23,56	4,09	21,52	25,59
	>500	4	21,25	4,99	13,31	29,19
Descontrol	< 200	1	21,00	.	.	.
	200-499	42	22,88	4,30	21,54	24,22
	> 500	19	10,47	3,51	8,78	12,17
Fatalismo-derrota	< 200	18	10,83	3,13	9,28	12,39
	200-499	4	11,25	4,78	3,63	18,87
	>500	1	7,00	.	.	.
Optimismo-esperanza	<200	42	10,62	3,40	9,56	11,68
	200-499	19	12,26	3,94	10,36	14,16
	>500	18	11,94	3,71	10,10	13,79
Evasión-delegar esfuerzo	<200	4	14,00	5,41	5,38	22,62
	200-499	1	15,00	.	.	.
	>500	42	12,36	3,90	11,14	13,57
Responsabilidad autoafirmación-reflexión	<200	19	9,53	2,73	8,21	10,84
	200-499	18	9,39	2,61	8,09	10,69
	>500	4	6,75	3,59	1,03	12,47

DISCUSIÓN

Si bien predominaron los puntajes relativamente altos en los estados afectivos positivos, que puede indicar fortaleza psíquica y menor labilidad afectiva, el alcanzar solamente un 60 % sugiere que, en ambos grupos, este no fue el rasgo que predominó y que existió afectación en esa esfera de la psiquis independientemente de tener o no síntomas.

Los estados afectivos mediante las emociones influyen en la capacidad para obtener y utilizar una información, de manera que el estado anímico de la persona afecta la evaluación de su estado de salud.

Los pacientes que viven con VIH/sida tienen más afectado el bienestar psicológico y social que su sensación de bienestar físico, y esto influye en la manera en que evalúan el estado de su salud, por lo que los bajos acumulados en los estados afectivos positivos son un argumento importante para realizar intervenciones psicológicas muy tempranas¹⁵ en estos pacientes, aunque no hubiesen aparecido aún síntomas de alteraciones psíquicas.

Los eventos estresantes, luego del diagnóstico de sida y de la evolución de la enfermedad pueden influir, negativamente, en las personas con estados afectivos negativos (estado y rasgo), o ser mejor tolerados cuando existe afectividad positiva como rasgo de personalidad,¹⁶ por lo que sería útil trabajar estimulando esta

afectividad en los pacientes, inmediatamente después de que sean diagnosticados aunque en este estudio no se comportaron como buenos indicadores.

A pesar de la amplitud de los intervalos de confianza, consistente con la individualidad de la personalidad, que es única e irrepetible, podríamos afirmar que estos enfermos (con y sin síntomas) tienen personalidad inestable, pues cuando existe fortaleza psíquica y menor labilidad afectiva, se alcanzan, por lo general, puntajes más altos.¹⁷

Los valores superiores en los sintomáticos para la dimensión "toma de decisiones reflexivas-responsabilidad" hacen pensar que en estos es más racional la percepción de que se encuentran en riesgo de morir y su posible culpabilización, lo cual puede provocar el desajuste psíquico, mientras que en los que no desarrollaron síntomas el predominio de la "toma de decisiones impulsivas" puede indicar trastornos de la personalidad porque poseen menor sensibilidad por detectar las consecuencias negativas de una conducta y tener reacciones rápidas y no planificadas a los estímulos, antes de procesar completamente la información, sin ponderar, de manera deliberada, las consecuencias de una conducta¹⁸ y esto parece repercutir en la presencia de cierta despreocupación y ausencia de angustia ante la enfermedad.

De comprobar este resultado con grupos mayores de pacientes, puede utilizarse para diagnosticar, tempranamente, el riesgo de desarrollar trastornos psíquicos y realizar intervenciones preventivas.

En pacientes con VIH se ha encontrado baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría, negación, ira, no aceptación de la enfermedad ni resignación y preparación para la muerte expresando una evolución similar a la que se produce en los enfermos terminales, con somatización y síntomas obsesivo-compulsivos,¹⁹⁻²² lo que explica los resultados obtenidos para las dimensiones "autovaloración negativa" y "autovaloración positiva" en ambos grupos.

Una de las dificultades para encontrar sostén bibliográfico para las conductas frente a la enfermedad en los pacientes con diversas enfermedades y, en particular, en los VIH/sida es que los resultados resultan, en ocasiones, contradictorios y los estudios en torno a las estrategias de afrontamiento en estas personas no son concluyentes.

Algunos autores sugieren que estrategias de afrontamiento centradas en la evitación son más frecuentes en los enfermos de sida,²³ mientras que otros han encontrado que esas estrategias están en relación con los diferentes estadios de la enfermedad.²⁴

Otras investigaciones aportan que no hay diferencias en las estrategias de afrontamiento entre las personas con la infección VIH/sida y la población normal cuando estas últimas adquieren enfermedades crónicas que implican riesgo para la vida y discapacidad,^{25,26} por lo que se requiere estudiar esta variable en grupos de enfermos en diferentes estadios de la infección y en no infectados por el virus con enfermedades crónicas.

El afrontamiento negativo en los sintomáticos, evidenciado por la variable "descontrol" indica que los pacientes con síntomas psicopatológicos presentaron preferentemente pensamientos negativos en relación con la enfermedad, su pronóstico y consecuencias.

Las conductas negativas frente a la enfermedad son factores que contribuyen a la aparición de problemas de salud mental, una vez que se recibe el diagnóstico de seropositividad o de que el paciente marca sida, pudiendo, incluso, aparecer reacciones de descontrol con riesgo de autolesión.

Existen evidencias de que el control personal sobre la enfermedad está asociado de modo positivo con el ajuste psicológico en enfermedades crónicas, incluso en estados avanzados de la enfermedad²⁷ aunque no sean VIH/sida. En el caso de los pacientes que se infectan con el virus, esas conductas negativas pueden reforzarse cuando sufren una nueva infección oportunista y predisponerlos a que aparezcan síntomas psicopatológicos, agravando la pérdida de la inmunocompetencia. El control sobre las consecuencias de la infección en determinados estadios suele ser escaso, apareciendo en los enfermos con sida estados de indefensión que provocan efectos bloqueadores por percepciones erróneas y de pérdida del control sobre sus acciones ("no puedo hacer nada», "no depende de mí") que dificultan los cambios de hábitos o la creación de hábitos saludables²⁷ que resultan beneficiosos para la evolución de la enfermedad.

Las conductas positivas del tipo optimismo-esperanza encontradas en los asintomáticos pueden permitir a estos enfermos tener menor sintomatología porque, según se reporta, reducen el nivel de estrés y los síntomas de ansiedad en personas que viven con VIH/sida, así como que cuando sus estrategias se centran en conductas positivas logran reducir los síntomas psicológicos.²⁸ Las formas de afrontamiento activas, tanto cognitivas como conductuales, poseen mayor afectividad positiva creando menor ansiedad, mientras que las evitantes se asocian con mayor depresión, afectividad negativa, ansiedad rasgo, y ansiedad estado.²⁶

La asociación de la dimensión "autocontrol" con las CV no detectable o inferiores a 55 000 copias/mL junto al hallazgo de que para la dimensión "descontrol" los puntajes superiores se encontraron en los pacientes con las cargas virales más altas (aunque sin significación) podría explicarse porque en algunas situaciones tener control sobre la enfermedad disminuye los niveles de estrés,²⁹ repercutiendo, positivamente, en la evolución de la enfermedad y en el funcionamiento del sistema inmune. Pero, tomando en cuenta que el principal indicador de inmunocompetencia es la concentración de los LTCD4+, este resultado debe ser tomado con cautela, porque estas dimensiones no se asociaron con las concentraciones linfocitarias, que es el indicador fundamental para evaluar el estado del sistema inmune en estos pacientes.

Los puntajes bajos para dimensiones negativas (fatalismo-derrota, descontrol y evasión-delegar esfuerzo) aunque sin significación estadística, en pacientes con cifras superiores de LTCD4+ (>500 cel/mm³) parecen indicar que la buena adaptación se relaciona con pérdidas menores de LTCD4+ en contraposición a su rápida declinación cuando hay sufrimiento intenso y mala adaptación,³⁰ pero estos resultados necesitan confirmación.

CONCLUSIONES

A pesar de la importancia que la literatura atribuye a los estados de ánimo en los pacientes en relación con la evolución de la enfermedad, al menos en este trabajo, los estados afectivos positivos y negativos no constituyeron un predictor sensible para las psicopatologías, pues no se ajustan a lo esperado para personas que su primer contacto con el diagnóstico de la enfermedad fue mediante su inicio con el sida.

Si bien en la caracterización psíquica y la vulnerabilidad fueron los sintomáticos los que exhibieron medias superiores en la dimensión "toma de decisiones reflexivas-responsabilidad", a los efectos de la evolución de estos pacientes, el rasgo más importante que se encontraron fue que los enfermos con inicio clínico de sida y síntomas de trastornos psíquicos tuvieron, en general, conductas de afrontamiento negativas frente a la enfermedad lo que obliga a realizar intervenciones psicológicas

en estos casos en el momento en que se haga el diagnóstico y se les caracterice como inicio clínico de sida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Estimates of deaths by cause. Geneva: WHO. [Consultado: 10 de mayo de 2012]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/>
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update. Geneva: WHO; December 2009. [last visited 19/ 04/2010]. Available from: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_en.pdf
3. Suligoï B, Raimondo M, Fanales-Belasio E, Buttò S. The epidemic of HIV infection and AIDS, promotion of testing, and innovative strategies. *Ann Inst Super Sanità.* 2010;46:15-23.
4. Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH/sida. Ministerio de Salud Pública de Cuba (Registro Nacional VIH MINSAP. Informe de balance 2012.
5. Camoni L, Raimondo M, Regine V, Salfa MC, Suligoï B. Regional representatives of the HIV Surveillance System. Late presenters among persons with a new HIV diagnosis in Italy, 2010-2011. *BMC Public Health.* 2013;13:281.
6. Oropesa L, Sánchez Valdez L, Berdasquera Corcho D, Gala González Á, Pérez Ávila JL, Lantero MI. Debut clínico de SIDA en Cuba. *Rev Cubana Med Trop.* 2007;59:127-33.
7. Klunder AD, Ming-Chang C, Dutton RA, Lee SE, Toga AW, Lopez OL, et al. Mapping cerebellar degeneration in HIV/AIDS. *Neuroreport.* 2008;19:16559.
8. Lamers SL, Salemi M, Galligan DC, Morris A, Gray R, Fogel G. HIV-1 evolutionary patterns associated with pathogenic processes in the brain. *J Neurovirol.* 2010;16:230-41.
9. Pappin M, Wouters E, Booyesen FLR. Anxiety and depression amongst patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2012;12:244.
10. Gaviria AM, Quiceno JM, Vinaccia S, Martínez LA, Ojalvaro MC. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/sida. *Terapia Psicológica.* 2009;27:5-13.
11. Gore-Felton C, Ginzburg K, Chartier M, Gardner W, Agnew-Blais J, McGarvey E, et al. Attachment style and coping in relation to posttraumatic stress disorder symptoms among adults living with HIV/AIDS. *J Behav Med.* 2013;6:51-60.
12. Hansen NB, Harrison B, Fambro S, Bodnar S, Heckman TG, Sikkema KJ. The structure of coping among older adults living with HIV/AIDS and depressive symptoms. *J Health Psychol.* 2013;18:198-211.

13. Margalho R, Pereira M, Ouakinin S, Canavarro MC. Adherence to HAART, quality of life and psychopathological symptoms among HIV/AIDS infected patients. *Acta Med Port.* 2011;24:539-48.
14. Hasanah CI, Zaliha AR, Mahiran M. Factors influencing the quality of life in patients with HIV in Malaysia. *Qual Life Res.* 2011;20:91-100.
15. Smith Fawzi MC, Eustache E, Oswald C, Louis E, Surkan PJ, Scanlan F, et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: implications for programs and policies for orphans and vulnerable children. *Soc Sci Med.* 2012;74:1494-503.
16. González U. Vida afectiva, personalidad y respuesta inmunológica. En: *Psicología y Salud.* Cap. 38. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
17. Utgés M, Casas M. Los trastornos de la personalidad en adictos a la heroína y la seroconversión al VIH, una asociación relevante. [Tesis]. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
18. Morin SF, Charles KA, Malyon AK. The psychological impact of AIDS on gay men. *American Psychologist* 1984;39:1288-93.
19. Nichols SE. Psychiatric aspects of AIDS. *Psychosomatics.* 1983;24:1083-9.
20. Kim CR, y Rickman LS. Psychological aspects of the acquired immunodeficiency syndrome: A case report and review of the literature. *Military Medicine* 1988;153:638-41.
21. Krikorian R, Kay J, Liang WM. Emotional distress, coping and adjustment in human immunodeficiency virus infection and acquired immune deficiency syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1995;183:293-8.
22. Leserman J, Petitto JM, Golden RN, Gaynes BN, Hongbin PD, Silva SG, et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry.* 2000;157:1221-8.
23. Chaudoir SR, Norton WE, Earnshaw VA, Moneyham L, Mugavero MJ, Hiers KM. Coping with HIV stigma: do proactive coping and spiritual peace buffer the effect of stigma on depression? *AIDS Behav.* 2012;16:2382-91.
24. Thornton S, Tropo M, Burgess AP. The relationship of psychological variables and disease progression among long-term HIV-infected men. *International Journal of STD and AIDS.* 2000;11:734-8.
25. Hansen NB, Harrison B, Fambro S, Bodnar S, Heckman TG, Sikkema KJ. The structure of coping among older adults living with HIV/AIDS and depressive symptoms. *J Health Psychol.* 2013;18:198-211.
26. Salama C, Morris M, Armistead L, Koenig LJ, Demas P, Ferdon C, et al. Depressive and conduct disorder symptoms in youth living with HIV: the independent and interactive roles of coping and neuropsychological functioning. *AIDS Care.* 2013;25:160-8.

27. Eller LS, Corless L, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, et al. Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. *Journal Advance Nurses*. 2005;51:119-30.
28. Mukolo A, Wallston KA. The relationship between positive psychological attributes and psychological well-being in persons with HIV/AIDS. *AIDS Behav*. 2012;16:2374-81.
29. McIntosh RC, Rosselli M. Stress and coping in women living with HIV: a meta-analytic review. *AIDS Behav*. 2012;16:2144-59.
30. Goforth HW, Lowery J, Cutson TM, McMillan ES, Kenedi C, Cohen MA. Impact of bereavement on progression of AIDS and HIV infection: a review. *Psychosomatics*. 2009;50:433-9.

Recibido: 15 de julio de 2013.
Aprobado: 30 de julio de 2013.

Dra. *Leticia Arriaga Garza*. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Correo electrónico: lety_ag@hotmail.com