

**ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE EL ESTRÉS, LA DEPRESIÓN Y LA RESPUESTA
DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO EN PACIENTES ADULTOS SEROPOSITIVOS AL VIH O EN
FASE SIDA.**

BEATRIZ ADRIANA DÍEZ MENDIETA

URSULA CHAVES GUTIÉRREZ

DIRECTOR

MARÍA TERESA GÓMEZ ROJAS

ALVARO ARANGO DUQUE

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CHIA, MAYO DE 2000

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de Contenido, 1

Tabla de Anexos, 3

Lista de Figuras, 4

Lista de Tablas, 7

Resumen, 10

Análisis de la correlación ... , 11

Epidemiología, 12

Definición del VIH, 16

Sistema Inmunológico, 26

Psiconeuroinmunología, 30

Aspectos psicológicos del VIH, 34

Estrés, 47

Perspectiva biológica, 49

Perspectiva psicológica, 56

Perspectiva biopsicosocial, 58

Depresión, 68

Perspectiva biológica, 70

Perspectiva psicológica, 72

Intervención en Pacientes Portadores del VIH, 78

Justificación, 84

Objetivos, 86

Pregunta de Investigación, 87

Hipótesis, 88

Variables, 88

Método, 94

Participantes, 94

Técnicas e Instrumentos, 95

Procedimiento, 103

Resultados, 106

Discusión, 136

Referencias, 145

Tabla de Anexos

Anexo A, Criterios diagnósticos para el estrés Según el DSM IV

Anexo B, Núcleo Estrés

Anexo C, Criterios diagnósticos para la depresión según el DSM IV

Anexo D, Enfermedades oportunistas.

Anexo E, Medicamentos

Anexo F, Escala G de apreciación del estrés.

Anexo G, ISRA

Anexo H, Inventario de depresión de BECK

Anexo I, Mini- Mult

Anexo J, Consentimiento informado.

Lista de Figuras

- Figura 1, Porcentaje según el sexo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil. 107
- Figura 2, Porcentaje según nivel educativo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil. 108
- Figura 3, Porcentaje según la ocupación de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil. 108
- Figura 4, Porcentaje según la red de apoyo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil. 109
- Figura 5, Porcentaje según el estado civil de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil 111
- Figura 6, Porcentaje según tiempo de diagnóstico de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil 112
- Figura 7, Porcentaje según fase de diagnóstico de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil 113
- Figura 8, Porcentaje según CD4 de los pacientes seropositivos al VIH o

en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil	113
Figura 9, Porcentaje según CD8 de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil	114
Figura 10, Porcentaje según Relación CD4 y CD8 de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil	114
Figura 11, Porcentaje según carga viral de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil	117
Figura 12, Porcentaje según nivel de depresión de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil	118
Figura 13, Porcentaje según nivel de estrés fisiológico de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil	119
Figura 14, Porcentaje según nivel de estrés cognitivo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil	119
Figura 15, Correlación entre puntuaciones directas de la prueba Beck de depresión y el recuento de linfocitos CD4 de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	124

Figura 16, Correlación entre puntuaciones directas Escala G de apreciación del estrés, que evalúa estrés cognitivo y el recuento de linfocitos CD4 de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil. 125

Figura 17, Porcentaje de rasgos de personalidad de los pacientes seropositivos o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil. 135

Lista de Tablas.

Tabla 1, Frecuencia y porcentaje según el sexo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	108
Tabla 2, Frecuencia y porcentaje según el nivel educativo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	109
Tabla 3, Frecuencia y porcentaje según la ocupación de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	109
Tabla 4, Frecuencia y porcentaje según red de apoyo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	110
Tabla 5, Frecuencia y porcentaje según estado civil de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	111
Tabla 6, Frecuencia y porcentaje según el tiempo de diagnóstico de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	112
Tabla 7, Frecuencia y porcentaje según fase de la enfermedad de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	115
Tabla 8, Frecuencia y porcentaje según CD4 de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	116
Tabla 9, Frecuencia y porcentaje según CD8 de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	116
Tabla 10, Frecuencia y porcentaje según relación CD4 y CD8 de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de	

infectología en la Fundación Cardio Infantil.	117
Tabla 11, Frecuencia y porcentaje según la carga viral de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil ase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	117
Tabla 12 , Frecuencia y porcentaje según niveles de depresión de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	120
Tabla 13 , Frecuencia y porcentaje según niveles de estrés fisiológico de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	120
Tabla 14 , Frecuencia y porcentaje según niveles de estrés cognitivo de los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	121
Tabla 15, Características de la población de pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil según medidas de tendencia central.	121
Tabla 16, Correlación entre depresión, estrés fisiológico y estrés cognitivo y el resultado del recuento de linfocitos CD4 en los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectologia en la Fundación Cardio Infantil.	123
Tabla 17, Correlación entre depresión, estrés fisiológico y estrés cognitivo y el resultado del recuento de linfocitos CD8 en los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectologia en la Fundación Cardio Infantil.	123
Tabla 18, Correlación entre depresión, estrés fisiológico y estrés cognitivo y el resultado de la relación de linfocitos CD4 y CD8 en los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectologia en la Fundación Cardio Infantil.	123
Tabla 19, Correlación entre depresión, estrés fisiológico y estrés cognitivo y la carga viral en los pacientes seropositivos al VIH o en fase	

SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	126
Tabla 20, Correlación estrés fisiológico, estrés cognitivo y depresión en los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	127
Tabla 21, Correlación entre depresión, estrés cognitivo y estrés fisiológico y el resultado del recuento de linfocitos CD4 en los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	128
Tabla 22, Correlación entre depresión, estrés fisiológico y estrés cognitivo y el resultado del recuento de linfocitos CD4 en los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.	129
Tabla 23, Tabla de doble entrada de porcentajes de correlación según las categorías de depresión y CD4.	131
Tabla 24, Tabla de doble entrada de porcentajes de correlación según las categorías de estrés fisiológico y CD4.	132
Tabla 25, Tabla de doble entrada de porcentajes de correlación según las categorías de estrés cognitivo y CD4.	133

Resumen

Beatriz Adriana Diez Mendieta*

Ursula Chaves Gutiérrez*

María Teresa Gómez**

Alvaro Arango Duque ***

El análisis correlacional entre el estrés, la depresión y la respuesta del sistema inmunológico en pacientes adultos seropositivos al VIH o en Fase SIDA, tuvo como objetivo establecer la asociación existente entre la depresión, el estrés fisiológico y cognitivo sobre el sistema inmunológico, específicamente en la carga viral y el recuento de linfocitos Cd4 y CD8. Metodología, el estudio se llevó a cabo en una población de 100 personas, cuya muestra es de 37 personas entre hombres y mujeres, mayores de 18 años, de diferente nivel educativo y portadores seropositivos al VIH o en fase SIDA, que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil. La investigación se desarrolló aplicando a los pacientes el inventario de depresión de Beck, el cual evalúa depresión, las pruebas Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), específicamente el factor de activación fisiológica y la escala G de las escalas de apreciación del estrés, que permitieron determinar el nivel de estrés en el cual se encuentran. Simultáneamente, se aplicaron pruebas médicas de control como el recuento de linfocitos CD4 y CD8 y la carga viral, donde se observó la situación inmunológica de los pacientes. Resultados se encontró que a mayores niveles de depresión, estrés fisiológico o estrés cognitivo, los pacientes presentan menores niveles en el recuento de linfocitos CD4. No se observaron relaciones entre la depresión, el estrés fisiológico o cognitivo en el recuento de linfocitos CD8, en el índice de

* Alumnas Universidad de la Sabana

** Psicóloga Clínica Fundación Cardio Infantil. Directora del Proyecto

*** Jefe de Departamento de Infectología Fundación Cardio Infantil. Asesor del Proyecto

relación entre los linfocitos CD4 y CD8, ni con la carga viral de los pacientes participantes en el estudio

Análisis Correlacional entre el Estrés, la Depresión y la Respuesta del Sistema Inmunológico en Pacientes Adultos Seropositivos al VIH o en Fase SIDA.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo establecer la asociación existente entre el estrés y la depresión sobre el sistema inmunológico, el cual será evaluado específicamente a través del examen de carga viral y de recuento de linfocitos en hombres y mujeres, portadores del VIH o en fase SIDA, a fin de determinar la influencia de estos trastornos psicológicos en la vulnerabilidad de este tipo de pacientes a contraer enfermedades oportunistas según la disminución o aumento de linfocitos determinados en las pruebas médicas realizadas a los mismos.

Es un estudio correlacional, en el cual se intenta a través de las diferentes variables tenidas en cuenta, establecer el tipo de relación existente. Para el desarrollo del mismo se hace necesario realizar pruebas que permitan determinar en los pacientes índices de estrés, depresión o nulidad de los mismos, para así, mediante los resultados de las evaluaciones médicas como el examen de carga viral, examen recuento de linfocitos principalmente, relacionarlos con los resultados del inventario de depresión de Beck, el Minimult, la escala G de la escala de apreciación del estrés y el factor fisiológico del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Pretendiendo así corroborar la hipótesis de que si existe una relación positiva entre estos factores o en caso contrario establecer que no existe ningún tipo de

relación entre las mismas. Para lo cual se hace necesario realizar una revisión teórica de los diferentes temas relacionados con el SIDA, el estrés, la depresión, el sistema inmunológico y los factores y efectos psicosociales asociados a considerar dentro de el estudio en gestión como se describe a continuación.

Epidemiología

La epidemiología se ha constituido como una disciplina de la salud pública cuyo objeto es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de los problemas de salud de las poblaciones, con el fin de contribuir a la explicación y control de su historia natural y social (Velázquez, 1996). La aplicación de técnicas y principios epidemiológicos en el SIDA, ha permitido abordar las diferentes problemáticas que se han venido suscitando desde su aparición. Gracias a los estudios realizados a poblaciones tanto sanas como enfermas ha sido posible esclarecer el impacto de los tratamientos y la forma en que se ha abordado intentando enfrentarla y combatirla. (OMS, 1994)

El virus del SIDA fue reconocido en la década de los 80's, a este se le ha venido atribuyendo desde entonces una amplia variedad de situaciones clínicas y epidemiológicas. El primer informe científico sobre el SIDA, fue publicado en junio de 1981 por los Centros de Clasificación de enfermedades de Atlanta y correspondía a la aparición de cinco casos extraños de neumocystosis descritos por M. Gottlieb en los Angeles y a 26 casos igualmente inusuales de Sarcoma de Kaposi y neumocystosis descritos por Friedman-Kien en Nueva York y California. (Velázquez, 1996)

Para la década de los 80's la OMS (1994) estimó, un millón de casos y otros nueve millones de enfermos se sumaron en la década de los 90's calculando así 850 000 casos aproximadamente de personas infectadas de VIH en 180 países. Excluyendo así personas que desconocían la existencia de la misma y por tanto la posibilidad de poseerla, como también al imposibilidad de tener fácil acceso a los medios de salud y a test especializados para la detección de la misma. De acuerdo a esto la OMS en ese entonces pronosticó para el año 2000 un promedio total acumulado de 30 a 40 millones de personas infectadas en el mundo.

Hasta 1994 Brasil se calificó como el cuarto país del mundo en número de casos reportados y con respecto a América el de mayor porcentaje. En 1991 el reporte de casos por 100.000 personas fue del 5.6% en este país, donde la transmisión heterosexual estaba ligada solo a un 7.5% de los casos reportados en 1987, en 1992, se estableció un 23% de casos por este medio de contagio después de USA, 40.000. Así mismo en diciembre de 1992, Colombia y Venezuela habían reportado por encima de 5000 casos de SIDA y Argentina reporto más de 2.000. (OMS, 1994)

Cahan P. (1994), considera que para analizar las consecuencias de la epidemia se deben enumerar las vías de contagio, puesto que a partir de ellas es cuando se empieza a establecer un cuadro clínico más cercano y exacto de lo que hoy en día se puede diagnosticar como portador del VIH. Describe a partir de esto tres vías principales de contagio 1) las relaciones sexuales vaginales o anales; 2) inyección o transfusión de sangre, productos derivados del semen y órganos contaminados, incluyendo instrumento utilizados para el

inyectar cualquier tipo de droga o psicoactivos. 3) Transmisión perinatal de madre a hijo durante el embarazo o parto y durante la lactancia, donde esta última es de menor importancia.

En otros estudios, de acuerdo a los casos reportados por vía sexual consideran que del 80% del total, se estima que el 70% corresponde a exposición heterosexual y el 10% a exposición homosexual. Indicando esto mayor probabilidad en el contagio de hombre a mujer, comparado con la transmisión de mujer infectada - hombre no infectado. De acuerdo a esto se ha podido determinar estadísticamente los porcentajes de personas infectadas de acuerdo a las diferentes vías de contagio. (Cahn P, 1994).

Entre las conductas de alto riesgo universalmente determinadas por la OMS, (1994) están las relaciones sexuales sin protección con múltiples compañeros, este es un comportamiento que se manifiesta de manera global, sin importar la inclinación sexual.

Un factor temprano importante en la difusión del VIH en algunas áreas del Sur de América Latina, fue el número de hombres quienes iniciaban su vida sexual con mujeres, pero tenían posteriormente sexo con hombres. Es el caso de un estudio realizado por la OMS, (1990) en México, el cual mostró que, de quienes se obtuvo información acerca de su compañero sexual, el 46% tenía un compañero bisexual.

OMS, (1990) planteó además como en Perú de un millón de niños menores de 14 años, que viven en los cinturones de pobreza más de la mitad en forma ocasional ejerce la prostitución, que es conocida como fleteo, donde las relaciones sexuales pueden tomar la forma de trueque, proporcionando algún

grado de protección o trabajo estable a cambio de sexo.

Un dato relevante hallado es que la vida sexual implica el contagio hombre – mujer, mujer – hombre, hombre – hombre, pero no existe evidencia alguna que del posible contagio mujer – mujer. Por otro lado hasta la fecha no se ha comprobado evidencia de posible contagio a través de otras fuentes diferentes a las anteriores, pues las creencias populares como por ejemplo las picaduras de mosco, depilación o por medio de la saliva no tienen aún comprobación. (OMS, 1994)

En conclusión, el número de casos de SIDA conlleva a una reflexión que le da la vuelta al mundo, pues el SIDA es una etapa tardía de la infección, producida por un virus que toma mas de una década para causar la enfermedad y basándose en los datos que están disponibles, se estima que cerca de 1 millón de niños y mas de 14 millones de personas jóvenes y adultas habían sido infectadas a nivel mundial a principios de 1994, de quienes cerca de 12 millones viven en desconocimiento. (OMS,1994)

Por otro lado es importante resaltar dentro de la descripción epidemiológica las características demográficas, pues el VIH/SIDA no afecta a todas las poblaciones uniformemente pues a nivel global o dentro de alguna ciudad la epidemia es en realidad la suma de muchas epidemias locales. Cada una de estas tiene características distintivas, determinadas por aspectos sociales, económicos, culturales y factores similares. El VIH es un virus oportunista en el sentido de su explotación de la ignorancia, el prejuicio, el miedo, el fatalismo y muchas tendencias que se utilizan para evitar las dificultades o las amenazas reales. (OMS, 1994)

Según Merson (1992), director del programa mundial de SIDA, quien comunicó a los delegados para América Latina en su conferencia “La negación acerca de la infección del VIH es especialmente peligrosa porque es una infección invisible, en la cual durante el tiempo que pasa antes de que la persona muera, el virus se expande en gran número en la comunidad.”

Como expresa Velázquez (1996), internacionalmente se ha establecido que el SIDA es un problema de todos y que la única estrategia de prevención disponible actualmente es la información a toda la población, sobre los riesgos de infección y el ejercicio responsable de la sexualidad.

Definición del VIH

El concepto del virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), se ha definido como el agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, esta clasificado taxonómicamente dentro del género de Lentivirus de la familia Retroviridae. Los virus de este género están caracterizados por fusionar y destruir las células hospederas (citocidas) y por producir infecciones lentas, en las cuales la aparición de los síntomas esta separada del momento de la infección por muchos años (Velázquez , 1996).

El VIH fue el primer lentivirus con implicaciones en inmunología humana; por ser inmunotrópico produce un deterioro cuantitativo, cualitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el SIDA.

En la década del cincuenta, se lograron establecer las características bioquímicas y los grandes detalles estructurales de los virus, destacándose especialmente, el conocimiento de la enzima transcriptasa reversa en 1963 por Termin y Baltimore. Por otro lado el desarrollo de cultivos celulares y la

madurez tecnológica de los años setenta y ochenta permitieron un profundo conocimiento de los retrovirus. (Velázquez, 1996)

Es importante antes de exponer algunos aspectos referentes al virus, definir que es un virus, según Cárdenas (1994) son partículas vivas muy simples, constituidas únicamente por una envoltura, dentro de la cual se encuentran los genes, que son los que le permiten reproducirse para dar origen a nuevos virus y así perpetuar su especie. Solo pueden vivir si se introducen en una célula más grande que los proteja y a la que roban sus propias proteínas para formar nuevos virus, lo que termina en la destrucción de la célula parasitaria y en la salida de nuevas partículas vírales. Las cuales buscan nuevas células que invadir y donde reproducir el mismo ciclo. Otra característica del VIH es que actúa muy lentamente, por espacio de años, de aquí que se le clasifique como un lentivirus, por esto la persona tarda muchos años en desarrollar la enfermedad, a pesar de tener el virus en su organismo. Por otra parte, el virus elige para su ataque las células encargadas de la defensa del cuerpo, a las cuales destruye lentamente hasta dejar al individuo sin defensas, en situación de inmunodeficiencia, en este caso a consecuencia de un virus. Una característica biológica particular del VIH son sus genes, por medio de los cuales se reproduce y transmite sus características a su descendencia, están compuestos por ácido ribonucleico o RNA, por lo que se le clasifica como un retrovirus, este aspecto es importante, puesto prácticamente en todos los seres vivos, incluidos otros virus, los genes están constituidos por ácido desoxirribonucleico o DNA, de esta forma para poder invadir una célula el VIH tiene que “disfrazarse” de DNA para no ser rechazado y poder parásitar

libremente a una célula humana. Esto lo logra gracias a una enzima denominada transcriptasa inversa, que cambia el mensaje genético de RNA a DNA, esta cualidad permite que el virus sea aceptado como parte de la célula invadida, en la que permanece por tiempo indefinido. Una vez alcanza el núcleo de la célula invadida puede iniciar la producción de nuevos virus o permanecer latente por tiempo indefinido, de esta forma el individuo infectado, es un portador potencialmente contagioso, a esta fase latente de la enfermedad se le denomina provirus en el cual la información genética viral se replica sincrónicamente con el DNA celular y sirve como molde para la producción de RNA viral. (Cárdenas, 1996)

Cárdenas (1996), plantea además que cuando la célula infectada es activada, el DNA proviral es transcrito por la polimerasa de la célula hospedera a un RNAm que es trasladado en proteínas estructurales: Los subcomponentes vírales forman las nucleocápsides y por un proceso de gemación, a través de la membrana celular, se forman las envolturas vírales y salen los viriones completos a la circulación; en este proceso, uniéndose a otras células susceptibles. Así, el infectado tiene sus propias reactivaciones endógenas, cada vez que hay un ciclo replicativo. El virus se comporta de forma diferente, según la cepa, la clase de célula hospedera y la función de esta. En células T puede permanecer en estado latente indefinidamente, inseparable de la célula y resguardado del sistema inmune; la activación de la célula T parece necesaria para la replicación viral y cuando el virus se multiplica destruye el linfocito; en otras células como macrófagos y monocitos el virus crece lenta pero continuamente, respetando la integridad de la célula, aunque alterando sus

funciones. El virus ataca y destruye las células de defensa del organismo, según establece Cárdenas (1996), pues para invadir una célula necesita un receptor especial denominado CD4. A este punto Velázquez (1996) agrega como este CD4 es necesario pero no suficiente para la entrada del VIH, pues se requiere un segundo receptor para la fusión entre la envoltura y la membrana celular que podría ser una proteinasa que interactúa con la porción V3 de la envoltura. Después de la unión al receptor, el virus entra a la célula por fusión de la membrana plasmática o fusión en una vesícula endocítica; algunas cepas inducen la fusión, conduciendo a la formación de células multinucleadas, el CD4 se encuentra en las células T-4 o colaboradores. Otras células susceptibles a la infección con VIH son los monocitos, macrófagos, células dendríticas, células de Langerhans y células de la glía, estas últimas pertenecen al sistema nervioso central.

Como última característica biológica del VIH Cárdenas (1996), sugiere, la capacidad de mutación, es decir que el virus cambia las características de su envoltura, contra la cual se dirigen los anticuerpos que elaboran las células de defensa del organismo, pues los anticuerpos solo atacan estructuras para las cuales se diseñaron, si se presentan cambios en la estructura, los anticuerpos formados inicialmente son incapaces de atacar la nueva estructura, debido a esto el organismo tendrá que elaborar nuevos anticuerpos.

Así mismo Cárdenas (1996) expresa. Con respecto a la Inmunidad Celular, que la célula T citotóxica y la respuesta de células CD4, esta dirigida al reconocimiento específico de la célula infectada, que es mediada por células CD8 citotóxicas que destruyen células que expresen proteínas virales y

controlan la replicación viral; un factor soluble producido por ellas está involucrado en la respuesta antiviral, pero el contacto célula – célula es el método más eficiente de suprimir la producción de VIH. Esta respuesta es muy eficiente durante el periodo asintomático, pero disminuye a medida que progresa la infección; dicha falta de competencia inmune se debe a la emergencia de variantes vírales que escapan al reconocimiento de los linfocitos de memoria, al incremento de la inmunosupresión por pérdida de células CD8 y CD4. Las respuestas de las células CD4 se caracteriza según el tipo de subpoblación que actúe, TH1 TH2; las TH1 secretan interleuquina 2 e interferón gama y las TH2 interleuquinas 4,6 y 10. El estudio del tipo de respuestas CD4, en infectados VIH, ha permitido establecer que esta juega un importante papel inmunomodulador y puede afectar la progresión al SIDA. La respuesta TH1 se encuentra incrementada en individuos asintomático y en aquellos con alto riesgo inmunológico. Una característica central en el desarrollo del SIDA es la pérdida de competencia del sistema inmune como resultado de la infección VIH. Cada año que pasa el espectro de la infección va cambiando y la velocidad a la cual el infectado progresa al SIDA y a la muerte, se ha estimado entre 4-10 % por año, con una baja incidencia en los primeros años y un gran incremento a medida que aumenta el tiempo de infección. (Cárdenas, 1996)

La infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana produce un deterioro cualitativo y cuantitativo del sistema inmune del hospedero hasta llevarlo a su deficiencia completa, la cual se traduce en las severas complicaciones infecciosas y neoplásicas que caracterizan el SIDA. Esta infección según Cárdenas (1996) progresa de la siguiente manera, aceptando

los criterios de clasificación establecido por los Centros para el Control de las Enfermedades de Estados Unidos, el cual la cataloga en varios grupos según la fase de la afección, aunque hay que tener en cuenta que no todas las personas tienen todas ni las mismas manifestaciones, (a) Grupo I. Infección Aguda, se presenta en aproximadamente el 10% de los casos de infección y se caracteriza por malestar general, fiebre moderada, dolores articulares y erupciones en la piel que desaparecen espontáneamente. Es una fase difícil de diagnosticar en el momento, ya que el organismo aun no ha elaborado los anticuerpos que son la base del diagnóstico; (b) Grupo II Infección Asintomática, es la forma más frecuente, donde el individuo infectado se siente bien y no tiene molestia alguna, el diagnóstico sólo se hace mediante exámenes de laboratorio; (c) Grupo III Linfadenopatía generalizada persistente, en esta hay crecimiento de ganglios linfáticos mayores de 1 cm en por lo menos dos regiones anatómicas, excepto en ingles y que persisten por más de un mes. Para ello se debe tener la prueba del anti-VIH positiva. En general, el paciente se siente bien; (d) Grupo IV SIDA. Otras enfermedades relacionadas con el VIH, el SIDA ha destruido casi todas las células de defensa y el individuo se encuentra seriamente enfermo.

Libman (1996), hace una clasificación en adultos y adolescentes, similar a la planteada anteriormente y propone que se debe tomar la enfermedad como un continuo que puede ser dividido en 4 fases: (1) Primaria de la infección, la cual se presenta en un 50% los de pacientes, por el agudo síndrome retroviral, a pesar de este hecho, solo una pequeña porción de quienes experimentan estos síntomas primarios reciben atención médica. El síndrome es caracterizado por

una aguda mononucleosis como enfermedad que empieza de 2 a 4 semanas luego de la transmisión viral, varía generalmente entre media y moderada, en la última semana. Las características comunes del periodo primario de la infección, son fiebre, letargo, linfadenopatía, faringitis, mialgia, dolor de cabeza, fotofobia y diarrea. Pueden también presentarse manifestaciones neurológicas, incluyendo dolor de cabeza, fotofobia, meningoencefalopatías, mielopatías, neuropatías periférica y síndrome de Guillan Barré. El síndrome es usualmente confundido con EBV mononucleosis, linfopenia transitoria, seguida por linfocitosis, principalmente de linfocitos CD8, es común en esta etapa, que uno de tres pacientes presenten linfocitos atípicos, sobre la corriente sanguínea periférica, el conteo de linfocitos CD4, puede revelar niveles indicativos del avance de la enfermedad, pero generalmente se replica 2 o 3 semanas después, aunque generalmente no supera la línea base. En algunas instancias, el conteo de los linfocitos CD4 permanecerá suprimido y esto puede ser un anuncio de un acelerado curso de la enfermedad del VIH. En las investigaciones clínicas, durante este primer estadio de la enfermedad utilizan Zidovudine (ZDV), aunque ha sido insuficiente para causar alteraciones en el curso del siguiente estado de la enfermedad. (2) Etapa temprana de la infección del VIH, esta caracterizada por que el conteo en los linfocitos CD4, está en un rango normal (mayor o igual a 500 células/mm³) La mayor parte de los individuos en esta etapa no presentan síntomas de la enfermedad. Cuando las características clínicas se presentan, usualmente incluyen linfadenopatía generalizada y persistente y condiciones dermatológicas como dermatitis, seborrea y foliculitis. En general, las manifestaciones tempranas. Durante esta

etapa no se recomienda terapia retroviral, (3) Etapa Intermedia de la Infección, esta caracterizada por el conteo de linfocitos CD4 entre 200 y 500/mm³ La mayor parte de los individuos en esta etapa presentan pocos o no presentan síntomas. Las características clínicas que se presentan durante esta etapa pueden empeorar en diversa frecuencia. Nuevos problemas pueden desarrollarse, incluyendo síntomas constitucionales, diarrea, recurrente infección por, HSV, candidosis oral o vaginal. En adición puede presentarse infecciones convencionales, del tracto respiratorio, y de la piel. Las anomalías de laboratorio son similares a las encontradas en la etapa temprana de la infección. El uso de Zudovudine durante esta etapa aparece como resultado de los bajos rangos de progresión de la enfermedad. Aunque es mejor posponer el uso de la terapia con Zudovudina hasta que se desarrollen los síntomas de la enfermedad o el conteo de los linfocitos este por debajo de 200 células/mm³. (4) Fase SIDA, esta definida que el conteo de CD4 es menor a 200/mm³, o se presentan enfermedades oportunistas, indicadoras de la Inmunodeficiencia profunda. Sin tratamiento, esta etapa de la infección por VIH esta caracterizada por un 50 o 70% de riesgo de desarrollar condiciones relacionadas con el SIDA o de morir en un lapso de dos años. Una de las condiciones que caracterizan el SIDA es la neumocystis carinii neumonía (PCP), con la aparición de estas enfermedades utiliza la terapia profiláctica y antiretroviral, la cual declina significativamente la PCP. Adicionalmente, los individuos con un conteo de linfocitos CD4 menor a 200/ mm³ presentan mayores probabilidades de desarrollar toxoplasmosis, tuberculosis, criptosporidiosis, isoporidaisis, salmonelas y candidosis esofágica, por otro lado

muchos de los problemas presentados en la etapa temprana de la enfermedad puede empeorarse, cuando el SIDA avanza. Neoplasmas como linfoma KS y cáncer cervical invasivo son muy frecuentes en pacientes con SIDA. Múltiples mononeuritis, mielitis, parálisis de nervios craneales y neuropatías craneanas, son algunas de las condiciones neurológicas que ocurren, se presentan también insuficiencias renales, atrofia testicular, hipotiroidismo y nefropatías. A medida que el SIDA progresa y el conteo de células decreta por debajo de $100/\text{mm}^3$, , nuevos desordenes se pueden presentar, entre ellos se encuentran CMV retinitis, infección MAC, meningitis criptococo, leucoencefalopatía multifocal progresiva, aspergiosis invasiva, demencia asociada con el VIH, pueden llegar a ser un importante factor de morbilidad. El uso de terapia con antirretrovirales y profilaxis contra las infecciones oportunistas en esta etapa de la enfermedad produce alteraciones significativas en la historia natural de la enfermedad. En un estudio reciente de personas infectadas con un conteo de linfocitos CD4 menor a $200/\text{mm}^3$ cuyo promedio de expectativa de vida era de 38.1 meses, aproximadamente 12 meses mas de los encontrados en los inicios de 1980. (Libman, 1996)

Velázquez (1996), establece subgrupos, dependiendo del tipo de enfermedad que se presente: (a) Subgrupo A, enfermedad constitucional, caracterizada por uno o más de los siguientes síntomas: diarrea de más de un mes de evolución, pérdida de peso mayor del 10%, fiebre de más de un mes de evolución sin causa que la explique; (b) Subgrupo B, enfermedad neurológica causada específicamente por el VIH, demencia, neuropatía, mielopatía; (c) Subgrupo C, enfermedad infecciosa secundaria. C-1, infecciones secundarias

definidas por el CDC como caso de SIDA, C-2, otras infecciones secundarias, enfermedad sintomática o invasiva con alguno de los siguientes Herpes Zoster multidermatómico, leucoplaquia peluda oral, candidosis oral; (d) Subgrupo D, cánceres secundarios definidos por el CDC como casos de SIDA; (e) Subgrupo E, otras condiciones.

Libman (1996) plantea otro tipo de clasificación teniendo en cuenta el rango de células CD4 y la fase de progreso de la enfermedad, el cual se tomara como referencia en esta investigación:

(Cuadro 1)

Sistema de Clasificación del Centro de Control de Enfermedades (1993) para el VIH

Categorías según CD4+ Células T	(A) Fase Asintomática aguda (primaria) VIH o PGL	(B) Fase sintomática sin condiciones (A) o (C)	(C) Fase Condición SIDA
(1) $> 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
(2) $200 - 499/\text{mm}^3$	A2	B2	C2
(3) $< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

Este cuadro muestra la clasificación de la enfermedad del VIH en el cual se puede diferenciar claramente categorías de los receptores CD4, las células T y las fases. Para su interpretación y entendimiento se considera la sigla PGL como la linfadenopatía persistente generalizada.

Puesto que el VIH involucra la inmunidad del organismo, a continuación, para una mejor comprensión de los anteriores planteamientos, se realiza una breve revisión acerca del sistema inmunológico.

Sistema Inmunológico.

El virus del VIH afecta directamente el sistema inmunológico del ser humano esto implica que los organismos se encuentran expuestos a la amenaza constante de invasión por agentes extraños y microorganismos productores de enfermedad.

Pitts (1998) complementa este planteamiento e indica como el sistema inmunológico, existe para proteger al cuerpo de bacterias y virus, suministrándole barreras como la piel y diferentes membranas mucosas, las cuales al ser activadas por los procesos inmunes, producen secreciones químicas que detectan e inactivan agentes patógenos y activan anticuerpos que crean resistencias a enfermedades particulares.

Este sistema, se basa en el reconocimiento de materiales exógenos y extraños para el cuerpo denominados antígenos, es importante tener en cuenta que algunos de los componentes normales del organismo pueden comportarse como antígenos en las reacciones inmunes, provocando de esa forma la activación del sistema inmune con el propósito de neutralizar o destruir el antígeno. Burkitt (1997)

Vera (1999) establece cómo el sistema inmune se compone de una serie de células que se distribuyen por todo el organismo, aunque hay puntos de mayor acumulación como los cuerpos linforreticulares (o linfoides), o los ganglios linfáticos, bazo, médula ósea, timo y los tejidos linfoides relacionados

con las mucosas de los intestinos y del árbol respiratorio.

Las células inmunitarias maduran en el timo y en la médula ósea, luego se despliegan y circulan permanentemente por los sistemas linfáticos y vasculares del organismo, rastreando antígenos foráneos. (Vera 1999)

Vera (1999) propone además que la respuesta inmune está clasificada de la siguiente manera:

a) inmunidad innata (o no específica), la cual se caracteriza por ser la primera defensa del organismo y en ella se activan procesos generales, la cual está presente desde el nacimiento y actúa de manera no específica sin importar la naturaleza exacta del patógeno. Una de las respuestas innatas más importantes se denomina la respuesta de fase aguda e inflamatoria. Las principales células que la componen son: los leucocitos polimorfonucleares (PMN), los monocitos, los macrófagos tisulares, las células asesinas espontáneas (*ASESINAS NATURALES*) y los factores solubles como enzimas, sistema de complemento, proteínas de fase aguda e interferones alfa y beta.

b) El segundo tipo de respuesta inmune, es el de inmunidad adquirida o adaptativa (específica), la cual es evolutivamente más actual y compleja. Su proceso de reacción se inicia cuando los invasores extraños (antígenos), son procesados por las células liberadoras de antígenos (APC), estos invasores son reconocidos por una clase de células blancas denominadas células T, estas tienen receptores, específicos para este antígeno, al ser específicas se encuentran en un número limitado, por lo cual producen divisiones, o lo que se denomina una proliferación de células T con receptores específicos. Existen diversas subpoblaciones de células T, una de ellas denominada célula

citotóxicas, que pueden eliminar ciertos elementos del antígeno. La principal célula T para la producción de anticuerpos es la llamada célula T de ayuda, esta célula secreta sustancias que ayudan a otra clase de células blancas a incrementar su número. También se encuentran las células B estas son las encargadas de secretar los anticuerpos contrarios al antígeno.

De tal manera las células que participan, en la inmunidad adaptativa son las células liberadoras de antígeno (APC), los linfocitos derivados del timo (linfocitos T) y los linfocitos derivados de la médula ósea (linfocitos B) todas ellas a su vez, coordinadas por unas sustancias denominadas interleuquinas.

La característica principal de este tipo de inmunidad es su especificidad y su memoria inmunológica, es decir, existen elementos especializados que atacan a un determinado elemento y no a otros y además permite al organismo prepararse para futuras invasiones generando una respuesta más rápida, más específica y más intensa.

A su vez la inmunidad adquirida se puede subdividir en: (a) respuesta inmune celular, esta comprende la activación de las células T y las APC (las cuales son macrófagos y fagocitan al antígeno). Y (b) respuesta inmune humoral, la cual incluye la producción de anticuerpos por parte de los linfocitos B. (Vera 1999).

Esta inmunidad del organismo, puede verse afectada por trastornos psicológicos, planteamiento que se ha establecido, a partir de diferentes investigaciones que han intentado demostrar la relación existente entre el sistema inmune, el sistema nervioso y los factores psicológicos. Entre los investigadores que se han interesado en este tema se encuentran, Goodkin K

(1994), quien ha expuesto los resultados de diferentes estudios, en los cuales se plantea una relación negativa entre la angustia psicológica (tensión, ansiedad, depresión, abatimiento, ira, hostilidad- inercia, estrés provocado por enfermedades) y medidas inmunitarias encontrando así una fuerte asociación positiva entre las células *ASESINAS NATURALES* y angustia psicológica en hombres homosexuales en un estadio más temprano al menos de un síntoma de progresión de la enfermedad del VIH.

Otros estudios de relevancia, que han permitido validar la existencia de dicha relación son por ejemplo el de Bartrop (1977), quien fue el primero en probar el deterioro de las respuestas de las células T (Fitohemaglutina – PHA- y concanavalina A. con A) a los mitógenos en un estudio prospectivo. fue significativamente menor 6 semanas después de la situación de duelo que entre la primera y tercera semana. Stein (1981), repitió este estudio, extendiendo este hallazgo al deterioro de la respuesta al pokeweed (fitolaca) (MPW) un mitógeno de la célula B dependiente de la célula T, y concluyeron que el retorno a la línea de base inmunológica requería de 4 a 14 meses. Indicando estos estudios que hay consecuencias clínicas del deterioro del funcionamiento celular inmunológico después del duelo o en situaciones de depresión como tal. (Goodkin K, 1994)

Los resultados derivados de diferentes estudios entre ellos los mencionados anteriormente, en los cuales se demuestra un efecto en la interacción entre las variables psicológicas en la acción del sistema inmune y el sistema nervioso, sirven como fundamento de la psiconeuroinmunología, tema que se trata en el siguiente apartado y que sirve como modelo teórico en el cual se argumenta la

presenta investigación.

Psiconeuroinmunología

Rosenzweig (1995) establece como la psiconeuroinmunología, estudia el papel de los factores psicológicos en la enfermedad para demostrar como surgen cierto tipos de enfermedades debido a conjuntos distintivos de características psicológicas. Plantea también como anteriormente no se concebía, ni se creía que el sistema nervioso y las nociones de la mente pudieran influir de manera relevante en el proceso del sistema inmunitario contra los virus que pueden atacar al organismo del ser humano. A partir de los 80's aparece el campo de la psiconeuroinmunología, su existencia señala una nueva conciencia de como el sistema inmunitario interactúa con otros órganos entre ellos el sistema nervioso y el hormonal.

Frente a este tema Vera y cols (1999), complementa la propuesta de (Rosenzweig 1995) definiendo la psiconeuroinmunología como un campo en el cual se estudian las relaciones bidireccionales entre la conducta, el cerebro y el sistema inmune. Entendiendo que el cerebro regula en mayor o menor medida el sistema inmunitario, entonces los factores psicológicos pueden afectar este sistema por medio del cerebro.

Entre las pruebas inmunológicas, que comúnmente se utilizan en los estudios de psiconeuroinmunología podrían agruparse en dos grandes tipos: 1) enumerativos, consisten en el porcentaje de los diferentes elementos de células blancas presentes en la sangre, estos incluyen neutrófilos, monocitos, eosinófilos, basófilos y linfocitos. Este tipo de conteo también puede incluir los diferentes tipos de linfocitos asesinas naturales, linfocitos B y linfocitos T con

sus respectivos anticuerpos. 2) funcionales, corresponde a evaluar la actividad funcional de las células inmunitarias. También se ha utilizado la medición de la respuesta de proliferación de los linfocitos y la actividad de las células citotóxicas asesinas naturales. Para estimular los linfocitos se utilizan mitógenos; usualmente son utilizados el fitohemaglutinina (PHA), concanavalina A (Con A) y fitolaca más conocida como pokeweed. La actividad de las células asesinas naturales consiste en determinar cuán efectivamente son capaces de eliminar las células tumor; para esto las células inmunes son incubadas con células tumor por varias horas, los resultados indican el número de células afectoras requeridas para eliminar un determinado porcentaje de las células tumor (Vera,1999)

Esta medición es considerada por Goodkin K. (1994) durante la fase SIDA o punto final de la infección del VIH – 1 ya que puede manifestarse en cánceres, que guardan cierta relación en el sentido que ambos son el punto final de enfermedades vírales crónicas. Las diferencias radican en primer lugar, en que el VIH-1 es un ARN virus mientras que HPV (infección por Papilomavirus Humano) es un ADN virus. En segundo lugar, el VIH-1 infecta directamente a las células del sistema inmunológico (predominio de linfocitos T4 y macrófagos) mientras que el HPV infecta la piel y lagunas membranas mucosas y por ultimo el VIH-1 es más virulenta que la infección por HPV.

Por otro lado, Goodking (1994) considera que dentro de la psiconeuroinmunología se debe tener en cuenta el control que ejercen las variables como, el consumo de alcohol que tiene efectos desfavorables en las células asesinas naturales además de estar asociado a los estados depresivos

profundos. Otra variable importante es el efecto de la nutrición, existen evidencias contundentes de que la disminución y no el aumento de la ingesta de AGPI incrementa la producción de prostaglandina y suprime las células asesinas naturales; mientras que hay una relación negativa entre la ingesta de selenio aumenta la función de estas células asesinas naturales. Por otro lado la ingesta excesiva de vitaminas (A y E.) y minerales (selenio) se asocian al deterioro de la función inmunológica y es común encontrar dicho efecto en los infectados por el VIH.

Otro punto importante dentro de la psioneuroinmunología es el relacionado con los factores psicológicos frente a los cuales Blanco (1994), propone como las variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario potenciándolo o debilitándolo, pudiendo de esta manera mediar en el mantenimiento de la salud o la aparición de la enfermedad. Frente a esto Calvo (1990), se apoya en las siguientes hipótesis que establecen como:

1. Los trastornos emocionales y el estrés negativo o distrés pueden alterar la incidencia, severidad o curso de aquellas enfermedades que implican una resistencia inmunológica o aquellas que se encuentran asociadas a un mal funcionamiento del sistema inmunológico.
2. Las hormonas y otras sustancias reguladas o elaboradas por el SNC, pueden ejercer influencia en los mecanismos inmunológicos, las manipulaciones experimentales de comportamientos (estrés, hipnosis, condicionamiento, etc), pueden traer consecuencias inmunológicas
3. La activación del sistema inmunológico pueden estar acompañado de efectos en el sistema nervioso central.

4. Los mecanismos de feedback que regulan el sistema inmunológico pueden actuar, al menos en parte, por mediación de las vías del SNC.
5. Las intervenciones comportamentales (psicoterapia, relajación, biofeedback, visualización, etc.), pueden ser capaces de mejorar u optimizar el funcionamiento del sistema inmunológico.

Uno de los planteamientos realizados por Bernard (1994), contiene los principales puntos de los postulados manifestados anteriormente estableciendo como el estudio acerca de la relación entre el sistema inmune y los factores psicológicos se ha centrado especialmente, en verificar hasta que punto el sistema inmune esta sujeto a la influencia psicosocial.

Aspecto que permite establecer como la competencia del sistema inmune para resistir infecciones y enfermedades esta influenciada por procesos psicológicos y estados como el estrés, la depresión, eventos importantes en la vida como un duelo, u otros eventos cotidianos, que pueden afectar a la persona debido al aumento en la susceptibilidad o vulnerabilidad del individuo para adquirir enfermedades infecciosas, pues al estar sometido ante elevados índices de estrés se disminuye la cantidad de grupos de anticuerpos, indicando esto una disminución de la inmunocompetencia.

Goodking (1994), en cuanto al apoyo social, estilo de afrontamiento y la función inmunológica, ha encontrado que los mecanismos de deficiencias inmunológicas pueden ser dados por cambios neuroendocrinos asociados a estados depresivos (cambio de humor, estado de manía, depresión profunda, estados de ansiedad) que explican deficiencias inmunológicas observadas en los cambios de humor subclínicos esperables junto a los factores estresantes

cotidianos.

Al plantear que los trastornos psicológicos, pueden disminuir la competencia del sistema inmunitario, es importante tener en cuenta los diferentes aspectos psicológicos, que se presentan en el paciente portador del VIH, de manera que se pueda entender de una manera global la enfermedad.

Aspectos Psicológicos del VIH.

Un primer punto al que es necesario hacer referencia es el Impacto psicológico del diagnóstico, el cual incluye las respuestas y repercusiones que acarrea esta noticia a la persona quien al ser informada puede presentar diferentes reacciones que generan cambios repentinos en sus emociones, conductas o pensamientos.

Frente a este hecho Blanco (1994) establece, cómo esta información es percibida por el individuo como una amenaza a su persona y a su propia vida, por las características de esta enfermedad. Las personas en su reacción al diagnóstico pueden presentar diferencias según el grado de conocimiento que tenga el individuo sobre la enfermedad, la vulnerabilidad de la persona, el estigma social del SIDA en su comunidad, el grupo de riesgo al que pertenezca y sus habilidades previas de afrontamiento ante los eventos estresantes.

Velázquez (1996), agrega, que las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por VIH o el SIDA están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su vida como son: (a) edad; (b) género; (c) personalidad; (d) religión; (e) habilidades; (f) antecedentes culturales; (g) salud mental; (h) estilo de vida; (i) aspectos sociales como la familia, las relaciones interpersonales y habilidades de comunicación; (j)

aspectos relacionados directamente con la enfermedad como medicamentos, tratamientos, dolor físico, complicaciones, seguridad social y asistencia, deterioro físico y psicológico y tiempo de sobrevida.

Blanco (1994) plantea que durante el diagnóstico de la infección por VIH hay dos momentos importantes y diferentes según las reacciones que muestran los pacientes, estos son:

Comunicación de los resultados, si la persona es seropositiva,

(a) Reacción inicial es de shock, estado que se caracteriza por sentimientos de confusión y aturdimiento. La persona suele ensimismarse, desconectándose del exterior y manteniendo la mente en un estado de constante inestabilidad y agitación, a tal punto que gran parte de la información recibida en ese momento es olvidada.

Estas reacciones varían en cada persona en términos de calidad, intensidad y forma de manifestarse.

Las personas pueden fluctuar entre un estado emocional muy intenso, en el que se presenta llanto incontrolable, temblor generalizado o reacciones agresivas o puede permanecer inmóvil y mudo, aunque la más frecuente es una denominada “caída de expresión facial”, en la cual se presenta una repentina flacidez de los músculos faciales.

Por otro lado si los resultados muestran seronegatividad, la persona puede reaccionar con depresión, euforia y/o complicaciones somáticas, cuestionándose en algunos casos por la veracidad de los resultados.

(b) Etapa Posterior, luego del periodo de shock, manifestado al conocer el diagnóstico. Puede darse un complejo de síntomas conflictivos o reacciones

psicológicas y factores como el aislamiento, el rechazo social o familiar, las implicaciones en aspectos concretos como la vida sexual o la incertidumbre ante el pronóstico especialmente en pacientes asintomático, son elementos que llevan a que la sintomatología psíquica de esta enfermedad tenga características particulares. Velásquez (1996) agrega además que se caracteriza por que la persona experimenta una gama de sentimientos y vivencias, el temor de revelar una orientación sexual posiblemente oculta, aún para un grupo social, con el consiguiente derrumbamiento de su imagen, el miedo a afrontar una enfermedad que se ha asociado con conductas estigmatizadas además del posible deterioro físico, llevándolo a pensar en el suicidio como única solución a esta situación.

Blanco (1994) establece cómo el primer trastorno que se presenta luego de conocer el diagnóstico es un trastorno de adaptación, esto puede deberse a que el SIDA implica una peor adaptación psicológica a la enfermedad, ya que influye la edad, la ausencia de un tratamiento activo posible, la personalidad previa, habitualmente frágil y conflictiva en este tipo de pacientes.

Blanco (1994), resume el impacto emocional, que presenta el paciente, en tres procesos relacionados, (1) el proceso de aflicción, (2) el deterioro físico y psicológico, (3) las dificultades en la vida de relación. Con respecto al proceso de aflicción, en el cual se puede realizar una intervención psicológico, se presentan reacciones como:

(1) Shock (anteriormente descrito)

(2) Negación, de la realidad externa y su enfermedad. Velazquez (1996) establece que la negación actúa como un mecanismo de defensa, que

protege a la persona de acercarse a una realidad que ese momento es muy difícil, se manifiesta en preguntas tales como ¿Esto no me puede estar pasando, debe haber un error?. Manifiesta como durante este periodo la persona repite sus exámenes en varios laboratorios y acude a donar sangre buscando un diagnóstico erróneo. La negación cumple la función de conservar, fuera de la percepción consciente, la existencia de realidades desagradables, esta defensa debe permitirse mas no favorecerse, pues durante este período la persona puede seguir realizando practicas sexuales sin precaución.

- (3) Culpa, ira, miedo, algunas preocupaciones pasadas sobre su sexualidad, pueden ser revividas o traducirse en episodios de ira dirigidos contra el propio individuo, en forma de pesadillas y pensamientos de muerte. Velazquez (1996) expone además que la ira, es un sentimiento que se presenta frecuentemente en estos pacientes y obedece en muchas ocasiones a las múltiples pérdidas que debe afrontar la persona (no son iguales en todos los individuos) En muchas oportunidades se manifiesta contra el equipo de salud o a través de la impotencia por no poder hacer que sus familiares y amigos adopten conductas protectoras frente a la infección o hacia la ineficacia de algunos programas preventivos, la rabia puede canalizarse por medio de la sexualidad contaminando así a otras personas y expandiendo la epidemia.
- (4) Tristeza. o depresión, Velazquez (1996) propone que la persona manifiesta frecuentemente apatía por actividades rutinarias, tanto laborales y familiares, retraimiento, pérdida de la atención, la concentración, la memoria

y alteraciones en las funciones neurovegetativas en general, siendo muy importante profundizar en este diagnóstico; el cuadro puede obedecer a una depresión reactiva o ser una manifestación primaria del VIH en el sistema nervioso central. Como es frecuente encontrar cuadros depresivos desde leves a severos, es importante considerar el uso de terapia farmacológica o psicoterapéutica. La depresión crece en cuanto aumentan las pérdidas como la independencia, el control sobre su cuerpo y la autonomía y en la medida en que el paciente le va quitando valor a los objetos y a las cosas, presenta pérdida de interés por el entorno, las familias, las visitas y los alimentos, esta situación es difícil para la familia quien tiene que aceptar la frialdad y la apatía del paciente. En este momento se acude al psicólogo para que “haga algo por él”, “esperando que lo devuelva a la vida”, el psicoterapeuta debe conocer bien este proceso interno del paciente para no caer en la tentación de seguirle el juego a la familia, negando el proceso de muerte del ser querido, presionando al paciente a comportarse de una manera diferente, cuando es más importante en este momento escucharlo y acompañarlo. Se deben evaluar las ideas de suicidio, haciendo un seguimiento cercano si es necesario hasta que disminuya el riesgo.

- (5) Negociación, Velázquez (1996), propone que la persona establece pactos para ampliar su periodo de vida útil con Dios, el médico, enfermera, amigo o psicólogo, para poder terminar actividades inconclusas, alcanzar metas propuestas, terminar estudios o realizar viajes. El individuo de esa manera retorna a sus actividades rutinarias. Hay que motivar a la persona para que

realice los proyectos y desestimular los procesos fantasiosos que pueden afectar su salud o la de la comunidad. Esta etapa puede incluir según Blanco (1994) comportamientos como: cambio de hábitos relacionados con la conducta sexual, alimentación, horas de sueño, conducta altruista, iniciativa de crear grupos de apoyo emocional, defender los derechos de los afectados o promover campañas de educación sanitaria.

(6) Aceptación, Blanco (1994) plantea que es un estado mayor de calma y serenidad en el que puede discutir los detalles acerca de su proceso clínico y adoptar decisiones sobre su vida. Velázquez (1996) agrega que durante esta etapa la persona expresa adaptación frente al diagnóstico hablando tranquilamente del proceso de enfermedad, muerte y de las cosas que ha tenido que organizar, como sociedades o testamentos, etc. Este proceso psicológico va a ser alterado por el estado clínico del paciente, el asintomático hará este proceso mas lentamente, mientras el sintomático al estar confrontado con la aparición de la sintomatología. Dependiendo de la severidad de la inmunosupresión, podrá hablarse de pacientes terminales; cuando el paciente se encuentra en esta fase, puede aparecer sereno y poco interesado por su entorno, es importante el contacto físico, como tomarle la mano y acariciarlo, más que tratar de romper el silencio. Cada uno de estos diferentes estadios puede ir acompañado por periodos de ansiedad, miedo y desesperación.

En resumen, el proceso por el que atraviesa el paciente se manifiesta en diferentes etapas por las que según la persona pueden presentarse o acentuarse. Selwyn (1990), plantea como fases psicológicas las siguientes:

- (1) Fase de Crisis, El paciente es informado de su seropositividad. Presenta síntomas como shock emocional, negación, culpa. El psicólogo frente a esto debe intentar establecer sistemas de apoyo de forma progresiva y permitirle comunicación sin rehusarle la negación.
- (2) Fase de Estado Transicional, la persona durante esta etapa presenta una negación que evoluciona hacia la angustia y la ansiedad, que desencadena la depresión y la culpa, puede haber huídas frecuentes, del trabajo, etc. y desarraigo social. Frente a esto se puede recurrir al apoyo de personas que se encuentren en situaciones parecidas (terapia de grupo), y fomentar la reestructuración de las relaciones sociales, que posiblemente se encuentran deterioradas.
- (3) Fase de Estado de Déficit/Aceptación, La persona inicia la aceptación de sus limitaciones, realiza actividades altruistas, se evidencia la enfermedad, también puede darse baja de energía y la persona empieza a depender de los demás. Durante esta fase hay que actuar en la comunidad y aumentar la autoestima del paciente.
- (4) Fase de Preparación para la Muerte, el paciente manifiesta miedo a la dependencia total, se presentan reacciones vivenciales. Se debe buscar animar al paciente a que finalice sus propios asuntos y promover la cohesión familiar.

Blanco (1994) establece como el ser portador del VIH, implica que la persona se vea afectada por peculiares aspectos psicológicos y psicosociales que se ven influidos por los siguientes elementos:

- (a) Gravedad letal de la enfermedad.

(b) Aparición luego de un largo período de incubación.

(c) Transmisibilidad sexual.

(d) Carencia de un tratamiento efectivo.

Blanco (1994) plantea que el impacto estresante de todos estos elementos culmina a veces en lo que se denomina “ansiedad SIDA” en personas sanas que rodean al afectado de VIH.

Blanco (1994) por otro lado propone los siguientes problemas emocionales a los que la persona se debe enfrentar tanto nivel personal como social:

Problemas Emocionales Relacionados con el Entorno.

1. Cambios en el estilo de vida: contiene las restricciones que deben realizar en sus hábitos, necesariamente, que conllevan al desarrollo de destrezas sociales como la tolerancia a la frustración, la reducción de la ansiedad, el rechazo de la pareja o el autocontrol, estas habilidades no siempre son fáciles de implementar por lo tanto es necesario identificar las estrategias con las que cuenta el paciente, rectificar las que sean inadecuadas y dotar de aquellas que le permitan afrontar su nuevo estilo de vida.
2. Aislamiento social: el temor de los pacientes a que este hecho se presente es amplio y se acentúa debido a: a) la protección y la distancia que en algunos casos asume el personal sanitario, el ser aislados a medida que progresa la enfermedad, buscando protegerlos pues su inmunodeficiencia se encuentra deteriorada, los familiares y amigos reducen sus visitas por lo cual hay una negación a poder disfrutar de las atenciones y cuidados por parte de los demás; b) negación de servicios públicos y efectos de unas leyes adversas, información indiscriminada y sensacionalista de los medios

de comunicación, que hacen reaccionar al medio social de forma fóbica al diagnóstico de la enfermedad generando marginalidad y estigmatización así como disminución de contactos sociales. Frente a esto es necesario establecer programas educativos para brindar información a las personas que rodean al individuo para reducir el aislamiento y hacer que el paciente se sienta acogido por los demás.

3. Pérdida del empleo: esto implica problemas económicos, lo que conlleva a un grave impedimento para el tratamiento médico, además de las reacciones emocionales que el paciente padezca ante este rechazo. (Blanco, 1994)

Problemas Emocionales Relacionados con Familia y Comunidad.

- 1) Temas sexuales: pueden activarse en la persona sentimientos reprimidos sobre sexualidad o religión, suelen mostrar sentimientos de culpa y repasar sus parejas sexuales para “establecer” quienes hayan podido adquirir la enfermedad, algunos pacientes pueden interpretar su situación como un castigo por su comportamiento anterior. En ocasiones se ven obligados a revelar su homosexualidad o abuso de sustancias a su familia, amigos o compañeros, lo cual empeora sus sentimientos de culpa o vergüenza por la enfermedad.
- 2) Sentimientos de abandono: creencias que surgen ante la pérdida de la salud, de la familia, de sus capacidades y hasta de la pareja. Se debe hacer ver al paciente que él con su actitud es quien debe conservar lo que posee, ofreciéndole confianza y aumentando su autoestima.
- 3) Limitación de las redes de apoyo: en algunos casos, al no ser la familia del

paciente tan accesible como se desearía, los pacientes establecen vínculos de gran intimidad con sus amigos buscando una “reconstrucción familiar”. Por tal razón es necesaria la identificación del número y calidad de estas figuras sustitutivas de la familia y establecer los motivos por los que el paciente cree que no lo apoyan, puesto que a veces es el paciente quien consciente o inconscientemente rechaza el apoyo de los demás.

- 4) Sentimientos de culpa: que se pueden dirigir hacia sí mismo, la familia o la pareja. Pueden originarse en la creencia de haber podido contagiar a otra persona, en el dolor que su enfermedad puede causar a sus seres querido, o en hechos problemáticos de la vida pasada que quedaron sin resolver. En este punto es normal que la persona exteriorice estas ideas y exprese sus sentimientos y se establezca a quien o a que se dirigen principalmente. (Blanco, 1994)

Haciendo referencia a este aspecto, Velázquez (1996) plantea que el VIH comprende cuatro problemas psicosociales, en los que se ve involucrada la familia y la comunidad del paciente como son: (a) el impacto emocional sobre los infectados y sus contactos sexuales, familiares y sociales; (b) el impacto social sobre las organizaciones sociales, los valores y las legislaciones, que se refleja en la desintegración de las estructuras sociales como la familia, las parejas y diferentes grupos sociales, incluyendo la crisis en las estructuras ideológicas relacionadas con valores, moral y ética. (c) el impacto sobre las economías familiares y nacionales que compromete las fuentes de ingreso de la familia, ya que la persona se encuentra en una etapa productiva de su vida, además de los altos costos de asistencia en salud requeridos; el resultado

compromete un alto porcentaje de población económicamente activa. (d) el impacto sobre la estructura y funcionalidad de los servicios de salud que no estaban preparados para la epidemia, que se manifiesta en el deterioro de los indicadores de salud y se pone en evidencia su incapacidad financiera y tecnológica para enfrentar la epidemia por el VIH y el SIDA.

Factores relacionados con el Paciente.

1. Afrontamiento del diagnóstico.
2. Cambios en la imagen corporal. Los cuales pueden ser radicales por su velocidad de progresión. Algunas alteraciones son: pérdida de peso y del pelo, decoloración de la piel, desfiguración por tumores. Este hecho lleva al paciente en ocasiones a examinar su cuerpo obsesivamente.
3. Vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas. Estas personas presentan baja tolerancia a la frustración y gran ansiedad, tienen también dificultades para hacer frente al estrés por lo que las conductas anteriores a la enfermedad como el empleo de sustancias y contacto sexual múltiple pueden ser interpretados como métodos para superar dicho estrés. Estas características de vulnerabilidad, se manifiestan por medio de las continuas demandas al personal sanitario, la reiterada solicitud de información y confianza, la preocupación por su cuerpo y la búsqueda de información acerca de formas de modificación de conductas sexuales. Por tanto hay que identificar niveles de ansiedad, estrategias de afrontamiento al estrés y a situaciones críticas para reducir los niveles y brindar a la persona confianza y seguridad en sí mismo para afrontar la situación.
4. Incertidumbre. Está caracterizada por ansiedad y rabia frente al

desconocimiento que rodea a la enfermedad y al tratamiento de la misma. Estos sentimientos usualmente se manifiestan o directamente o por medio de una actitud pasivo - agresiva, en la cual discuten acerca de la medicación, negándose a cumplir el tratamiento o haciendo continuos llamados al personal sanitario. El transmitir la información medica de una manera confusa o contradictoria, puede incrementar la incertidumbre. Se debe buscar que el paciente identifique formas adecuadas de expresar sus sentimientos.

5. Desesperanza. Se presenta debido a la juventud de los pacientes, la carencia de unos cuidados adecuados en los hospitales y la rapidez con que se produce el deterioro. Es importante revisar los deseos del paciente, sus miedos frente al futuro, sus pérdidas, establecer además cuales son sus redes de apoyo, para de esa forma orientarlo en la reorganización de su vida.
6. Disminución de la autoestima, el rechazo social, la dependencia o las propias características de la enfermedad, pueden incidir en la pérdida de la confianza en si mismo, así como en la identidad social de la persona.
7. Temor frente a la muerte. Aunque es común en todas las enfermedades, este se acentúa, porque en muchos casos estas personas han visto morir a sus compañeros o amigos a causa de esta enfermedad y además se ven obligados a enfrentarse a repercusiones morales y sociales.
8. Inquietudes Espirituales. La preocupación frente a la muerte, la soledad y la pérdida de control, usualmente inciden en el interés por las cuestiones espirituales y a la búsqueda de apoyo religioso, este favorece la confianza

de la persona, disminuye su temor a la muerte en muchos casos. O por el contrario puede incrementar en él los sentimientos de culpa, miedo a ser castigados si se toman en forma represiva. Es importante mantenerlos o fomentarlos, si son funcionales para el paciente. (Blanco, 1994)

Velázquez (1996) sugiere también que estos costos que debe asumir la persona tanto a nivel social como psicológico afectan obviamente su estado emocional, hecho que repercute en todo su desempeño social y productivo. Por otro lado una de las mayores preocupaciones de estas personas es que su familia y entorno social conozca el diagnóstico, puesto que las connotaciones con las cuales se ha designado a esta infección incluyen concepciones moralistas o denigrantes sobre la conducta sexual humana como “promiscuidad”, “drogadicción”, “homosexualidad”. La infección y la enfermedad se asocian entonces a comportamientos vergonzantes. Blanco (1994), agrega como dentro de la familia pueden surgir sentimientos de vergüenza, de marginación social, duelos debido a la pérdida de la imagen ideal o real de familiar, sentimientos de fracaso, temor al contagio, enfrentamiento a la muerte de uno de sus miembros, pudiendo verse afectados, por el deseo de estar cerca a él pero temer al contagio. En la pareja suelen aparecer sentimientos de inseguridad, miedo a contraer la enfermedad, sobrecarga de roles y trabajos, duelo anticipado por la pérdida próxima, descuido personal con riesgo de complicaciones físicas y psíquicas y sentimientos de culpa.

En conclusión, el ser portador del VIH, implica el padecimiento de una enfermedad que posee características particulares, que afectan a la persona no solo en su estado físico, sino también a nivel psicológico y emocional e

inducen cambios que desequilibran la vida del paciente, generando crisis que dificultan en gran medida la aceptación de la enfermedad y facilitan la presentación de trastornos psicológicos que afectan su salud mental, tales como la depresión o el estrés. (Velázquez. 1996)

Estrés.

El ser seropositivo al VIH es una situación, difícil para cualquier ser humano, la cual indudablemente genera una crisis en la vida de la personas hecho que puede aumentar las probabilidades en la presentación de estrés. Esta afirmación es sustentada por Rojas (1998), al proponer que el estrés es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas, lo cual implica en el sujeto agotamiento, dada la acumulación de sobre esfuerzo constante, tensión emocional y/o intelectual fuerte.

Goodkin K (1994) señala además, que las diferencias inmunitarias han sido relacionadas con muchos factores estresantes fisiológicos y psicológicos como privación del sueño, duelo, desempeño de cargos o funciones académicas, atención de personas con enfermedades crónicas o padecimiento de las mismas, separación conyugal; estas varían según el estilo de cada persona para sobrellevar algunas situaciones particulares de estrés. Este planteamiento implica la revisión de las diferentes explicaciones relacionadas con el estrés, para esto, es importante tener en cuenta que con respecto a la definición del estrés, según plantea Santos (1998), ésta varía dependiendo del punto central de la investigación.

Fontana (1992), establece, que el origen del termino estrés proviene del

idioma inglés entre los siglos XII y XVI, del término francés antiguo *destresse*, que significaba ser colocado bajo estrechez u opresión. Por consiguiente, su forma inglesa original era *distress*, y a través de los siglos ha perdido el "di" por mala pronunciación, por lo que en la actualidad, en inglés, existen dos palabras, *stress* y *distress*, que tienen significados bastante diferentes, el primero ambiguo, mientras el segundo siempre indica algo desagradable. El término *stress* tiene que ver con la constricción u opresión de algún tipo y *distress* con el estado de estar bajo esta constricción u opresión. La palabra *estrés* en español, se ubica entre presión y énfasis, conteniendo la connotación dolorosa de la primera y la neutralidad de la segunda. y la palabra *stress* en su definición hay una mayor inclinación en tomarla como presión/énfasis que como constricción/opresión, esto conlleva a ubicar el significado de la palabra dentro del contexto en el cual se encuentra, y por tal razón representa los desafíos que activan y mantienen alerta a la persona o aquellas condiciones bajo las cuales los individuos enfrentan exigencias que no pueden satisfacer física o psicológicamente y que provocan alguna alteración en uno u otro de estos niveles. entonces en un extremo actúa en beneficio de la vida y en el otro atenta contra ella. En resumen Fontana (1992) define el estrés como una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo y dependiendo de si las capacidades permiten o no que la persona controle la exigencia, el estrés será o no provechoso. Pero es importante resaltar que es una característica natural e inevitable de la vida.

Fontana (1992) establece además que cualquier persona estresada debe:

- (1) observar el medio, identificar las exigencias que provienen de este y

determinar si estas exigencias pueden alterarse o disminuirse en cualquier forma; (2) observarse a sí mismo para precisar si las reacciones personales a estas demandas pueden ser modificadas de manera similar, incrementando la capacidad o haciendo un mejor uso de la que ya esté disponible.

Bernal (1998) Con relación a la definición del estrés propone, las siguientes perspectivas explicativas: (a) Perspectiva Biológica, se centra en la activación de los sistemas fisiológicos que responden a las exigencias físicas y psicológicas, una activación prolongada y repetido de estos sistemas ponen en riesgo a las personas a desarrollar tanto desórdenes físicos como emocionales; (b) Perspectiva Psicológica, hace referencia a la manera cómo las personas perciben y evalúan las experiencias vividas. Al ser percibidas como excedentes a su capacidad de manejo, las personas se diagnostican con estrés y experimentan respuestas negativas; (c) Perspectiva Ambiental, que da mayor importancia a los eventos estresantes de la vida, que están relacionados con la progresión de las enfermedades físicas (cardíacas, piel y otras) (d) Perspectiva Biopsicosocial, considera al organismo humano en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y social, de esta forma toma en consideración a la persona, el contexto social en el cual vive y los diferentes niveles del sistema social que impactan a la persona. A continuación, se ampliará la explicación de algunas de las perspectivas conceptuales del estrés, expuestas anteriormente.

Perspectiva biológica

Fernández (1998) define esta postura una respuesta a ciertas condiciones ambientales, de carácter fisiológico, como un aumento en el nivel de

corticoesteroides o catecolaminas plasmáticas, o bien psicológica como un incremento en el estado de alerta o una respuesta de huida.

Por otro lado, Suinn (1993), cita a Darwin, quien plantea una explicación de la presencia del miedo considerando que esta emoción es consecuencia de la evolución y la selección natural, estableciendo cómo este cumple una función adaptativa, que activa y moviliza al organismo para enfrentarse al peligro. Tomando en cuenta el perfil de cambios que se asocian con el miedo, cambios instintivos que pueden además servir para indicar el peligro a otros animales. Suinn (1993) cita además a Cannon (1929), quien sugirió, que durante la amenaza el sistema simpático toma el control como medio de movilización las ante emergencias y la posible necesidad de la activación muscular intensa. Estos cambios simpáticos se interpretaron como preparación para la lucha, la respuesta de lucha o escape. Esta preparación hace que se estimule la epinefrina, que a su vez libera las reservas de glucógeno, para dar energía a los músculos y redistribuye la sangre de las vísceras al corazón, cerebro y extremidades. Simultáneamente los vasos sanguíneos cercanos a la periferia se constriñen y el tiempo de coagulación de la sangre se reduce, presuntamente como precaución ante la eventualidad de heridas.

Selye, (1978) propuso como denominación a los efectos del estrés, el síndrome de adaptación general, en el cual se reconocen tres fases (1) la reacción de alarma, en la cual el organismo se alerta, en esta fase se presenta la exposición inicial al estresor, se genera una disminución de la resistencia fisiológica, mientras el organismo se prepara para la resistencia (2) etapa de resistencia, en la cual se desencadena la actividad autónoma, esta depende de

la fuerza del individuo si el organismo se sobreexige se presenta la siguiente fase, (3) etapa de agotamiento, si la actividad autónoma persiste, se producen los efectos negativos.

Selye (1956), quien también plantea el estrés desde una orientación biológica, proponiendo como éste incluye cambios fisiológicos y tisulares en respuesta a sucesos estresantes, se dice que estos cambios ocurren en la fase de "alarma" del síndrome general de adaptación, este autor lo define como un patrón de respuestas corporales que resultan de la presencia de un suceso estresante. Incluye fases que comienzan con una fase de alarma en la cual el organismo reacciona inicialmente, se da una concentración de energía y una focalización del esfuerzo cuando el organismo comienza a ser alertado, esta fase es relativamente corta y pronto se sustituye por la fase de resistencia cuando el organismo intenta ajustarse. Durante este estadio, el sistema biológico busca adoptar la defensa más óptima contra el suceso estresante, se presentan intentos para aislar y encapsular el estrés, para reducirlo de la mayor manera, aunque si se prolongan estas defensas y el estrés no se resuelve, entonces el desgaste de la adaptación genera un deterioro y surge la fase de agotamiento, caracterizada por daño tisular, enfermedad y eventualmente un cese del funcionamiento del órgano u organismo dañado.

Suinn (1993), también presenta los planteamientos realizados por Lang (1985), quien establece la hipótesis de ciertos sustratos biológicos y propone que hay respuestas de supervivencia filogenéticamente innatas asociadas con las emociones, incluyendo aquellas necesarias para escapar o defenderse contra amenazas externas, plantea además que estos conjuntos emocionales

de acciones se almacenan dentro del organismo en una organización jerárquica de tres niveles. Una "subrutina" sirve como el nivel base y supone acciones específicas relevantes para el contexto como los modos de ataque o modos de escape. Después hay "programas emocionales" más grandes como el miedo o la ira, que poseen cierto nivel de respuesta estereotipada que pueden variar en cuanto a las acciones específicas seleccionadas. Finalmente propone que hay "proposiciones dimensionales" más amplias que organizan las emociones y que incluyen las dimensiones de intensidad, dirección y control sobre el estado emocional.

Suinn (1993), agrega cómo las hormonas y los neurotransmisores, están involucrados en la bioquímica de las emociones como los corticoesteroides en el estrés. Por otro lado manifiesta cómo la investigación fisiológica ha confirmado cómo diferentes estructuras cerebrales, incluyendo el sistema límbico, el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala, el septum y el giro cingulado, además de las sendas neurales y funciones endocrinas forman parte de las emociones. Suinn (1993) afirma también cómo la benzodiazepina, que es un tipo de tranquilizante que se utiliza en estados de ansiedad moderada, tiene una especial afinidad con algunos receptores cerebrales, los cuales aumentan hasta el 20% en solo 15 minutos bajo condiciones de estrés. El autor también menciona cómo en diferentes estudios se ha encontrado que los animales que han sido criados para tener una alta emotividad, poseen un número menor de centros receptores de benzodiazepina en el cerebro.

Suinn (1993) plantea además una hipótesis que examina el sistema endocrino completo, el sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPAC). Este

sistema controla varias neurohormonas que se activan durante el estrés inducido en el laboratorio y se produce la misma respuesta durante experiencias reales de estrés. Los productos hormonales específicos de la actividad hipotalámica-pituitaria-adrenocortical que han mostrado incrementos durante situaciones estresantes son el cortisol, prolactina y la hormona tiroide estimulante del crecimiento.

Fontana (1992) complementa esta visión manifestando cómo entre el 50 y el 70% de todas las enfermedades y accidentes que se relacionan con un exceso de estrés, por tanto es importante revisar los mecanismos fisiológicos de éste. Cada una de las reacciones corporales ante las exigencias del medio es útil en si misma, pues adaptan al cuerpo para que responda a los estímulos amenazantes, haciendo que el individuo actúe en respuesta o lo que se ha denominado "ataque o huida", hecho que sucede a nivel del sistema nerviosos autónomo, lo cual implica que es una reacción automática, si estas reacciones persisten en el tiempo son perjudiciales para el organismo, pues son respuestas diseñadas como de corta duración y para desaparecer luego de la emergencia, sino cesan, generan un efecto adverso.

Fontana (1992), agrupa los aspectos de la respuesta del organismo frente estrés y las consecuencias de cada uno, de la siguiente manera:

(a) Movilizadores de energía, provocan lo siguientes efectos: a) liberación de adrenalina y nora drenalina secretadas por las glándulas suprarrenales al torrente sanguíneo. Estas actúan como estimulantes poderosos, aceleran los reflejos, incrementan el ritmo cardiaco y la presión arterial, elevan la concentración de azúcar en la sangre y aceleran el metabolismo. El

resultado es el aumento en la capacidad y en el desempeño a corto plazo, conforme llega más sangre a los músculos y a los pulmones, hay también un incremento en el suministro de energía y las respuestas se agudizan. esto a largo plazo trae consecuencias como trastornos cardiovasculares como enfermedad cardiaca. apoplejía, daño al riñon provocado por la elevación de la presión arterial y trastornos de la concentración de azúcar en la sangre que agravan la diabetes y la hipoglucemia; b) Liberación de hormonas tiroideas secretadas por la glándula tiroides al torrente sanguíneo. Estas aumentan aún más el metabolismo e incrementan, por consiguiente, el nivel en que la energía puede consumirse y transformarse en actividad física. Si esta aceleración del metabolismo continua genera agotamiento, pérdida de peso y por último colapso físico; c) Liberación de colesterol secretado por el hígado al torrente sanguíneo, lo cual provoca un incremento en los niveles de energía, contribuyendo en la función muscular. Pero la concentración de colesterol permanentemente elevada se correlaciona con un riesgo muy alto de arterioesclerosis, un factor principal de los problemas cardíacos.

- (b) Sistemas de Apoyo de la Energía, son funciones corporales, que colaboran en la movilización de la energía, estas son: a) supresión de la función digestiva, lo cual permite que la sangre se desvíe del estomago y pueda utilizarse en los pulmones y los músculos. Al mismo tiempo la boca se seca, de tal forma que el estomago no se ocupa de la saliva. Aunque si la supresión de la digestión se prolonga, puede causar problemas estomacales y trastornos digestivos, particularmente cuando es forzada la

ingestión de alimentos y el aparato aún no está dispuesto; b) Reacción de la piel, la sangre se desvía de la superficie de la piel para ser utilizada en otro lugar, por tal razón el individuo palidece, simultáneamente se produce sudor para ayudar a enfriar los músculos sobrecalentados por la afluencia súbita de energía. Si esta reacción permanece, pueden presentarse problemas en la piel, dada su necesidad de contener sangre, por otro lado si la sudoración continúa, se presentan alteraciones termostáticas en el organismo; c) Paso de aire en los pulmones dilatados. Esta respuesta, permite que la sangre se oxigene, esto se logra también por el aumento en el ritmo respiratorio. Por otra parte si la sangre es sobreoxigenada, genera pérdidas del conocimiento y trastornos en el ritmo cardíaco. (Fontana, 1992).

- (c) Auxiliares para la Concentración. En este aspecto se presenta:
- a) Liberación de endorfinas provenientes del hipotálamo al torrente sanguíneo, las cuales actúan como analgésicos naturales y reducen la sensibilidad a los daños corporales tales como contusiones y heridas. Lo cual indica que si esta liberación es excesiva, se presentarían mayor sensibilidad frente al dolor.
 - b) Liberación de cortisona secretada por las glándulas suprarrenales al torrente sanguíneo, esta reacción suprime las reacciones alérgicas que podrían interferir la respiración, esta respuesta si se mantiene, disminuye las reacciones inmunitarias del organismo;
 - c) Aumento en la sensibilidad sensorial y mejor desempeño mental, generando un mejor funcionamiento a corto plazo, aunque si se sobrepasan ciertos límites, el efecto generado se invierte y ocasiona disminuciones sensoriales y mentales.
 - d) Decremento

de la producción de hormonas sexuales, lo cual evita la desviación de la energía o de la atención hacia la excitación sexual y reduce las distracciones consecutivas al embarazo y al parto. pero si esta disminución se prolonga, puede generar impotencia, frigidez, esterilidad y otras alteraciones a nivel sexual.

- (d) Reacciones Defensivas, tales como: a) Los vasos sanguíneos se constriñen y el espesor de la sangre aumenta, lo cual implica un decremento en la velocidad de la circulación y la coagulación de la sangre, previendo que la persona presente heridas en la piel. Esto también trae como consecuencia un aumento en el esfuerzo cardiaco, lo cual acrecienta la probabilidad de formación de coágulos por consiguiente el riesgo de enfermedad cardiaca y apoplejía.

La respuesta peculiar de cada organismo al estrés se modula por ciertos factores condicionantes, uno de estos son las características internas, donde se incluye la herencia y los factores constitucionales, así como las huellas mnésicas de la experiencia y aprendizaje anterior. Un segundo factor son las características externas, que incluyen el clima, la hora, el día, etc.

Perspectiva psicológica

Fernández (1998) de acuerdo con Bernal (1998) plantea que es una apreciación personal, de la situación en que la persona manifiesta sensaciones de angustia (al creer por ejemplo que no podrá encontrar empleo, o que una enfermedad que se padece será fatal, etc.), en donde se manifiesta una relación de desequilibrio entre las demandas ambientales y la percepción de competencia para cumplir con ellas.

Suinn (1993), con respecto a esta perspectiva para entender el estrés, considera que generalmente las emociones están relacionadas con el estrés y cita a Lazarus, (1972) quien propone que estas emociones son consecuencias particulares de ciertos procesos cognitivos. Lo cual implica que se debe hacer mayor énfasis en el área investigativa, enfocándose en las causas de los estados emocionales como son la cognición, que se refiere a las apreciaciones de la persona en dos sentidos: apreciación de un suceso ambiental en términos de su potencial dañino y apreciación de los propios recursos en términos de su adecuación para afrontar la amenaza y la percepción del individuo, pues existe estrés cuando la persona percibe ambos sucesos como amenazantes o dañinos y sus recursos inadecuados para manejar la amenaza. El estrés no puede existir si el individuo no es consciente de un suceso como dañino, independientemente del nivel real de peligro del suceso. Suinn (1993), agrega además con respecto al modelo de amenaza de Lazarus, como este propone un proceso dinámico de sucesos y apreciaciones, de tal manera que las percepciones de los sucesos pueden revisarse a medida que pueda cambiar la auto-apreciación de las habilidades de afrontamiento.

Suinn (1993), establece que con respecto al papel de la apreciación como precursor de la respuesta afectiva es consistente con el planteamiento de Stokes (1985), en el que manifiesta que las respuestas de estrés neuroendocrinas están influenciadas por la percepción del individuo del estímulo.

Gómez (2000), agrega a las afirmaciones anteriores que el estrés no es una situación particular (pues no todas las situaciones son percibidas por todas las

personas de igual forma), ni un tipo de reacción específica (porque no todos los sujetos reaccionan igual frente a situaciones que perciban como amenazantes, peligrosas o exigentes y una reacción puede ser evidencia de estrés o de otros fenómenos distintos). Frente a esto manifiesta, que se debe aceptar mejor una definición transaccional en la que el estrés sea considerado como un proceso de interacción específica entre un organismo y una situación. Esta situación, al ser relevante para el organismo, se percibe como amenazante, peligrosa, exigente. Si en el intercambio con la situación se presenta un desbalance entre los recursos y estrategias de que dispone el organismo para manejarla, afrontarla y aquellas necesarias para lograr sus metas es entonces cuando se puede hablar de estrés. Y es en esas condiciones que se llamará reacciones de estrés a los diferentes tipos de reacciones fisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales y se denominará estresor a la situación que generó el proceso.

Por otro lado el DSM IV (1994), ha planteado ciertos criterios diagnósticos, que permiten definir el estrés, desde los comportamientos evidentes en la persona, además permiten diferenciar los síntomas básicos de evaluación del estrés (ver Anexo A).

Perspectiva Biopsicosocial.

Fernández (1998), propone para su explicación del estrés una orientación biopsicosocial en la cual ha recopilado las principales variables, que han sido consideradas en diversos estudios, pero teniendo en cuenta sus interrelaciones, de esta manera, contemplo un núcleo que contiene aquellos aspectos que se han relacionado más directamente con el estrés, como son: (Anexo B)

1. Situación: término que define cómo cualquier condición que puede propiciar

episodios agudos o condiciones crónicas de estrés, que incluyen tanto las condiciones físicas que producen daño orgánico, como las carencias nutritivas, intoxicaciones, infecciones, traumatismos, etc. Como aquellas condiciones naturales y sociales que también producen reacciones orgánicas propias del estrés, sin que haya deterioro físico (haber enviudado, divorciarse, etc.)

2. **Apreciación subjetiva:** la conceptualiza como la interpretación, valoración o representación que hace la persona frente a una situación. Estas transforman las situaciones ambientales neutras en episodios de estrés. Estas valoraciones pueden potenciar o disminuir la capacidad de provocar estrés que tienen las situaciones, que objetivamente en la mayor parte de las personas lo produce.
3. **Reacciones orgánicas:** las situaciones de cualquier tipo tienen efectos comunes a nivel orgánico, pues el hipotálamo (rige la actividad de la hipófisis) controla la mayor parte de las respuestas físicas características del estrés. Y a su vez puede ser estimulado para generar estas reacciones, ya sea por daños orgánicos o por impulsos de la corteza cerebral originados por la percepción de amenaza.
4. **Fuentes de Estrés:** en este punto se hace referencia al conjunto "situación de apreciación" que lleva a las personas a realizar un esfuerzo de adaptación superior al de sus conductas habituales.
5. **Conductas de afrontamiento:** son cualquier intento de hacer frente a la situación bien sea modificando objetivamente la situación ambiental, cambiando su apreciación subjetiva o controlando las reacciones orgánicas.

Estas formas de afrontamiento parecen ser las responsables de que una misma situación ambiental genere consecuencias nocivas graves en unas personas o que sean inofensivas para otras

6. Estados afectivos: Incluye aspectos biológicos y psicológicos en los cuales los efectos de la confrontación con ciertas fuentes de estrés no se fijan cuando el individuo está frente a ellas, el efecto de estas situaciones puede perdurar a lo largo del tiempo en forma de estados afectivos

Fernández (1998), plantea además como algunas de las consecuencias del estrés son generadas por los estados afectivos y pueden provocar desajustes en la salud y en el rendimiento habitual de las personas, aunque esto no implica que algunas reacciones generadas por el estrés no sean adaptativas y sean cambios necesarios para que el individuo se relacione adecuadamente con su entorno.

Lo patológico se presenta cuando los estados afectivos pasajero se convierten en crónicos o recurrentes a pesar de la fuente de estrés, de su existencia negativa o por lo menos no de la misma forma. Para determinar si los procesos de adaptación no son normales, los estados afectivo deben ser; a) inadecuados a la situación, b) demasiado intensos, c) demasiado prolongados en el tiempo. Esto indica que la situación que produce estrés no ha sido resuelta y que sus efectos perdurarán.

Otro aspecto que repercute agudizando o reduciendo las reacciones orgánicas e influye en la elección de las estrategias de afrontamiento y por tal razón en la capacidad para aminorar o empeorar los efectos perjudiciales del estrés, son los denominados por Fernández (1998) Moduladores del Estrés. Los

cuales están divididos en dos tipos:

(1) Los Personales: que son aquellas características propias del individuo, este incluye: (a) Creencias, sobre sí mismo y el mundo. (b) Competencias, son los aprendizajes y habilidades realizados por el individuo a lo largo de su historia personal. (c) Experiencia, se hace referencia al aprendizaje previo ante las mismas u otras fuentes de estrés.

(2) Los Sociales: son aquellas características del entorno social y cultural del individuo enfrentado a fuentes de estrés. Entre ellas se incluyen: a) Apoyo social, depende del grado en el que una persona está integrada en grupos sociales. (Familia, vecinos, amigos, etc.), el papel de los grupos sociales es decisivo y beneficioso para influir en el curso del proceso de afrontamiento. b) Pautas generales, se constituyen por los estereotipos y valores culturales y morales que facilitan ciertas interpretaciones concretas de las situaciones vitales. C) Suinn (1993) agrega a este aspecto el factor cultural, donde propone como cada sociedad establece patrones propios y característicos para el estrés. Spiro (1959). realizó el mejor resumen de la influencia que tiene la cultura en el estrés y sus consecuencias. estableciendo: " Supongo que cada cultura crea estrés y tensiones, algunas universales, otras únicas, con las que la personalidad tiene que lidiar; la herencia cultural, además ofrece en mayor o menor grado técnicas institucionales para su reducción o resolución; además la incidencia de psicopatología en cada sociedad es función no sólo de las tensiones producidas por su cultura, sino también de los medios institucionales que la herencia cultural ofrece para la resolución de la tensión, aquellos individuos que por cualquier razón, no pueden

resolver las tensiones creadas culturalmente por medio de instrumentos de resolución creados culturalmente. los resuelven de modos idiosincrásicos (neurosis y psicosis) y en tanto las diferentes culturas crean diversos tipos de tensión (neurosis y psicosis) revelará la variabilidad cultural."

Suinn (1993), también plantea como las cogniciones y percepciones de un individuo influyen en las interpretaciones de esa persona, del entorno como estresantes; pero además. las tensiones que la sociedad pone en el individuo afectan las percepciones internas y pensamientos de esa persona. Spiro (1959), se refiere al estrés como las tensiones que se originan dentro de la sociedad misma. La psicología social, ha reconocido las variables intraculturales como la estratificación social, la influencia de los vecindarios, la organización, el estatus de grupo minoritario, la pobreza y factores ambientales como la polución, el ruido y el hacinamiento.

Fontana (1992), plantea, las siguientes consecuencias psicológicas del estrés excesivo, es decir si el estrés sobrepasa los niveles óptimos, agota la energía psicológica del individuo, deteriora su desempeño, puede también generar sentimientos de inutilidad y disminución en el planteamiento de propósitos y establecimiento de objetivos inalcanzables

Fontana (1992) plantea además que al enfrentar un estresor por lo general se presenta una pausa cuya duración depende de la proximidad y complejidad del estresor, en este tiempo la persona elabora valoraciones cognoscitivas, luego de estas se presenta la etapa de resistencia o de enfrentamiento al estresor y si excede la capacidad del individuo, genera en este un colapso psicológico, durante el cual probablemente el funcionamiento psicológico sea

inútil. Es necesario además agregar que existe una correlación entre el agotamiento físico y el psicológico.

Con respecto a los efectos psicológicos benéficos del estrés y retomando las fases del síndrome general de adaptación, Fontana (1992) plantea que estos se aplican hasta cierto punto de la fase de resistencia, esta ubicación depende específicamente de: (a) las valoraciones cognoscitivas del individuo; (b) la utilidad del estresor; (c) su capacidad de resistencia y (d) la necesidad de enfrentarse a desafíos.

Por otro lado los efectos negativos, se presentan durante la fase de agotamiento, estos varían en cada individuo, Fontana (1992), los ha dividido en: (a) Efectos cognoscitivos. Están relacionados con el pensamiento y el conocimiento, la persona puede presentar decrementos en el periodo de concentración y atención, esto implica dificultades en el mantenimiento de esta y alteraciones en la capacidad de observación, también se presenta mayor distractibilidad, deterioro en la memoria a corto y largo plazo, impredecibilidad velocidad de respuesta, se da un aumento en la frecuencia de errores en las tareas cognoscitivas y de manipulación, también hay un deterioro en la capacidad de organización y de planeación a largo plazo, lo cual implica que la persona no puede evaluar con precisión las condiciones existentes ni prever sus consecuencias; se puede presentar además un aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento, es decir la prueba de realidad es menos eficaz, se pierde objetividad y capacidad de crítica, los patrones de pensamiento se vuelven confusos e irracionales.

- (b) Efectos Emocionales. Se relaciona con los sentimientos, las emociones y la personalidad, la persona presenta aumento de la tensión física y psicológica, donde hay disminución de la capacidad para relajar el tono muscular, sentirse bien y detener las preocupaciones y la ansiedad; las personas pueden también presentar hipocondría, cambios en sus rasgos de personalidad o exacerbación de los trastornos ya existentes, puede darse un debilitamiento de las restricciones morales y emocionales, hay un aumento en las expresiones emocionales, se facilitan los trastornos depresivos, y puede haber disminuciones considerables de la autoestima.
- (c) Efectos conductuales, entre ellos se presenta: un aumento o aparición de problemas del habla, disminución del interés y el entusiasmo, incremento en el ausentismo, del consumo de drogas, puede darse un descenso en los niveles de energía o fluctuaciones de esta sin razón evidente, la persona puede experimentar alteraciones en los patrones del sueño, además puede situar el locus de control externo, presentar resistencia frente a los cambios, busca evadir responsabilidades bien sea depositándolas en los demás o resolviendo los problemas de forma superficial y puede manifestar ideas de muerte o de suicidio.

Fernández (1998), agrega como el estrés, puede también influir negativamente en los dos siguientes aspectos de la vida de la persona :

- a) Rendimiento. Hace referencia al resultado de la evaluación de la ejecución que la persona hace de su desempeño, bien sea académico, laboral, etc. Implica:

1. Competencia Específica: es la capacidad de obtener un cierto

rendimiento en condiciones normales (sin estrés)

2. Criterios de Logro: se usan para juzgar la adecuación del rendimiento, puede ser en diferentes situaciones, un éxito o un fracaso en función del criterio aplicado para evaluarlo. Cuando son establecidos por la misma persona, pueden originar situaciones especialmente relacionadas con el estrés.

b) Salud. Es el estado de salud evaluado desde el punto de vista médico, e incluye:

1. Estado Orgánico: es el conjunto de factores genéticos, anatómicos y funcionales que influyen en la salud.
2. Factores Patógenos: son todos aquellos susceptibles de provocar enfermedades (Ej. Microorganismos)

Frente a esta última afirmación se han realizado diferentes estudios, en los cuales se plantea como la presentación del estrés favorece la aparición de un determinado estado de salud. (Vera 1999)

Goodkin K (1994), con respecto a este hecho establece una interesante relación entre los factores estresantes y la función inmunológica en la cual considera que los factores estresantes pueden ser controlados, previstos y de determinada duración, generando diferentes efectos en la función del sistema inmune que aquellos que son incontrolables e imprevisibles, pues estos últimos se asocian a mayores deficiencias inmunológicas en comparación con los otros.

Pitts (1998) propone de igual forma como el sistema inmune permanece activo, pero su efectividad es sensible a influencias psicológicas. Pues el estrés

como cualquier otro trastorno a nivel emocional, aumenta la susceptibilidad y/o vulnerabilidad del individuo para adquirir enfermedades infecciosas, pues al estar sometido ante elevados índices de estrés se disminuye la cantidad de grupos de anticuerpos, indicando esto una disminución de la inmunocompetencia.

Gómez (2000), buscando establecer una relación entre el estrés y la inmunidad, donde haya mayor claridad y objetividad y se tengan en cuenta aspectos como una búsqueda exhaustiva de los trabajos de investigación planteados hasta ese momento así como la utilización de una técnica metaanalítica, para la comparación de los resultados de los diferentes estudios. Cita los estudios realizados por Herbert y Cohen, (1993), investigación en la cual la población está compuesta por personas sanas y fueron evaluadas diferencias en los datos inmunológicos, dependiendo de si los datos eran autorreportados (medida de eventos vitales – estrés percibido); o eran eventos objetivos (viudez, etc); de la duración de los eventos y si estos eventos eran interpersonales o no sociales. En cada caso se establecieron cuatro grupos de metaanálisis para evaluar: a) la asociación entre estrés y la función inmune, en este aspecto se encontró, que los tamaños de los efectos hallados (valores r , a partir de las medias y las desviaciones estándar) oscilan entre $-.191$ y $.401$ este último valor se halló para la relación entre estrés de corta duración y la actividad de las células asesinas naturales. Los valores más altos se encontraron cuando se asociaba algún tipo de estrés con la actividad de las células asesinas naturales. También se observó que todos los valores, fueron negativos lo que indicaría una tendencia a la disminución de la función celular inmune en todos

los tipos de situaciones estresantes estudiadas; b) Asociación entre estrés y los números de células blancas circulantes, donde se encuentra que el rango de variabilidad de los valores es mayor que el anterior y los tamaños de los efectos van desde .361 hasta -.669. Se estableció la asociación entre las células supresoras/citotóxicas con eventos objetivos y de larga duración, todas las demás células mostraron relaciones variables con las distintas clases de situaciones, tanto en intensidad como en dirección; c) Asociación entre estrés y los porcentajes de células blancas circundantes, se encontró consistencia en todas las asociaciones, estas indicaron una disminución porcentual de los tipos de células medidas (células B, T, ayudadoras, supresoras/citotóxicas y asesinas naturales, aunque en general los valores son uniformemente bajos; d) asociación entre estrés y concentración de inmunoglobulinas séricas G. M y A con variables inmunológicas, muestra que el estrés con la IgG y la IgM es baja e inconsistente, en el caso de la IgA, la relación es más consistente, pues se presentan incrementos pequeños. Sin embargo la IgA salivar sí muestra efectos consistentes, (hay indicios de decrementos) aunque los tamaños de los efectos siguen siendo pequeños; e) asociación entre estrés y los títulos de anticuerpos contra virus latentes, muestran los tamaños de efectos más grandes, indicando la asociación más fuerte y consistente, los datos indican que en situaciones estresantes interpersonales y de larga duración, los anticuerpos contra los virus latentes tienden a elevarse notoriamente lo cual es interpretado como una deficiencia en la habilidad del sistema inmune para mantener bajo control dichos virus

Por otro lado Goodkin K (1994) considera que la mayoría de las deficiencias

inmunológicas observadas se encuentran en el sistema celular inmune, el cual esta principalmente comprometido en las defensas contra infecciones vírales. En las primeras investigaciones sobre factores estresantes y estilo de afrontamiento, se descubrió que la severidad de la neoplasia cervical (cáncer invasor) estaba directamente asociado a factores estresantes; sin embargo un estudio posterior idéntico al anterior no mostró efectos directos significativos de la acción del estrés, haciendo que se estableciera que dicha asociación se veía reforzada por actitudes como el pesimismo, desesperanza, ansiedad somática, aislamiento y reactividad ante la amenaza de muerte y como esta pudiera tener una influencia en el índice de reactividad autónoma de determinado nivel de estrés. Se encontró un efecto directo del estilo de afrontamiento traducido en estilos de afrontamiento pasivos que muy probablemente están relacionados a la neoplasia cervical. Un test poc hoc nuevamente confirmó la relación positiva esperada entre los factores estresantes con altos niveles de neoplasia cervical era mayor en mujeres que poseían un estilo de afrontamiento pasivo que en las que desarrollaban estilos de afrontamiento activo. Este estudio fue uno de los primeros que dió indicios acerca de la posible influencia de dichos factores estresantes en el surgimiento y desarrollo de enfermedades fisiológicas de importancia.

Depresión.

La depresión, es otro de los trastornos psicológicos, que según Vera (1999), ha sido relacionado como un riesgo para la salud, y se ha establecido, que una variable mediadora entre esta relación es el sistema inmunológico. Herbert y Cohen (1993) establecieron, luego de revisar diferentes investigaciones, que la

depresión clínica fue significativamente asociada con decrementos en todas las mediciones de la función linfocitaria, incluyendo la respuesta proliferativa a PHA, con A y PWM. Así también la actividad de las células asesinas naturales fue significativamente baja en personas depresivas. Con respecto a las mediciones enumerativas se encontró una asociación significativa entre depresión clínica y sistema inmunológico. El total de números de linfocitos fue disminuido en sujetos depresivos, como también el número de cada tipo de linfocitos (asesinas naturales, B y células T) y cada tipo de células T (ayudadoras y supresoras citotóxicas). Vera (1999), establece que en 40 estudios realizados por Weisse (1992), los resultados fueron similares y sugieren que los índices de inmunocompetencia son más bajos en depresivos clínicos.

Por otro lado Schleifer y cols (1996), en el estudio denominado: Inmunidad en adultos jóvenes con desorden depresivo mayor (Immunity in young adults with major depressive disorder), donde buscaban establecer la asociación entre la depresión mayor y la alteración del sistema inmunológico, en personas jóvenes que presentaban depresión mayor, aplicando batería cuantitativa y funcional para establecer la medida inmunológica, encontraron que los adultos jóvenes con depresión mayor presentan más circulación de leucocitos y granulocitos, menor cantidad de células CD56+ (asesinas naturales) y cuando el número de circulación de células asesinas naturales fue controlada, bajo la actividad de las células. Las respuestas mitogénicas, consistentes con los reportes previos del autor, mostró pequeñas diferencias entre los adultos jóvenes con o sin depresión mayor excepto por una posible gran respuesta por una alta dosis de

fitohematoglutinina. Concluyeron de esta forma que la depresión mayor en adultos jóvenes esta asociada con alteraciones en aspectos que implican ante todo las células asesinas naturales del sistema inmunológico. Y algunos pero no todos los cambios inmunológicos difieren de los encontrados en adultos viejos.

Perspectiva biológica

Algunas de las investigaciones de la psicobiológica de la enfermedad afectiva han intentado demostrar el origen y las alteraciones biológicas presentes en los pacientes depresivos. A continuación se presentan algunas de estas teorías.

Schildkraut (1967) denomina su teoría “ Hipótesis Monoamnérgica de la Depresión”, en la cual este asocia la depresión con una disminución en la actividad sináptica de las conexiones que emplean noradrenalina y serotonina. Esta disminución es característica de los circuitos hipotalámicos y del sistema límbico. Para la comprobación de esta teoría usó antidepresivos en personas con alteraciones afectivas de esta índole; encontrando que esta droga inhibe la monoaminoxidasa y elevan por tanto el nivel de noradrenalina disponible. Otra forma fue utilizar electroconvulsivos quienes producen gran impacto sobre las aminas biógenas. En contraste a estos anteriores tratamientos se pudo identificar que el fármaco reserpina, disminuye la noradrenalina y serotonina encefálicas, liberando monoaminoxidasa intraneuronal, escindiendo estos neurotransmisores y generando por ende una gran depresión. Esta hipótesis ha sido de gran influencia e importancia en el transcurso de los años para explicar de alguna forma las bases biológicas de la alteración afectiva además que de

esta se ha derivado una hipótesis alternativa que es que los fármacos antidepresivos actúan bloqueando receptores neuronales para la histamina como describe Kanof y Greengard (1978).

Otra de las hipótesis tenidas en cuenta para explicar las bases biológicas de la depresión es la descrita por Siever y Devis (1985) quienes basados en los cambios de los neurotransmisores como la noradrenalina se refieren a su teoría como “Hipótesis de Disregulación” plantean que la depresión no está relacionada simplemente con la disminución de un neurotransmisor como explica la anterior teoría expuesta sino que además de esto refleja fallos en un mecanismo regulador que gobierna operaciones de estos neurotransmisores. Esta disregulación provoca actividades transmisoras erráticas, ya que dejan de estar gobernadas por estímulos externos, por momentos del día, o por sus propias acciones. Este fallo en el control puede aparecer en diversos niveles diferentes de la vía del sistema noradrenérgico. Es evidente que la actividad noradrenérgica está gobernada por actividades de retroalimentación inhibitoria que estabilizan las respuestas noradrenérgicas. La estabilización a largo plazo de la sinapsis adrenérgicas que puede aumentar la actividad basal de dicha sinapsis y puede causar como consecuencia de la disregulación que el sistema de neurotransmisores respondan de una manera poco adecuada a las necesidades externas o internas y la persona de una u otra forma se inadapte a las necesidades ambientales. Esta hipótesis es respaldada por Tyrer y Mardsen (1985) quienes consideran que es más válido pensar que dichos cambios afectivos se den en consecuencia de varios factores o parámetros de la función transmisoras que de un solo transmisor.

A continuación se plantea la depresión desde una visión psicológica de dicha enfermedad psiquiátrica que sirve de complemento a la orientación biológica, que permita tener una perspectiva global de la misma.

Perspectiva psicológica

García (1998), señala cómo los psicólogos cognitivos – conductuales consideran que los desórdenes psiquiátricos se caracterizan por un procesamiento de información característico que demuestra las tendencias cognitivas en la psicopatología en el caso específico del paciente con depresión, donde existe una visión negativa de sí mismo, de la experiencia y del futuro como ocurre en el paciente seropositivo o en fase de SIDA, por las cargas sociales, familiares y personales que se experimentan, más aun cuando se excluyen y pierden su sentido de afiliación y utilidad en un grupo; los pensamientos negativos y disfuncionales surgen automáticamente y los síntomas y señales características humor triste, pérdida de interés (desmotivación), pérdida de energía y apetito, dificultad en la concentración y agitación constante entre otros, en una palabra se convierte en pesimismo comienzan a afectar toda visión de sí mismo, cambian las creencias y se pierde todo sentido de proyección y de acción convirtiéndose en un generador de estrés aparente y posiblemente duradero en el transcurso y desarrollo de la enfermedad.

Según García (1998), el ánimo depresivo es un síntoma muy frecuente en los pacientes con infección por VIH, resulta difícil establecer el diagnóstico diferencial entre reacción de adaptación, depresión orgánica, trastornos del humor (afectivo) y la apatía y el retraimiento propios del complejo demencia

SIDA. Por otra parte, las clasificaciones actuales de las enfermedades no coinciden en sus planteamientos, pues mientras la CIE-10 (OMS, 1992) incluye trastornos del humor (afectivos) orgánico en la categoría de trastornos mentales orgánicos, dentro de otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática, el DSM IV (1994) incluye los trastornos del ánimo debidos a enfermedad medica en el grupo de trastornos del estado de animo debidos a enfermedad medica en el grupo de trastornos del estado de ánimo. Además las causas médicas de la depresión en estos enfermos pueden ser múltiples. Otro aspecto que plantea dificultades diagnósticas es el hecho de que, en el contexto de la infección por VIH, como en cualquier enfermedad grave, los síntomas depresivos se complican por la presencia de una clínica somática que es común tanto a los cuadros médicos como a los depresivos. Este fenómeno puede mostrar particular complejidad en las últimas fases de la enfermedad por VIH. Por ello se debe hacer mayor énfasis en los síntomas cognitivos de la depresión que en los somáticos, presentando especial atención al enlentecimiento de los procesos mentales y del funcionamiento motor. En cualquier caso la clínica depresiva en estos pacientes muestra los aspectos clásicos de humor deprimido, anhedonía, ideación autolítica, trastorno del sueño, anorexia, pérdida de peso y disminución de la libido. (Anexo C)

Velázquez (1996), establece como la cifra de depresión mayor, en la población con VIH, es dos veces más alta que en la población general, pero no exceden las encontradas en otros individuos con enfermedades crónicas fatales. En el paciente con SIDA hospitalizado la cifra puede elevarse hasta a un 40%, similar a la de pacientes hospitalizados por otras enfermedades

graves. En un seguimiento a dos años se encontró que podían presentarse síndromes depresivos en un 10-25% de los sujetos seropositivos, tanto sintomáticos como asintomáticos. Cuando se entrevista a un paciente con infección por VIH y se sospecha de problemas de tipo depresivo, se encuentra que adicionalmente a los síntomas característicos de la depresión, se presentan algunos de tipo cognoscitivo, tales como la pérdida de la atención, los trastornos de la memoria y las alteraciones en el cálculo. Estas alteraciones cognoscitivas son un hallazgo frecuente en los procesos depresivos; sin embargo, en el individuo que padece SIDA, pueden estar indicando el inicio de una demencia, en estos casos es importante evaluar para establecer un diagnóstico diferencial.

Velásquez (1996) agrega como en la evolución del síndrome depresivo en el paciente con VIH, se encuentran los sentimientos de desmoralización que aparecen durante el transcurso de la enfermedad, los cuales son fluctuantes y varían de acuerdo con las circunstancias sociales y personales del paciente, estos tienen que ver con el aislamiento social, laboral, las limitaciones físicas o la aparición de síntomas orgánicos, como complicación de la enfermedad de base. En el abordaje del paciente es importante conocer sus características de personalidad previa, cómo ha manejado sus duelos anteriores, la muerte de otro, o de sus familiares y si ha existido o no psicopatología previa que haya ameritado tratamiento. De igual manera hay que indagar si hay en el momento consumo de psicoactivos que puedan producir síntomas depresivos o agravar el existente y la historia de los medicamentos que se encuentra recibiendo. El síndrome depresivo puede aparecer en el momento mismo de realizar el

diagnóstico, donde es esperable que algunos de los síntomas como desvalimiento, pérdida del interés y del sueño aparezcan, muchos de ellos como parte de un proceso de duelo normal. Solamente su prolongación en el tiempo o el aumento de los síntomas o la aparición de ideación suicida, hará que la persona requiera un tratamiento con psicofármacos. El proceso depresivo debe ser evaluado a través del tiempo de la enfermedad, para realizar un diagnóstico diferencial entre el duelo propio que debe realizar el individuo a su realidad. El paciente al superar este periodo inicial puede entonces entrar en una etapa de estabilización. Hechos como el avance de su enfermedad, la muerte de un compañero, etc., forzarán un nuevo episodio de duelo. Durante el proceso de evaluación de todo síndrome depresivo es importante el estar atento a la aparición de una ideación suicida activa, para hacer su abordaje y tratamiento.

Finalmente la presentación de trastornos psicológicos como la depresión y el estrés, puede alterar el sistema inmunológico, como lo plantean, Leserman y cols (1997), quienes realizaron un estudio en el cual se relacionó el estrés, la depresión, el funcionamiento del sistema inmune en pacientes VIH positivos, esta investigación que tuvo dos años de seguimiento y fue titulada *Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subset in human immunodeficiency virus infected men*. Su objetivo fue examinar como el estrés agudo y los síntomas depresivos, están relacionados con los cambios en la medida inmunológica, durante un periodo de dos años en una muestra de hombres homosexuales portadores de VIH. Estos análisis seguidos de una observación transversal que mostraba que el estrés agudo se correlacionaba

con muy bajos niveles de células asesinas naturales y linfocitos T CD8+ en estos hombres. Se utilizó un método en el cuál los datos fueron recolectados en Carolina del Norte como parte de un seguimiento, de un estudio longitudinal, del Proyecto en salud y enfermedad. Sesenta y seis hombres homosexuales infectados con VIH en fase asintomática al establecer la línea base, quienes fueron evaluados sistemáticamente con intervalos de 6 meses. Resultados el estrés agudo y los síntomas de la depresión fueron relacionados independientemente con respecto al decremento o medida inmunológica, durante dos años de seguimiento, se encontró disminución en las células T CD8+, CD56+ y Cd16+ asesinas naturales. La mayor parte de los sujetos probablemente tenían un decremento sobre la medida inmunológica, aquellos que puntuaron por debajo de la media en ambos estrés o síntomas depresivos. Se encontró que el estrés y los síntomas depresivos, especialmente cuando se presentaban juntos estaban asociados con un decremento en el número de linfocitos asesinas naturales y CD8+ en hombres homosexuales infectados con el VIH. Puesto que esas células juegan un rol protector en la progresión del VIH, los datos sugieren que el estrés y los síntomas depresivos pueden tener implicaciones clínicas en el curso de esta enfermedad.

Seegerstrom y cols (1998) realizaron un estudio de nominado el optimismo esta asociado con el afecto, los estilos de afrontamiento y cambios inmunológicos en respuesta ante el estrés, este estudio explora prospectivamente el efecto el optimismo situacional o disposicional sobre el afecto entre estudiantes de derecho en su primer semestre de estudio. El optimismo se asoció con mejor afecto y alto número de células T ayudadoras, y

asesinas naturales. Las estrategias de evitación establecen una relación parcial entre optimismo y afecto. Entre los parámetros inmunes, el afecto y el optimismo se relacionan con las células T ayudadoras y la percepción de estrés unida con el optimismo se relacionan con las células asesinas naturales. Por tal razón se para comprender las respuestas psicológicas e inmunes al afrontar el estrés, es necesario determinar las diferentes expectativas y el afecto de los pacientes.

Zorrilla y cols. (1996), manifiestan con respecto a este aspecto como los síntomas depresivos se asocian con un leve incremento en la recurrencia del VHS (virus herpes simples), y con un incremento en los reportes relacionados con los síntomas relacionados con el VIH mientras el estrés no. Sin embargo los síntomas depresivos no estaban asociados con indicadores de aceleración del VIH. Los estudios de los estresores especialmente aquellos en los que se averiguaba en la población los eventos específicos de su vida, se encuentran decrementos numéricos y funcionales en la circulación de las células asesinas naturales en la población. El moderador en su identificación incluía recurrencia del VHS, edad, sexo, etapa de medicación y para los síntomas de VIH edad, raza, estado de la enfermedad y co-infección con el VHS. En conclusión, los síntomas depresivo, pero no los de estrés incrementan el riesgo de recurrencia del VHS. Los síntomas depresivos no parecen acelerar la progresión del VIH, aunque están asociados con el incremento en el reporte de síntomas asociados con el VIH. Zorrilla y cols: (1996) obtuvieron dichos resultados, luego de la realización de un estudio denominado Relation of Stressors and Depressive Symptoms to Clinical Progression of Viral Illness, cuyo objetivo fue

determinar cuando y cuales estresores y síntomas depresivos facilitan la recurrencia clínica del virus herpes simplex (VHS) y la progresión del VIH. Se utilizaron técnicas meta - analíticas, para revisar la relación de los estresores y los síntomas depresivos para la recurrencia clínica del VHS en 16 estudios publicados y para indicar la progresión del VIH en 19 estudios publicados. Los autores calcularon el tamaño promedio de los resultados, realizando efectos fijos y aleatorios en los análisis inferenciales, las pruebas arrojaron hallazgos heterogéneos y se identificaron variables de potencial moderado. Este análisis podría confirmar que ciertos individuos son especialmente susceptibles a los efectos sobre la progresión de la enfermedad cuando se presenta estrés o síntomas depresivos o ambos.

Intervención en pacientes de VIH.

En experimentos con animales diferentes investigadores como Adler y otros colaboradores (1985) de sus estudios mostraron que es posible usar técnicas de condicionamiento clásico para aumentar la actividad de los linfocitos asesinos, el modelo de condicionamiento Pavloviano de la responsividad del sistema inmunitario puede tener importancia en la psicoterapia de algunos trastornos del ser humano. intentando desde este mismo nivel de influencia que los pacientes disminuyan y manipulen dicha actividad autónoma de tal forma que se refuercen su defensas y se evite que dichos virus ataquen tan rápida y severamente el organismo.

Según Velázquez (1996) La ayuda psicológica al paciente de VIH y SIDA, puede darse en tres niveles: (a) disminuir la ansiedad del paciente, (b) disminuir la tensión del grupo familiar y permitir que sus integrantes se

desempeñen normalmente. (c) en el plano biológico clínico, las observaciones sugieren que un mejoramiento psíquico del paciente lleva a un aumento de las defensas y puede disminuir el sufrimiento y aun la evolución de la enfermedad. Desde que el paciente conoce su diagnóstico hasta su muerte, experimenta múltiples temores frente a la mutilación, al rechazo, a la discriminación, al dolor físico, al abandono, a perder su identidad, a la compasión, a la invalidez, a la pérdida de las funciones mentales, a la autonomía en toma de decisiones a dejar a su familia, a sus seres queridos y a la muerte. Siente temor también de compartir estos sentimientos con su familia por el riesgo de hacerles daño o de preocuparlos y puede permanecer en silencio, compartir estos temores con el terapeuta puede brindarle alivio.

Las personas infectadas con el VIH o que padecen de SIDA, pueden presentar trastornos adaptativos, para esto hay que tener claridad en el diagnóstico, pues este cuadro es fronterizo con la conducta normal por un lado y con los trastornos psicológicos mayores por el otro, el diagnóstico debe hacerse sólo debe hacerse cuando la reacción del paciente difiere de la considerada normal del sujeto ante agentes estresantes, aunque la intensa problemática psicosocial y las diferentes situaciones estresantes por las que tienen que atravesar estos pacientes condicionan en muchos casos la aparición de estos trastornos, entre ellos se incluye, la depresión y el estrés agudo. Goodkin K. (1994) plantea como estos pacientes pueden presentar además trastornos psicológicos como la ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, el consumo de alcohol y otras sustancias, ausencia de deseo sexual, trastornos de personalidad, demencia y delirio entre otros.

independiente a las fuentes de adquisición de la infección como tal. Lo que sugiere que parte de la morbilidad psiquiátrica puede ser atribuida al hecho de pertenecer a categorías de alto riesgo y muy asociado a la inestabilidad emocional que estos presentan en el desarrollo de su enfermedad. también se ha informado un alto índice de suicidio, donde surgen índices de depresión debido a las primeros síntomas físicos que surgen de la misma. sin embargo, no se ha encontrado, ni validado una relación importante entre los estados depresivos y la seropositividad.

En los resultados encontrados hasta la fecha se ha demostrado que los individuos VIH-1 seropositivos asintomáticos muestran niveles de angustia comparables a los seronegativos normales a pesar de soportar altos niveles de factores estresantes durante los seis meses previos a la evaluación. La alta incidencia de factores estresantes especialmente el duelo, el escaso apoyo social y la poca confianza en sí mismo funcionan como un pronóstico de estado de angustia, en el cual existe por ende una fuerte relación, además de ser un punto importante a reforzar y tratar en psicoterapia.

En cuanto al eje II, trastornos de la personalidad específicos se ha demostrado que los diagnósticos más comunes son la personalidad histriónica, fronteriza (borderline) y negadora. Sin indicar una diferencia significativa entre personas seropositivas y seronegativas relevante (Millon Clinical Multiaxial Inventory).

Los estudios filogenéticos de actores psicológicos y tiempo de supervivencia en pacientes terminales de SIDA o de otra enfermedad pueden no mostrar efectos por que estos son demasiado pequeños para ser observados durante

estadios posteriores de la enfermedad por ejemplo en un cáncer de mama como en los últimos estadios sintomáticos de la infección por el VIH –1, cuando la carga viral es importante. De ahí que probablemente, los efectos puedan ser observados gracias a la energía adquirida a partir de la introducción de una intervención psicoterapéutica específica que apunte al control de los factores psicosociales en los estadios tempranos de esta enfermedad., también ha sido de utilidad estudiar los factores psicosociales, usando las medidas clínicas, de laboratorio que indique un progreso o parámetros inmunológicos relevantes como por ejemplo toxicidad de las células asesinas naturales para el cáncer o recuento de linfocitos y células CD4 y CD8, microglobulinas beta-2, nivel de neopterinina y nivel de antígenos en el core p24. (Goodkin K.1994).

En conclusión el tipo de intervención elegido depende de una u otra forma de las necesidades particulares y urgentes de cada uno de los pacientes y sus diferencias significativas, pues así por ejemplo los que tienen altas frecuencias de factores estresantes se les asignará intervención para controles de estrés tales como el tratamiento progresivo de relajación muscular. Mientras que para aquellos que cuentan con baja disponibilidad de apoyo social se les asignara intervención de un grupo de apoyo social y a las que tienen alta frecuencia de estilos de afrontamiento pasivos, una terapia cognitiva conductista tendiente a incrementar la utilización de estrategias del modelo activo. (Goodkin K;1994).

Las intervenciones de tipo psicológico – conductista y de apoyo adaptativas a las necesidades individuales pueden mejorar no solo la calidad de vida en términos de salud mental y actividades cotidianas, sino también el estado inmunológico apropiado para la progresión del VIH.-1. Esta mejoría

inmunológica por consiguiente puede traer consigo como consecuencia la mejoría de la salud física e impedir la progresión de la infección (Cahn,1994).

Otra alternativa de mejoría del estado psicológico puede relacionarse a un mejor estado físico independiente a los cambios inmunológicos por medio de una mayor motivación para el cuidado de la salud, el seguimiento de tratamientos médicos y quirúrgicos, que de una u otra forma influyen positivamente en la longevidad y beneficios para los pacientes por medio de tratamientos biomédicos esenciales.

Noguero. (1994) en su texto sobre el SIDA y los servicios de salud, describe que estos servicios no pueden permanecer ajenos a esta problemática que involucra a todos y cada uno de los periodos en los que se divide la historia natural de la enfermedad. llevando a todos los profesionales de la área de salud a cuestionarse ante las reacciones emocionales que afectan a los portadores y enfermos de SIDA y establecer una correlación con toda la problemática de la trama familiar y social que esta enfermedad implica en el estilo y calidad de vida del paciente.

Así mismo este autor señala la necesidad de abordar dos ejes principales en análisis de tratamiento, uno el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, dividida en tres etapas principales; 1) es la anterior al momento de la infección y esta ocupada de la prevención primaria. En esta etapa es desarrollada casi siempre fuera del ambiente hospitalario, desde un perspectiva multidisciplinaria y multisectorial, donde se crean programas comunitarios y se presta un servicio de atención primaria. 2) el periodo que transcurre desde el momento de la infección en un estado asintomático dividida en tres periodos

básicos; (a) Infección no conocida, orientada a la detección precoz a fin de poder actuar en prevención secundaria, (b) momento de la detección serológica de la infección y (c) periodo de la infección asintomática) y la 3) incluye la infección avanzada, sintomática y enfermedad SIDA. y el otro las necesidades principales del campo de la salud mental en los diferentes tiempos evolutivos de dicha enfermedad.

Finalmente, es relevante agregar cómo el que una persona se encuentre y permanezca sana o enferme, mejore o empeore, de una enfermedad específica, depende del grado en el que perjudican las hostigaciones a las que dicho organismo está expuesto y a la mayor o menor vulnerabilidad a las mismas. Es en este punto en el que se puede relacionar la enfermedad desencadenada por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana SIDA, tema que atañe a esta investigación, pues de estos hechos se deduce como la presencia del VIH en un organismo, constituye la condición necesaria, pero no suficiente para que en el sujeto aparezca la enfermedad denominada SIDA. Por lo tanto, en el caso del VIH, las variables psicológicas puede ser uno de los factores implicados en el proceso de transición de un estado de seropositividad asintomática a un síndrome declarado de inmunodeficiencia adquirida SIDA.

Justificación

El SIDA es una enfermedad que se ha incrementado significativamente en los últimos años. Según Bravo (1994), en 1989, se calculaba que el número de casos se duplicaba cada siete meses. En 1987, la OMS calculaba entre 5 y 7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo. En 1994, se estableció que existían 12 millones de personas infectadas y actualmente se calcula que hay más de 30 millones.

Este incremento implica que las instituciones prestadoras de servicios de salud, se replanteen o establezcan nuevas estrategias que les permitan realmente promover la salud, prevenir la enfermedad y evitar las consecuencias negativas en términos de funcionalidad y productividad en los pacientes, contribuyendo de esa forma al mejoramiento de su calidad de vida y disminuyendo costos sociales y económicos (OMS. 1994)

El ser portador del VIH, implica el padecimiento de una enfermedad que posee características particulares, que afectan a la persona no solo en su estado físico, sino también a nivel psicosocial y emocional e inducen cambios que desequilibran la vida del paciente, generando crisis que dificultan en gran medida la aceptación de la enfermedad y facilitan la presentación de trastornos psicológicos que afectan su salud mental, tales como la depresión o el estrés. (Velázquez. 1996)

Estos trastornos emocionales, pueden ser una variable que afecta negativamente la salud física del paciente, pues facilita el decremento

significativo en las células del sistema inmunológico, aspecto de gran importancia en los pacientes portadores del VIH, pues debido a su enfermedad medica, su sistema inmunológico esta deprimido y si a esto se agregan los trastornos emocionales como una variable que vulnera su inmunidad, los pacientes tendrán mayores posibilidades de estar expuestos a virus oportunistas, que perjudiquen su salud física y por consiguiente su productividad, perturbando así al paciente, a su familia y a su núcleo social y comunitario. (Blanco 1994)

Esta propuesta de trabajo al demostrar como el sistema inmunológico de los pacientes portadores de VIH se ve influenciado por la presentación de trastornos psicológicos, intenta dar paso a una línea de trabajo investigativo, que motive a la exploración en este campo y por medio del trabajo interdisciplinario, se propongan planes de intervención proactivos que prevengan la presentación de estas variables o permitan intervenir oportunamente sobre estos desencadenantes, contribuyendo de esta forma al mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos

Objetivo General

La presente investigación “ Análisis correlacional entre el estrés, la depresión y la respuesta del sistema inmunológico en pacientes adultos seropositivos al VIH o en fase SIDA, de la Fundación Cardio Infantil”. tiene como objetivo establecer la asociación existente entre la depresión, el estrés fisiológico y cognitivo sobre el sistema inmunológico, el cual será evaluado específicamente a través del examen de carga viral y de recuento de linfocitos CD4 y CD8 en pacientes adultos, portadores del VIH o en fase SIDA.

Objetivos Específicos.

Categorizar la población teniendo en cuenta variables demográficas, como edad, sexo, ocupación, nivel educativo, red de apoyo y estado civil, a fin de caracterizar la población.

Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes portadores seropositivos o en fase SIDA.

Establecer la incidencia del estrés fisiológico o cognitivo en pacientes portadores seropositivos o en fase SIDA

Correlacionar las cargas vírales y recuento de linfocitos CD4 y CD8 con los resultados de las pruebas de depresión y el estrés fisiológico y cognitivo encontrados en cada uno de los sujetos de la investigación portadores al VIH y en fase SIDA

Pregunta De Investigación

¿ Existe relación entre los resultados de la carga viral, recuento de linfocitos CD4 y CD8 y la depresión, el estrés fisiológico y cognitivo, que presentan los pacientes adultos portadores del VIH o en fase SIDA, que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardío Infantil.?

Hipótesis

HI: Los pacientes adultos portadores de VIH o en fase Sida, que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardío Infantil, que presenten depresión severa, estrés fisiológico extremo y estrés cognitivo severo, obtendrán bajas puntuaciones en los resultados del examen de recuento de linfocitos CD4 y CD8, ($\leq 200/\text{mm}^3$ CD4 y $< 271 \text{CD}8/\text{mm}^3$) Y altas puntuaciones en el examen de carga viral ($10000 \text{ copias}/\text{ml}^3$)

HO: Los pacientes adultos portadores del VIH o en fase Sida, que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardío Infantil, que presenten depresión severa, estrés fisiológico extremo y estrés cognitivo severo, obtendrán altas puntuaciones en los resultados del examen de recuento de linfocitos CD4 y CD8, ($> 500/\text{mm}^3$ CD4 Y $\text{CD}8 > 933 \text{ mm}^3$) Y bajas puntuaciones en el examen de carga viral ($< 400 \text{ copias}/\text{ml}^3$).

H1: A mayor nivel de estrés fisiológico o cognitivo en los pacientes adultos portadores del VIH o en fase SIDA mayor resultado en la carga viral y menor resultado en el recuento de linfocitos.

H2: A mayor nivel de depresión en los pacientes adultos portadores del VIH o

en fase SIDA mayor resultado en la carga viral y menor resultado en el recuento de linfocitos.

H3: A menor nivel de estrés fisiológico o cognitivo en los pacientes adultos portadores del VIH o en fase SIDA menor resultado en la carga viral y mayor resultado en el recuento de linfocitos.

H4: A menor nivel de depresión en los pacientes adultos portadores del VIH o en fase SIDA menor resultado en la carga viral y mayor resultado en el recuento de linfocitos.

Variables

En el presente estudio se busca establecer asociación entre las siguientes variables, las cuales serán definidas inicialmente de forma conceptual y operacional:

1. El estrés, Gomez (2000) propone que el estrés sea considerado como un proceso de interacción específica entre un organismo y una situación. Esta situación al ser relevante para el organismo, se percibe como amenazante, peligrosa, exigente. Si en el intercambio con la situación se presenta un desbalance entre los recursos y estrategias de que dispone el organismo para manejarla, afrontarla y aquellas necesarias para lograr sus metas es entonces cuando se puede hablar de estrés. Y es en esas condiciones que se llamará reacciones de estrés a los diferentes tipos de reacciones fisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales se denominara estresor a la situación que generó el proceso. Se operacionalizará, clasificando los resultados en estrés cognitivo, percepción que tiene el sujeto acerca de la situación, si la considera como amenazante y la intensidad en la cual la

vivió. Los datos se categorizarán por medio de los resultados obtenidos en la escala G de apreciación del estrés cognitivo, que clasifica, según la presencia (si) o ausencia (no) del acontecimiento, la intensidad con que se han vivido 0 (nada), 1 (un poco), 2 (mucho) y 3 (muchísimo) y la vigencia del acontecimiento estresante, si ha dejado de afectarle (P) o si todavía le afecta (A) los puntajes se dividen en una escala que indica estrés mínimo, moderado y severo. Estrés fisiológico, definido como las reacciones orgánicas que manifiesta el sujeto frente a situaciones amenazantes, se evaluará esta variable por medio del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA específicamente el factor que evalúa activación fisiológica, que lo categoriza como estrés mínimo, marcado, moderado, severo moderado y extremo. (Anexo F y G)

2. La depresión, García (1998) establece como un individuo deprimido, presenta una visión negativa de sí mismo, de la experiencia y del futuro, humor triste, pérdida de interés (desmotivación), pérdida de energía y del apetito, dificultad en la concentración y agitación constante entre otros, en una palabra se convierte en pesimismo comienzan a afectar toda visión de sí mismo, cambian las creencias y se pierde todo sentido de proyección y de acción. Se define operacionalmente, según los resultados obtenidos en la prueba de Beck, que clasifica la depresión en normal de 0 –9 puntos, Mínima de 10 – 15; Moderada media de 16 – 19, Severa moderada de 20 – 29 y Severa de 30 – 61 puntos. (anexo H)
3. Personalidad: son los rasgos de comportamiento constantes de una persona. Se categorizará, teniendo en cuenta las selecciones realizadas por

el sujeto en el Mini Mult; prueba que propone para definirla las siguientes escalas 1) Hipocodriasis, 2) Depresión, 3) Histeria, 4) Desviaciones Psicopáticas, 6) Paranoide, 7) Obsesión Compulsión, 8) Esquizofrenia, 9) Hipomania. (Anexo I)

4. Carga viral: es una prueba inmunológica enumerativa, en la cual se realiza un conteo del porcentaje de virus, que se encuentra en el organismo. Se observará, teniendo en cuenta los resultados de los exámenes obtenidos en la prueba de la siguiente forma ≤ 400 , $>400 <900$, $>900 <2000$, $>2000 <1000$, >10000 .
5. Recuento de Linfocitos: evaluación que permite identificar el número de linfocitos existentes que están actuando y funcionando adecuadamente. Para poder entender esta variable se hace necesario en primera instancia explicar a nivel general en que consiste el Sistema Linfático, pues este esta formado por un conjunto de engrosamientos celulares constituidos por linfocitos (leucocitos de pequeño tamaño y núcleo relativamente grande, originado en los ganglios linfáticos, su poder fagocitario es débil, son inmóviles y abundan especialmente en la linfa) así como por células reticuloendoteliales (presentes en el bazo, ganglios linfáticos y otros órganos. Estos engrosamientos están conectados entre sí y con el sistema circulatorio mediante los vasos linfáticos. Su función principal es responder a estímulos diversos para proteger al organismo de cualquier tipo de agentes lesivos. Por lo que para fines de esta investigación se pretende realizar una evaluación que nos permita identificar el número de linfocitos existentes que estén actuando y funcionando adecuadamente y así mismo poder terminar

diferencias en cuanto a los niveles de defensas que tengan los pacientes con relación a las demás variables analizadas. Libman (1996) plantea una categorización, basada en la cantidad de células CD4 > 500/mm³; 200 – 499/mm³; <200/mm³. CD8 < 271; >272 <932; >933. Relación índice de CD4 y CD8 ≤0.90; >0.90 <4.5; >4.5.

6. Fase de la Enfermedad. Se divide en dos etapas principales; la primera fase es la que transcurre desde el momento de la infección y mientras esta se mantiene en estado más o menos asintomática y se puede subdividir en tres subperiodos, a) Periodo de infección no conocida (No aplica), b) periodo de detección serológica de la infección. c) periodo de infección conocida asintomática. La segunda fase es la de la infección avanzada, sintomática y enfermedad de SIDA, caracterizada por deterioro progresivo, complicaciones sucesivas, incapacidad labora, muerte inevitable cercana. Libman (1996) propone la clasificación establecidos por el Centro de Control de Enfermedades, que clasifica la etapa de la enfermedad de la siguiente manera: (A) Fase Asintomática Aguda Primaria, (linfadenopatía generalizada persistente; (B) Fase Sintomática sin condiciones A o C; (C) Fase Condición SIDA, se tiene en cuenta además, el recuento de células CD4.
7. La Fecha de Diagnostico, data de tiempo exacto de tener conocimiento de la adquisición de la enfermedad (VIH), a fin de poder controlar con exactitud los episodios psicológicos presentados durante el desarrollo de la misma, enfermedades, episodios y fases concretas por las que ha atravesado el paciente. Se operacionalizará, teniendo en cuenta las respuestas frente a

una de las preguntas realizadas durante el contacto inicial y se clasificara en la investigación en: ≤ 6 meses; > 6 meses ≤ 1 año; >1 año; ≤ 3 años; >3 años.

8. Enfermedades oportunistas, se le da este nombre a las infecciones y/o enfermedades que adquieren con mayor facilidad los pacientes seropositivos al VIH y en fase SIDA, teniendo en cuenta que los hongos, virus o las bacteria pueden convivir en el huésped. Y al deteriorarse el sistema inmune, tienen la oportunidad de agredirlo, ante el desequilibrio del defensor muchas veces puede ocasionar la muerte. (ver Anexo 4) Se clasificarán según el sistema que afecten a) respiratorio; b) gastrointestinal; c) neurológico; d) óseas, e) metabólicas, f) piel y tejido conjuntivo, g) venéreas, h) linfáticas i) urogenitales j) hígado y vías biliares, k) psiquiátricas. (anexo D)
9. Medicamentos, Cahn (1994). Plantea la utilización de los siguientes medicamentos en el manejo de esta enfermedad; a) inhibidores de nucleotidos b) inhibidores de proteasa c) antirretrovirales, d) los profilacticos e) otros (anexo E).
10. Edad: personas mayores de 18 años se operacionalizará según la edad como puntuación directa. La Edad, se puede definir como la etapa de desarrollo en la que se encuentran los sujetos a participar en la investigación, teniendo en cuenta que se trabajara con personas con un rango de edad oscilante entre los 18 – 50 años, se pueden calificar según el periodo de vida en edad Adulta Temprana y edad Adulta Intermedia. La primera etapa se caracteriza principalmente por que comprende las edades

entre 18 a 40 años; durante esta se desarrollan diferentes aspectos intelectuales, emocionales y sociales. Levinson, considera esta etapa como aquella donde “la persona establece su estructura propia de vida”. Siendo las decisiones de amor, sexo, paternidad, amistad, trabajo y estudio, modelos básicos para el estilo de vida a seguir por cada una de las personas (Papalia, 1997). La Segunda etapa se caracteriza por considerar un rango de edades entre los 40 a los 65 años. Es de “reevaluación”, donde se incrementan los temores y cambios en el estilo de pensamiento, productividad y salud mental de estos. a nivel intelectual, estas personas pueden presentar altibajos en diferentes aspectos, puesto que se manifiestan disminuciones y mejoras en algunas áreas. (Papalia, 1997).

11. Sexo: femenino o masculino.

12. Nivel Educativo: este se define de acuerdo a grado de instrucción alcanzado hasta la fecha, teniendo en cuenta la siguiente clasificación se puede determinar como; 1)analfabeta, 2) educación básica primaria, 3) bachillerato y técnico 4) universitario

13. Ocupación, definida como la actividad encaminada a la transformación y adaptación de los recursos naturales, realizada por el hombre para satisfacer sus necesidades, obtención de bienes. Puede presentarse de diferentes formas; de invención, de dirección, de organización y de ejecución cualificado y sin cualificar, de acuerdo los estatutos del trabajo que se emplean, posesión. Se pretende tener en cuenta dicha división para clasificar los sujetos involucrados en esta investigación y abstraer datos de interés referentes a esta variable que puedan servir para esta investigación

y para posteriores estudios. Se solicitará a la persona por medio de una pregunta abierta, cual es su ocupación y se categorizará, 1) empleado, 2) desempleado y 3) independiente.

14. Estado Civil, esta variable hace referencia al grado de compromiso legal o no que la persona haya adquirido, puede ser 1) soltero, 2) casado o unión libre, 3) separado, 4) viudo.

15. Red de Apoyo, se puede considerar dentro de esta el número de personas que prestan colaboración, dan afecto y contribuyen al mejoramiento o estabilidad del paciente, dentro de esta variable se puede considerar la familia, los amigos o pares más íntimos, el grupo interdisciplinario que trabaja en pro de la salud y bienestar del individuo. Y se clasifica en 1) familia (nuclear o extensa), 2) amigos, 3) pareja.

Método

A partir de varios conceptos de método, se puede definir de manera global como aquel que hace uso de diferentes técnicas; pero es más que el conjunto de todas estas técnicas, pues, posee implicaciones epistemológicas y filosóficas que coordinan, orientan, dirigen y estructuran todo un conjunto de operaciones reglas y procedimientos fijados.

Participantes

La población participante, fueron 37 pacientes que asisten a la consulta de infectología en la Fundación Cardíaco Infantil, la muestra será no probabilística y de tipo voluntario, (Hernández, 1996) pues por su definición está se ajusta al estudio que se realizó, participó 37% de la población, lo que indica que la muestra es representativa de la población escogida, pues hasta el momento

asisten a consulta 100 pacientes con este diagnóstico. Se tuvo como criterio preestablecido ser portador del VIH y asistir de manera ambulatoria a la consulta de infectología de la FCI. Para fines del estudio el grupo incluye personas mayores de 18 años seropositivos al VIH o en fase SIDA, de ambos sexos, con diversos niveles de educación, dedicados a diversas actividades laborales, procedentes y naturales de diferentes lugares del país, que presentan o no trastornos depresivos y estrés. La muestra, será agrupada según el nivel de estrés fisiológico o cognitivo y la depresión que presenta cada uno de los participantes.

Técnicas e Instrumentos

Dentro de los instrumentos para la recolección de datos se tuvieron en cuenta:

1. Pruebas estandarizadas, estas pruebas, permiten medir diferentes variables, tienen un modo de aplicación, codificación e interpretación establecida. Hernandez (1997). Para el presente estudio, se utilizaron pruebas para medir estrés, depresión y personalidad como:
 - (a) Inventario de Depresión de Beck autoreporte, que permite determinar el nivel de depresión en el cual se encuentra la persona actualmente o durante la última semana. Consta de 21 ítems, cada uno con cuatro posibilidades de escogencia, que están enumeradas de 0 (ausencia del síntoma) a 3 (presencia en alto grado del síntoma); donde cada persona debe seleccionar el que le sea más apropiado. La puntuación máxima es de 63 puntos y se distribuye de la siguiente manera: 0 – 9 normal, 10 – 15 mínima deficiente, 16 – 19 moderada media, 20 – 29 severa moderada, 30 – 63 severa. Evalúa

las siguientes áreas: 1) tristeza, 2) pesimismo, 3) sentimientos de fracaso, 4) insatisfacción, 5) culpa, 6) espera de un castigo, 7) auto descontento, 8) auto acusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento social, 13) indecisión, 14) sentirse poco atractivo, 15) inhibición laboral, 16) insomnio, 17) fatigabilidad, 18) disminución del apetito 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática, 21) pérdida de la libido. El Inventario de Depresión de Beck, es un ajuste de las escalas de puntuación de la entrevista de Hamilton, 1976; de Lubin, 1965; Radloff, 1977; y de Zung, 1965, desarrollada para detectar la depresión en recuentos rutinarios o investigaciones. Esta fue seleccionada por la sencillez en su aplicación, calificación e interpretación. Puesto que sus ítems son similares al MMPI, no es necesaria la aplicación de esta prueba. Además la depresión ha sido reconocida como un desorden multidimensional. Bolon y Barling (1980) extrajeron tres factores, ideacional, fisiológico y conductual. Zung (1972), planteó cinco factores en su escala y el MMPI, establece diferentes subescalas, depresión pura, depresión subjetiva, retardo psicomotor, mal funcionamiento físico y estupidez mental. (anexo H)

- (b) Escalas de Apreciación del Estrés, realizada por J.L Fernández Seara y N. Mielgo Robles, en 1992, su aplicación se realiza a adultos desde 18 a 85 años, de manera individual o grupal. Se evalúa a partir de las situaciones que potencialmente generan estrés, la incidencia e intensidad con que afectan la vida de cada sujeto. Cuyo objetivo consiste en conocer el peso de los diferentes acontecimientos en la vida de los individuos, y cual se divide en tres: (1) Conocer el número de acontecimientos estresantes que han

estado presentes en la vida del sujeto, (2) apreciar la intensidad con que cada uno vive o ha convivido esos sucesos vitales, 3) conocer si esos acontecimientos estresantes han dejado de afectarle o todavía le siguen afectando. Estructuralmente esta batería consta de cuatro escalas independientes que son: EAE-A, Escala de Acontecimientos e Estresantes en Ancianos. EAE-S Escala de Estrés Socio –laboral. EAE-C, Escala de Estrés en la Conducción. EAE-G, Escala General de Estrés, está última es la que se utilizará en este estudio, puesto que se ajusta a los objetivos de la investigación, tiene como objetivo principal ver la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes, que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital de cada sujeto. Como variable de control se tiene en cuenta la edad y el sexo. La escala consta de 53 elementos distribuidos en 4 grandes temáticas: 1) salud; 2) Relaciones humanas; 3) Estilo de Vida y 4) Asuntos laborales. Los resultados buscan reflejar, la incidencia de los acontecimientos en términos de frecuencia (No de sí es o de no es); afectación en el tiempo (A) Todavía le afecta y (P) ha dejado de afectar o apenas le afecta; intensidad de los acontecimientos (en valores promedio de 0 = nada, 1 = un poco, 2 = mucho y 3 = muchísimo) los datos se analizarán de la siguiente manera, a partir de las puntuaciones directas en intensidad obtenidas por los sujetos, clasificándolos en estrés cognitivo mínimo, moderado y severo.(anexo F)

(c) Inventario de Situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA), autores J.J Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel. Con respecto a su aplicación, esta se realizó a personas mayores de 16 años. Evalúa respuestas cognitivas (C), fisiológicas (F) y motoras (M), ante distintas situaciones. Evalúa además

áreas situacionales o rasgos específicos como : Ansiedad ante la evaluación (F-I), Ansiedad interpersonal (F-II), Ansiedad fóbica (F-III), Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana (F-IV). Estructuralmente, el ISRA es un inventario con formato S-R, es decir, que incluye tanto situaciones como respuestas. La persona debe evaluar la frecuencia con que en ella se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones. Esta prueba recoge también conductas o respuestas pertenecientes al sistema cognitivo, al fisiológico y al motor, por lo que se puede obtener una puntuación para cada uno de los tres sistemas citados. Finalmente tanto las situaciones como las conductas o respuestas, aparecen descritas de forma precisa y específica; es decir se describen situaciones y conductas concretas y no abstracciones de las mismas lo que permite validar la información. Las tres subescalas, son: la cognitiva (C), que evalúa la ansiedad de tipo cognitivo ante distintas situaciones; la Motora (M), que mide la ansiedad de tipo motor y la Fisiológica (F) que evalúa la ansiedad de tipo fisiológico, (en idénticas situaciones), en esta última se hará mayor énfasis, pues será la subescala que se utilizará en esta investigación, en el inventario fisiológico se encuentran una serie de respuestas que son índices de activación del SNA y del SNS. Algunas de estas respuestas son: palpitaciones, taquicardia, sequedad de la boca, dificultad para tragar, escalofríos, tiritones, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, apnea, etc., junto con otros síntomas tales como molestias de estómago, náuseas, mareo, dolor de cabeza, etc. El análisis factorial de las respuestas se establecen a partir de las puntuaciones

de los sujetos y se definió de la siguiente forma, activación fisiológica, caracterizado por altas saturaciones de las respuestas de tipo fisiológico, tales como: náuseas y mareo, dificultades respiratorias, sequedad de boca, escalofríos, etc. Todas ellas relacionadas con una alta actividad autonómica. Para evaluar esta frecuencia se ha utilizado una escala de cinco puntos, con las siguientes categorías: 0 = casi nunca, 1 = pocas veces, 2 = Unas veces si, otras veces no, 3 = muchas veces, 4 = casi siempre. La puntuación de esta subescala se obtiene dividiendo el total entre 2, ya que posee doble número de items que el de las otras subescalas, estas puntuaciones directas se convierten en centiles utilizando las tablas utilizando las tablas de baremos. Posteriormente, se establecen cuatro niveles de ansiedad, mínima o ausencia, moderada, severa y extrema. (anexo G)

(d) Mini Mult ; esta es una forma abreviada del MMPI o Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, que actualmente se utiliza según Graham (1993) tratando cada escala como una entidad desconocida y a través de la experiencia clínica e investigación empírica, se identifican los correlatos de cada escala, permitiendo de esta manera obtener puntuaciones que se le atribuyen a las características y conductas de la investigación. El Mini Mult consta de 71 reactivos, las escalas están puntuadas por la letra L, F, K, que indican la escala de validez. L; evalúa la distorsión que se hace de la prueba al responder a través de actitudes convencionales, mayor puntaje, mayor necesidad de la persona a mostrarse socialmente ajustada y entre más baja de mostrarse rígida y estricta, sin importarle mucho o sentirse integrada al grupo social. La escala F hace referencia a elementos severos de

alteraciones psicológicas, entre más elevada, mas fuerte es la tensión interna, tendencia a la exageración de la propia problemática, e impotencia y entre más bajo, hay reducción de la capacidad de insight, escala K; hace referencia a la tendencia a no reconocer la propia problemática y contribuye como factor de corrección de la prueba al elevar las puntuaciones de 5 escalas clínicas (1, 4, 7, 8 y 9). Cuando la escala resulta más elevadas las puntuaciones se relaciona con la exageración de una actitud de reserva, en la que la persona intenta demostrar ser capaz de enfrentar y solucionar sus problemas, no siente que le sucede nada especial y capaz de manejar cualquier situación de conflicto, entre más baja puede experimentar la sensación de estar incapacitada para afrontar y resolver sus problemas vivenciando una situación sumamente conflictiva. Graham (1993).

Las escalas clínicas son:

- (a) Escala 1. Hipocondriasis: mide los conflictos psicológicos y emocionales por medio de la canalización somática, persistencia en las preocupaciones relacionadas con la salud física de la persona.
- (b) Escala 2. Depresión: indica el estado de animo, emocional a nivel momentáneo y transitorio, expresa la baja moral, sentimiento de desesperanza y tristeza, esta escala puede variar de acuerdo con la forma en que se fluctúan estos estados de animo. La puntuación alta incluye personas que se describen como serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechas con el medio, tienen tendencias a preocuparse, se muestran insatisfechas con el medio y consigo mismas, son emotivas, de temperamento nervioso, pueden ser

también apáticas, evasivas, silenciosas, aisladas, controladas pesimistas, desconfiados de sus capacidades, responsables, tienden a evitar involucrarse en relaciones interpersonales. La puntuación baja implica ausencia de depresión

- (c) Escala 3 Histeria: las personas con esta escala alta, poseen como características de personalidad el ser idealista ingenuo, perseverante, comunicativo, afectuoso, sentimental, individualista, infantil, impaciente, inhibido, entusiasta, accesible y colaborador en actividades sociales. Las mujeres la presentan con mas frecuencia y pueden mostrarse irritables, con molestias de las que se queja con frecuencia, dependiente.
- (d) Escala 4. Desviaciones psicopáticas: tiene como característica principal la rebeldía, cinismo, no seguimiento de reglas sociales, nivel de agresividad y egoísmo. O en su contrario entusiasmo, franqueza, sensibilidad, desadaptación social.
- (e) Escala 6. Paranoide: síntomas clásicos psiquiátricos como: idea de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, adherencia inflexible a ideas, actitudes, sentimientos o idea de persecución, pueden haber ideas de grandeza y percepciones inadecuadas.
- (f) Escala 7. Obsesión compulsión: dentro de esta categoría esta caracterizadas por, excesivas dudas, dificultad en la toma de decisiones, diferentes temores, excesiva preocupación obsesiva, actos compulsivo ritualistas, perfeccionismo, manifestadas por medio de angustia, inseguridad, panorama del mundo amenazador, hostil y se caracteriza

por sentimientos de culpa constantes.

- (g) Escala 8. Esquizofrenia: dentro de las características mas importantes están la incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso de pensamiento y lo extraño del contenido de este. Poco interés en el medio ambiente y el mantenerse fuera de contacto con el mundo.

Confibilidad de esta prueba, esta basada en el "test-retest" = .63 a .88.

La validez, se basa en las correlaciones entre las puntuaciones del Mini Mult y las puntuaciones estándar altas (.20 - .96) para muestras de pacientes psiquiátricos, pero las correlaciones son considerablemente menores para otros tipos de muestras Graham (1993) Esta escala fue validada en Barcelona, por Kincannon en el año de 1968. (anexo I)

2. Estudio de caso, según Cerda (1995) hace referencia a un grupo de conductas o personas con el propósito de comprender el ciclo vital de una unidad individualizada correspondiente a un individuo, como método examina y analiza los factores que producen cambio, crecimiento o desarrollo, por medio del cual se estudia el desarrollo durante un tiempo y un espacio dentro de un lapsus determinado. Dentro de esta investigación se hizo una revisión de la historia clínica, en esta se tuvieron en cuenta, aspectos como fecha de diagnostico, numero de hospitalizaciones durante el transcurso de la enfermedad, numero de asistencias al servicio de urgencias, enfermedades oportunistas que se han presentado, teniendo en cuenta el lapso de tiempo que transcurre en la presentación de las mismas, peso y talla.

Entre los datos que se obtendrán de la historia clínica, se encuentran:

Examen de carga viral. Es un examen de laboratorio, por medio del cual se establece la cantidad de virus que presenta la persona

Examen recuento de linfocitos, es un examen de laboratorio, que establece el número de células CD4 y T por milímetro cúbico que posee el individuo.

Procedimiento

A partir de la pregunta de investigación planteada al inicio de este estudio sobre la existencia de alguna relación entre los resultados de la carga viral y el recuento de linfocitos, los episodios depresivos y el estrés en pacientes seropositivos al VIH. Se formuló un estudio de tipo correlacional, que tiene como propósito medir el grado de relación y la forma de comportarse de las variables anteriormente expuestas en los sujetos. (Hernandez 1995)

Por otro lado facilita el distinguir los siguientes objetivos de análisis:

Permite caracterizar globalmente el objeto de estudio. Para efectos de esta investigación se realizó la etapa de preparación, donde se tuvieron en cuenta los aspectos iniciales del proceso, en cuanto a la contextualización de la población de pacientes seropositivos al VIH de la Fundación Cardio Infantil, se determinó que deberían poseer las siguientes características: la muestra fuera representativa de la población total, es decir que de aproximadamente 100 los participantes deben constituir por lo menos el 30 % de la totalidad de los sujetos (36 personas como mínimo), quienes participaron bajo el criterio de voluntariedad y en ellos se tuvieron en cuenta variables como edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel educativo, enfermedades oportunistas, historia clínica y fase de la enfermedad. El estudio se llevó a cabo de la siguiente manera:

Primero: Se realizó una revisión de conceptos y teorías acerca de la epidemiología del VIH, sistema inmunológico, psicología de la salud, psiconeuroinmología, intervención en enfermedades crónicas, trastorno depresivo y estrés asociado al efecto sobre el sistema inmunológico e investigaciones realizadas acerca del tema a nivel mundial y en Colombia, aspecto que determino la pregunta de investigación.

Segundo: se determinaron los objetos sociales que tienen ciertas características. En este punto se desarrolló la etapa de investigación propiamente dicha, se definieron los objetivos del estudio, se analizo más a fondo la problemática a resolver, se especificaron los instrumentos técnicas empleadas para, medir el grado de depresión, estrés y características relevantes de la personalidad de los sujetos y exámenes médicos que permitan determinar estado del sistema inmunológico. Se señalaron los criterios de validación y confiabilidad de los datos arrojados por las pruebas.

Tercero: Se llevo a cabo un análisis de la historia clínica, para determinar: a) número de hospitalizaciones y tiempo que ha estado recluso clínicamente, se considera de igual forma importante tener en cuenta, pues es un factor de índole médico, que puede repercutir significativamente en el esto anímico, emocional y psicológico del paciente ante la enfermedad como tal, la forma de percibir la misma de acuerdo al grado de severidad y a las causas que han llevado a los sujetos ser reclusos o recluirse debido a perturbaciones y déficits a nivel orgánico. b) número de asistencia a urgencias, c) enfermedades oportunistas que se han ido presentando en el transcurso de la enfermedad y durante el estudio investigativo actual, d) peso y talla, e) medicamentos que

consumen actualmente, aspecto de suma importancia por que a través de la misma se pueden identificar los cambios y alteraciones a nivel orgánico y los posibles efectos secundarios generados por estos. f) evaluación de las enfermedades oportunistas, antes y durante la investigación, estas son definidas como aquellas infecciones adquiridas por los pacientes, que se hospedan al deteriorarse el sistema inmune, y aprovechan la oportunidad para agredirlo, ante el desequilibrio del defensor e incluso aceleran y ocasionan la muerte de los mismos.

Cuarto: se realiza un contacto inicial con todos los pacientes antes de que pasen a la consulta de infectología, en este primer encuentro, se les plantean los objetivos y condiciones de la investigación y se les interroga acerca de su interés en participar en el estudio, luego con la firma del consentimiento informado por medio del cual las personas aceptan su participación en el estudio. Posterior a este contacto se les hacen preguntas acerca de su edad, nivel educativo, ocupación, fecha de diagnóstico, red de apoyo y estado civil.

Quinto, esta es la fase de aplicación de la investigación la cual se desarrolló de la siguiente forma: luego de saber cuando se les aplican a los pacientes pruebas medicas rutinarias, para evaluar recuento de linfocitos y carga viral y una vez hayan sido realizados dichos exámenes se aplicara a los pacientes, la escala Beck la cual evalúa depresión, el Mini-Mult, para medir personalidad y la escala G de apreciación del estrés, y el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) específicamente el factor que evalúa activación fisiológica permita determinar el nivel de estrés en el que se encuentra el paciente.

Técnicas de recolección de los datos el análisis de los datos se llevó a cabo por medio del paquete estadístico Simstat para windows 95. Todas las operaciones estadísticas, de las variables, se desarrollaron por medio de coeficiente de correlación de Pearson, que es una prueba de análisis estadístico, para establecer la relación entre dos variables continuas, (en puntuaciones directas) en un nivel de intervalo o de razón. Se utilizó porque se ajusta a la investigación, pues arroja datos acerca de la dirección (positiva o negativa) de la correlación entre dos variables, el valor numérico y la magnitud de la correlación de las dos variables en los mismos sujetos. Reporta si el coeficiente de confianza es o no significativo, (0.00 a 0.05) lo que indica que al 0.05 se obtiene un 95% de confianza en que la correlación es verdadera y el 5% d probabilidad de error, por encima de 0.05 no hay validez en la correlación. Se correlacionaron las puntuaciones directas del Inventario de depresión de Beck, las puntuaciones del Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA para evaluar estrés fisiológico y la escala G de apreciación del estrés para evaluar estrés cognitivo con los resultados de las pruebas de recuento de linfocitos CD4 y CD8 índice de relación entre Cd4 y CD8 y carga viral.

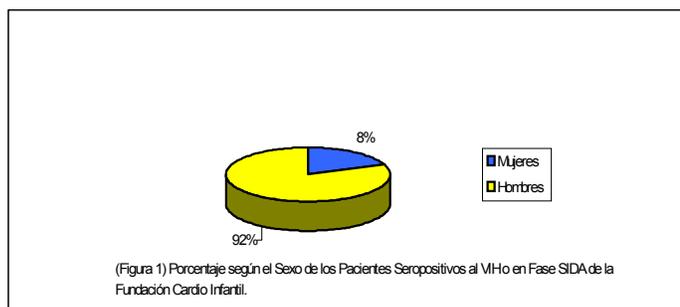
Séptima: es la fase de resultados y discusión de la investigación, que se desarrollará a continuación.

Resultados

Los datos se analizaron desde dos ámbitos, en el primero se examinaron las medidas de tendencia central, media (M), mediana (Mdn), modo (modo), desviación estándar (DE) y error estándar (EE), así como por la frecuencia (f) y el porcentaje (%). En segundo lugar para establecer la relación entre las

variables tanto psicológicas como la respuesta inmunológica se utilizaron los datos arrojados por la prueba de correlación del coeficiente de Pearson (r), este proceso se llevo a cabo tanto en las variables categóricas, como en puntuaciones continuas, especificando además el nivel de significancia, obtenido en cada una de dichas correlaciones.

Se evaluaron 37 pacientes seropositivos al VIH. Con un promedio de edad de 34 años, (entre los 24 y los 58 años), donde la Mdn se ubico en los 33 años. El 8% (3) fueron mujeres y el 92% (34) hombres.(Ver figura 1) De esta población, el 3% (1) de la población es analfabeta, 13% (5) realizo estudios primarios, 41% (15) llevo a cabo estudios secundarios y técnicos y el 43% (16) restante de la población siguió estudios universitarios, (Ver figura 2) estos datos muestran como el 93% (31) de la población recibió algún tipo de formación académica y como el 65% tuvo acceso a una educación por encima de la secundaria. (Tabla 2). El 22% (8) esta desempleado, el 37%(14) trabaja de manera independiente y el otro 41% (15) trabaja como empleado. (Tabla 3)



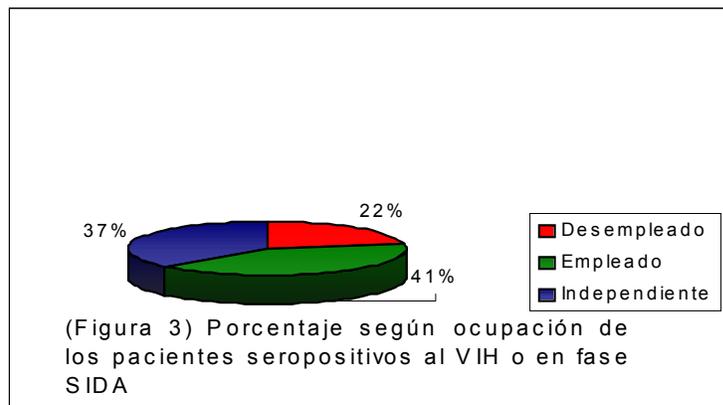
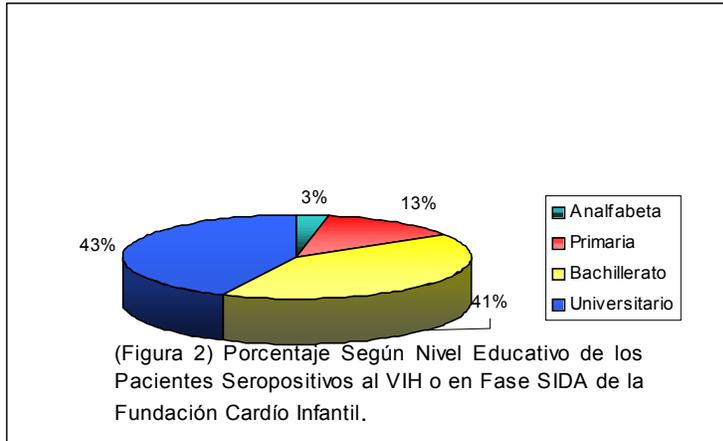


Tabla 1

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA, Según Sexo:

Clasificación	(f)	%
Mujeres	3	8
Hombres	34	92
Total	37	100

Tabla 2

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH O en Fase SIDA,Según Nivel Educativo:

Clasificación	(f)	%
Analfabeta	1	3
Primaria	5	13
Bachillerato y técnico	15	41
Universitario	16	43
Total	37	100

Tabla 3

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH O en Fase SIDA,Según Ocupación:

Clasificación	(f)	%
Desempleado	8	22
Independiente	14	37
Empleado	15	41
Total	37	100

En quienes participaron el 11% (4) cuenta con el apoyo de amigos, solo un 8% (3) con su pareja (Ver figura 4) y el respaldo mas importante es la familia, (familia nuclear o extensa) el 81% (30). (Tabla 4) El 62% (23) son solteros (Ver

figura 5), el 27% (10) de la población mantiene un vínculo estable y de compromiso con otra persona y el 11% (4) restante presenta una disolución del compromiso marital. (Tabla 5)

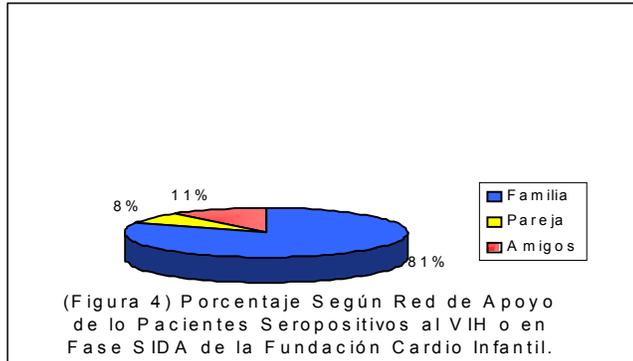


Tabla 4

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA.

Según Red de Apoyo:

Clasificación	(f)	%
Familia	30	81
Pareja	3	8
Amigos	4	11
Total	37	100

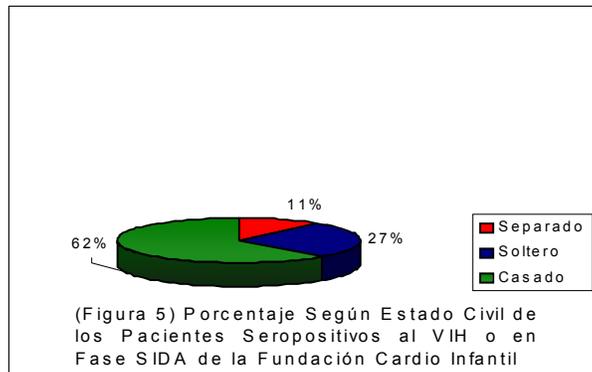


Tabla 5

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,

Según Estado Civil:

Clasificación	(f)	%
Separado	4	11
Casado	10	27
Soltero	23	62
Total	37	100

Partiendo de las implicaciones psicológicas y físicas del proceso de aceptación de la enfermedad, se toma en cuenta el tiempo de diagnóstico, (Ver figura 6) la mayor parte de los pacientes, específicamente el 94% (35) conoce su diagnóstico hace más de un año y el 6% (2) restante lo conoció hace un año o menos. (Tabla 6)

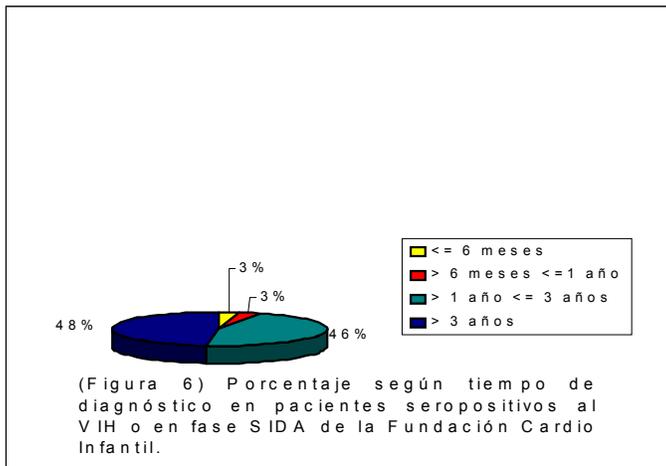


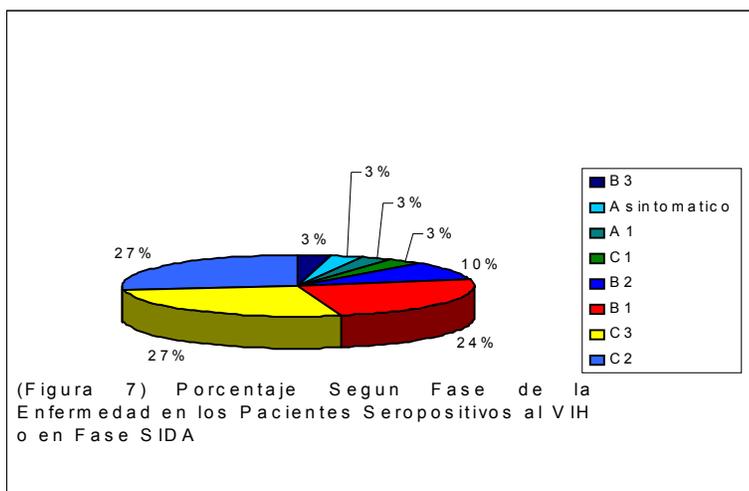
Tabla 6

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,

Según Tiempo de Diagnóstico:

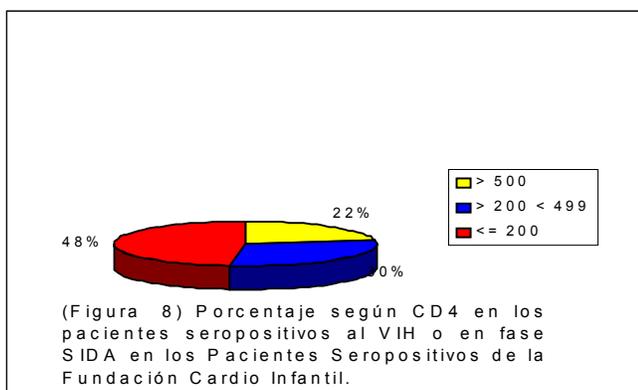
Clasificación	(f)	%
<= 6 meses	1	3
> 6 meses <= 1 año	1	3
> 1 año <= 3 años	17	46
> 3 años	18	48
Total	37	100

Se encontró que un 27% (10) de la población se ubica en la fase C2, en la fase C3 otro 27% (10), el 24% (9) se encuentra en la fase B1, un 10% (4) en fase B2, dentro de las fases C1, A1, asintomático y B3 se ubica un 3% (1) de la población en cada una de estas (Ver figura 7)

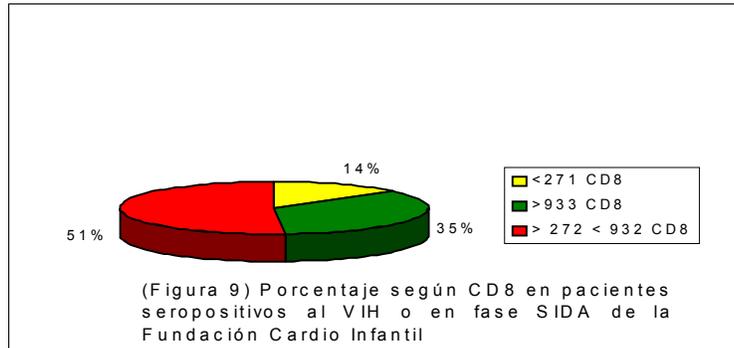


Lo cual indica que aproximadamente la mitad de los sujetos están en fases avanzadas, mientras la otra parte se encuentra dispersa a lo largo de las categorías, no presentándose ningún paciente en A2 y A3 fases menos desarrolladas de la enfermedad. (Tabla 7)

Con relación al recuento de linfocitos, específicamente CD4 y CD8, se encontró. En CD4, (Ver figura 8) como el 48% (18) de la población tiene 200 o menos CD4 por mm³, un 30% (11) posee entre 200 y 499 CD4 por mm³ y el 22% (8) restante posee mas de 500 CD4 por mm³, lo cual indica que la mayor parte de los pacientes observados presentan un bajo recuento de linfocitos CD4. (Ver Tabla 8). Donde la Mdn es de 400. (Tabla 15)

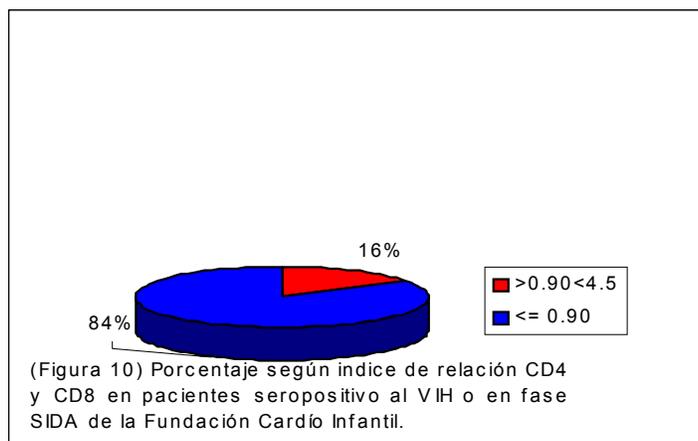


Conteo de CD8, se observó, que un 51% (19) de la población tiene entre 272 y 932 CD8 por mm³, un 35% (13) tiene mas de 933 CD8 por mm³ y el 14% (5) restante menos de 271 CD8 por mm³. (Ver figura 9)



Lo cual permite observar como la mayor parte de la muestra se ubica con respecto a la cantidad de CD8 en un nivel normal (Tabla 9). Donde la Mdn es de 758 CD8 por mm³. (Tabla 15)

La relación entre CD4 y CD8 se observo que el 84% (31) de la población obtuvo una relación menor o igual a 0,90 (Tabla 10) y el 16% (6) restante dentro de un rango de 0.90 y 4.5. (Ver figura 10)



Lo cual muestra como la mayor parte se ubica por debajo del nivel de normalidad. Por otro lado se encontró que el puntaje de relación CD4 y CD8. Con una Mdn de 0.30. (Tabla 15)

Tabla 7

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,

Según Fase de la Enfermedad:

Clasificación	(f)	%
B3	1	3
Asintomático	1	3
A1	1	3
C1	1	3
B2	4	10
B1	9	24
C3	10	27
C2	10	27
Total	37	100

Tabla 8

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,
Según Recuento de Linfocitos CD4:

Clasificación	(f)	%
> 500	8	22
> 200 < 499	11	30
<=200	18	48
Total	37	100

Tabla 9

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,
Según Recuento de Linfocitos CD8:

Clasificación	(f)	%
< 271	5	14
> 933	13	35
> 272 < 932	19	51
Total	37	100

Carga viral, los pacientes se ubicaron en dentro de los siguientes porcentajes el 46% (17) tienen entre 400 o menos copias/ml, un 30% (11) más de 10.000 copias/ml, otro 13% (5) entre 2.000 y 10.000 copias/ml, 8% (3) entre más de 400 y menos de 900 copias/ml y el 3% (1) restante entre 900 y 2.000 copias/ml. (Ver figura 11) La Mnd es de 400 copias/ml/. (Tabla 15)

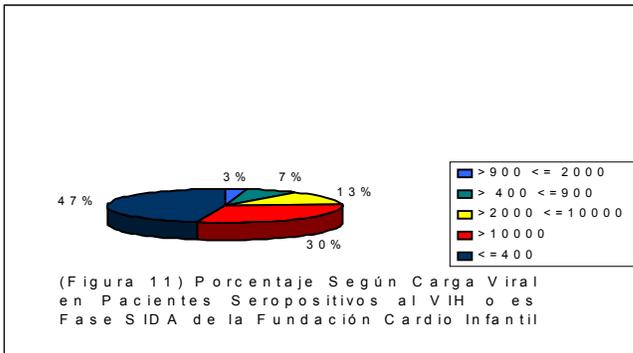


Tabla 10

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,

Según Relación de Linfocitos CD4 y CD8:

Clasificación	(f)	%
> 0.90 < 4.5	6	16
<= 0.90	31	84
Total	37	100

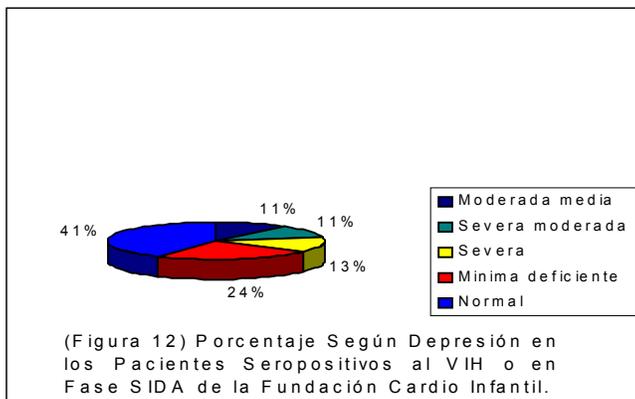
Tabla 11

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,

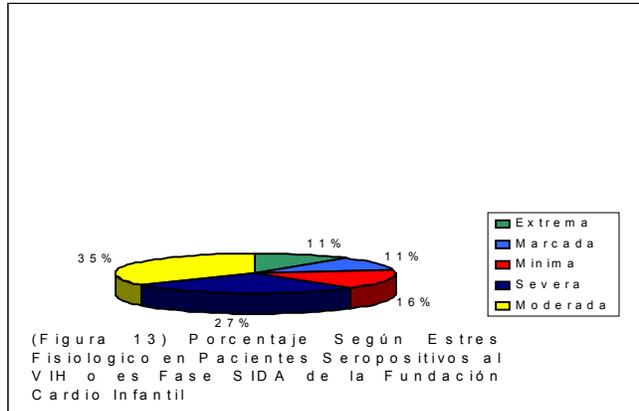
Según Carga Viral:

Clasificación	(f)	%
> 900 <= 2000	1	3
> 400 <= 900	3	8
> 2000 <= 10.000	5	13
> 10.000	11	30
<= 400	17	46
Total	37	100

En cuanto a las variables psicológicas, se observó, en depresión como el 41% (15) de los pacientes se ubica en una categoría de normalidad, donde hay ausencia de depresión, un 24% (9) posee una depresión mínima deficiente, otro 13% (5) severa, 11% (4) severa moderada y el 11% (4) restante moderada media. (Ver figura 12) El 59 % de la población presenta depresión en diferente grado. (Tabla 12) La Mdn fue de 10 puntos y la moda fue de 3. (Tabla 15)



Estrés fisiológico, se observó que el 35% (13) de la población presenta reacciones fisiológicas moderadas frente a un evento amenazante, un 27% (10) reacciones severas, 16% (6) mínimas, 11% (4) marcadas y un 11% (4) restante extremas, esto muestra como los pacientes presentan una tendencia alta a manifestar sensaciones corporales inadecuadas. (Tabla 13). Siendo la Mdn de 45 puntos y la moda 47 puntos, obtenidos de los resultados del inventario de estrés fisiológico. (Tabla 15)



Apreciación del estrés o estrés desde el punto de vista cognitivo del paciente acerca de lo amenazantes o no de las situaciones de su vida, con respecto a esta variable, a nivel general se encontró que el 95% (35) de la población percibe las situaciones de su vida como moderadamente estresantes y el 5% (2) restante las percibe como mínimamente amenazantes. La M fue de 54 puntos en la escala G de apreciación del estrés, con la cual se evaluó estrés cognitivo, la moda fue 54 puntos. (Tabla 15)

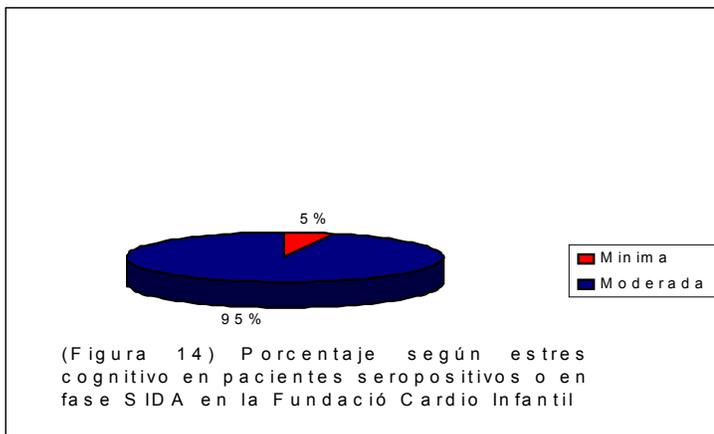


Tabla 12

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,Según Categoría de Depresión:

Clasificación	(f)	%
Moderada media	4	11
Severa Moderada	4	11
Severa	5	13
Mínima deficiente	9	24
Normal	15	41
Total	37	100

Tabla 13

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,Según Estrés Fisiológico:

Clasificación	(f)	%
Extrema	4	11
Marcada	4	11
Mínima	6	16
Severa	10	27
Moderada	13	35
Total	37	100

Tabla 14

Frecuencia y Porcentaje de los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA,Según Estrés Cognitivo:

Clasificación	(f)	%
Mínima	2	5
Moderada	35	95
Total	37	100

Tabla 15

Características de la Población de Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA, Según Medidas de Tendencia Central.

Variable	<u>M</u>		EE	DE
Edad	34	±	1.31**	7.99
Peso	66	±	1.38**	8.43
CD4	221*	±	35.8**	218.1
CD8	758*	±	696**	4235.5
Relación Cd4 y CD8	0.30*	±	.06**	.66
Carga Viral	400*	±	400**	5632.7
Depresión	45	±	1.98**	12.09
Estrés fisiológico	45	±	26**	4.4
Estrés cognitivo	54	±	4.7**	28.7

* Los datos corresponden a la Mnd

** Puntuaciones del EE

Para establecer el coeficiente de correlaciones entre las puntuaciones directas de las pruebas y exámenes aplicados a los pacientes seropositivos al VIH o en fase SIDA de esta investigación se tuvo en cuenta un nivel de significancia de 0.05 y se establecieron dichas relaciones a través del coeficiente de correlación de Pearson. Encontrando así; que existe una relación negativa media baja entre los recuentos de linfocitos CD4 y las puntuaciones del inventario de Beck de depresión una correlación de Pearson de $-.34$ y una Probabilidad de 0.03 (ver Figura 15). Así mismo el coeficiente de correlación de Pearson entre el conteo de CD4 y las puntuaciones del inventario situaciones y respuestas de ansiedad (estrés fisiológico) es de $-.34$ y una probabilidad de 0.03, indicando de igual forma una relación negativa media baja entre estas dos variables. Con respecto al recuento de CD4 con las puntuaciones de la escala G de apreciación del estrés cognitivo, se estableció una correlación de Pearson de $-.42$ (ver Figura 16), indicando una relación negativa media baja y una probabilidad de 0.001 (ver tabla 16) En cuanto el recuento de linfocitos CD8 y las puntuaciones de Beck de depresión se encontró que existe un coeficiente de correlación de Pearson de $.09$ y una probabilidad de $.58$. Con respecto al recuento de linfocitos CD8 y puntuaciones del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad a fisiológico se encontró que existe una correlación de Pearson de $-.15$ y una probabilidad de $.35$. Y entre el recuento de linfocitos CD8 y las puntuaciones de la Escala G de apreciación del estrés cognitivo señala un coeficiente de correlación de Pearson de $.01$ y una probabilidad de $.90$. lo cual indica que no

existe ninguna relación significativa y confiable entre el recuento de linfocitos DC8 con las tres variables anteriormente mencionadas. (Ver tabla 17)

Tabla 16

Correlación entre Depresión, Estrés Fisiológico, Estrés Cognitivo y los Resultados del Recuento de Linfocitos CD4 en los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil

VARIABLES	Mdn	EE	DE	r	Intervalo R	*P
Depresión	10.0	± 696.12	4234.38	-.34	(-.5972 –.0244)	.03
Estrés fisiológico	45	± 37.61	228.78	-.34	(-.5955 –.0218)	.03
Estrés Cognitivo	54	± 37.38	227.41	-.42	(-.6525 -.4943)	.00

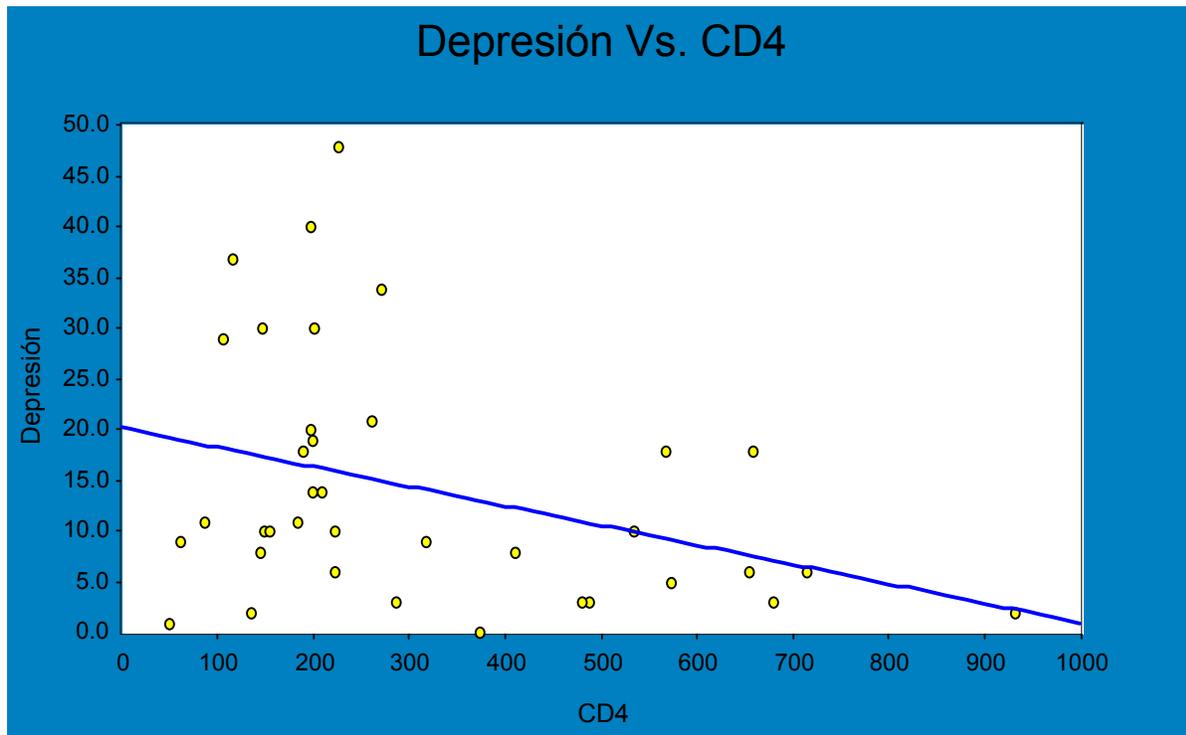
Nivel de Significancia= 0.05
n =37 (3 - 34 Hombres) *
P= Probabilidad

Tabla 17

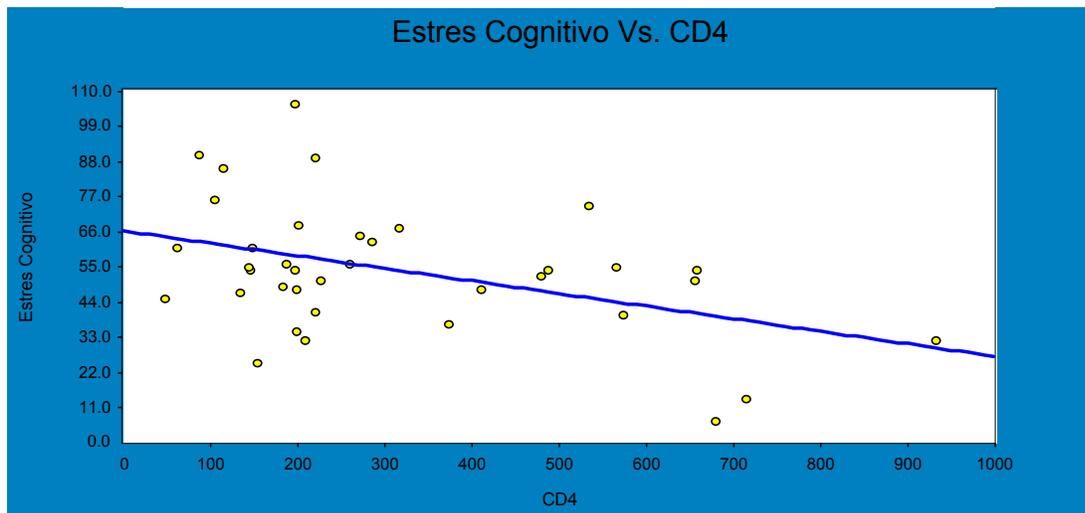
Correlación entre Depresión, Estrés Fisiológico, Estrés Cognitivo y los Resultados del Recuento de Linfocitos CD8 en los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil

VARIABLES	Mdn	EE	DE	r	Intervalo Significancia	*P
Depresión	10.0	± 696.12	4234.38	.09	(-.2354 .4003)	.58
Estrés fisiológico	45	± 697.02	4239.80	-.15	(-.4526 .1742)	.35
Estrés Cognitivo	54	± 696.25	4235.15	.01	(-.3030 .3373)	.90

Nivel de Significancia= 0.05
n =37 (3 Mujeres - 34 Hombres)
* P= Probabilidad



(Figura 15), Correlación entre las Puntuaciones Directas de la Prueba de Beck de Depresión y el Recuento de Linfocitos CD4 de los Pacientes Adultos Seropositivos al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil.



(Figura 16), Correlación entre las Puntuaciones Directas de La Escala G de Apreciación del Estrés Cognitivo y el Recuento De Linfocitos CD4 de los Pacientes Adultos Seropositivos al Vih y en Fase SiDA de la Fundación Cardio Infantil.

Como se observa en la Tabla 18, hay un coeficiente de correlación de pearson de -0.12 entre el índice de recuento de linfocitos de CD4 y CD8 con las puntuaciones de depresión y una probabilidad de 0.46 . Con respecto a la relación de CD4/CD8 y las puntuaciones de estrés fisiológico muestra un coeficiente de correlación de -0.23 y una probabilidad de 0.16 . Y entre el índice de relación de CD4/CD8 con las puntuaciones de estrés cognitivo indica un coeficiente de correlación de pearson de -0.18 y una probabilidad de 0.26 . Negando de igual manera cualquier correlación significativa y confiable entre la variable del índice de relación de CD4 y CD8 con depresión, estrés fisiológico y estrés cognitivo.

Tabla 18

Correlación entre Depresión, Estrés Fisiológico, Estrés Cognitivo y los Resultados de la Relación de CD4/CD8 en los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil

Variables	Mdn	EE	DE	r	Intervalo	*P
					Significancia	
Depresión	10.0	± 1.99	12.14	-.12	(-.4258 .2061)	.46
Estrés fisiológico	45	± 4.44	27.03	-.23	(-.5137 .0960)	.16
Estrés Cognitivo	54	± 3.33	20.27	-1.8	(-.5137 .0960)	.26

Nivel de Significancia= 0.05
n =37 (3 Mujeres - 34 Hombres)
* P= Probabilidad

Con respecto a la relación de carga viral y depresión se establece un coeficiente de correlación de pearson de .25 y una probabilidad de .12. Entre Carga viral y las puntuaciones del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (estrés fisiológico) hay coeficiente de correlación de pearson de .08 y una probabilidad de .62. Y entre carga viral y las puntuaciones de la escala G de apreciación del estrés cognitivo hay una correlación de pearson de .16 y una probabilidad de .32, lo que niega que exista una correlación significativa entre la carga viral y las demás variables descritas en esta población. (ver tabla 19)

Tabla 19

Correlación entre Depresión, Estrés Fisiológico, Estrés Cognitivo, y los Resultados de la Prueba de Carga Viral en los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil

Variables	Mdn	EE	DE	r	Intervalo Significancia	*P
Depresión	10.0	± 5632.22	34259.50	.25	(-.0729 .5306)	.12
Estrés fisiológico	45	± 5632.36	34260.35	.08	(-.2440 .3926)	.62
Estrés Cognitivo	54	± 5632.18	34259.21	.16	(-.1631 .4616)	.32

Nivel de Significancia= 0.05
n =37 (3 Mujeres - 34 Hombres)
* P= Probabilidad

Entre las puntuaciones en la prueba de Beck de depresión y las puntuaciones del inventario de estrés fisiológico de los pacientes VIH o en fase SIDA de la muestra, se puede establecer que existe un coeficiente de correlación de pearson de .57 y una probabilidad de 0.0. lo que indica que existe una relación positiva media alta entre estas dos variables psicológicas. Así mismo el coeficiente de correlación de pearson de .47 entre la depresión y el estrés fisiológico permite establecer una relación positiva entre estas dos variables, con una probabilidad de 0.0 de confiabilidad. Con respecto a las puntuaciones del inventario de estrés y ansiedad muestra que existe un coeficiente de correlación de pearson de .58 indicando una relación positiva

medio alto entre estrés fisiológico y estrés cognitivo, y una probabilidad de 0.0 de confiabilidad. (Ver tablas 20, 21, 22)

Tabla 20

Correlación entre Estrés Fisiológico, Estrés Cognitivo y la Depresión en los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil

Variables	Mdn	EE	DE	r	Intervalo	*P	
					Significancia		
Estrés fisiológico	45	±	3.68	22.42	.57	(.2931 .7445)	.00
Estrés Cognitivo	54	±	2.96	18.05	.47	(.1663 .7548)	.00

Nivel de Significancia= 0.05
n =37 (3 Mujeres - 34 Hombres)
* P= Probabilidad

Tabla 21

Correlación entre, Depresión, Estrés Cognitivo y el Estrés Fisiológico en los Pacientes Seropositivos Al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil

Variables	Mdn	EE	DE	r	Intervalo	*P	
					significanciaa		
Depresión	10.0	±	3.68	22.42	.57	(.2931 .7445)	.00
Estrés Cognitivo	54	±	3.69	22.46	.58	(.3083 .7548)	.00

Nivel de Significancia= 0.05
n =37 (3 Mujeres - 34 Hombres)
* P= Probabilidad

Tabla 22

Correlación entre Depresión, Estrés Fisiológico y el Estrés Cognitivo en los Pacientes Seropositivos al VIH o en Fase SIDA de la Fundación Cardio Infantil

Variables	Mdn	EE	DE	r	Intervalo	*P
					Significación	
Depresión	10.0	± 2.96	18.05	.47	(.1663 .7548)	.00
Estrés Fisiológico	45	± 3.69	22.46	.58	(.3083 .7548)	.00

Nivel de Significancia= 0.05
n =37 (3 Mujeres - 34 Hombres)
* P= Probabilidad

Lo que permite establecer que existe una relación inversa entre CD4, depresión y estrés fisiológico y/o cognitivo. Y una relación positiva media alta entre las variables psicológica de esta investigación tales como depresión, estrés fisiológico y estrés cognitivo.

Los resultados recogidos en las tablas de doble entrada, de las variables que presentaron correlación en el estudio, arrojaron aspectos importantes acerca de la distribución los porcentajes al hacer el cruce de las variables, aspecto que permite plantear:

En cuanto a la relación entre la depresión y el recuento de linfocitos CD4, los sujetos ubicados en las categorías de ausencia de depresión o normalidad y depresión mínima deficiente, que se situaron también en el nivel alto de recuento de linfocitos CD4 (≥ 500) fue del 75% (27) y la distribución con respecto a esta misma categoría en el recuento de linfocitos T ayudadores, fue

del 50% en la ubicación de ausencia de depresión o depresión mínima deficiente y el 50% restante se situó en un nivel moderado de depresión, lo cual muestra una tendencia de la población a agruparse más en este caso en baja depresión y alto nivel de recuento de linfocitos CD4 (Ver tabla 23).

Estrés cognitivo y recuento de linfocitos CD4, fue otro cruce de información que arrojó datos representativos, donde se vislumbra una tendencia en los porcentajes altos de estrés cognitivo 51% (19) a ubicarse en las categorías bajas de respuesta linfocitaria específicamente CD4, igualmente el 100% (37) de los casos encontrados en los niveles bajos de estrés cognitivo (≤ 200) se ubicaron en la categoría de estrés cognitivo moderado, esta inclinación de los datos a agruparse en dichas categorías, implica como los mayores porcentajes se ubican en alto estrés cognitivo y bajo recuento de linfocitos CD4. (Ver Tabla 24)

Finalmente, la última asociación que proporcionó resultados significativos, fue la tabla entre categorías de estrés fisiológico y niveles de recuento de linfocitos CD4, en la cual se encontró como los sujetos agrupados en las categorías de estrés mínimo y marcado 50% (18) , se ubican en medidas altas de recuento de linfocitos CD4 y el porcentaje de los sujetos que se ubicaron en tendencias altas (≥ 500) en el recuento de células T ayudadoras que fue del 75% (28) se acomodaron en clasificaciones bajas de estrés fisiológico. (Ver Tabla 25)

Tabla 23

Tabla de Doble Entrada de Porcentajes de Correlación Según las Categorías de Depresión y CD4. (Categorías establecidas por prueba Beck y Categorías por valores de referencia de CD4)

		Valores de referencia de células CD4						Total % depresión
		<= 200		> 200 - <= 499		>= 500		
		%C	% B	% C	%B	%C	%B	
Depresión	Normal	22	27	64	46	50	27	100
	Mínimo deficiente	28	56	18	22	25	22	100
	Moderada media	11	50	0	0	25	50	100
	Severa moderada	11	50	18	50	0	0	100
	Severa	28	100	0	0	0	0	100
	Total recuento de CD4	100		100		100		

Correlación Pearson -0.374

Significancia .022

Con Categoría depresión como dependiente -0.348

Con Valores de referencia de células CD4 como dependiente -0.298

% B: Según número de sujetos por categoría de depresión

%C: Según número de sujetos ubicados en los diferentes niveles dados por los valores de referencia de CD4

Tabla 24

Tabla de Doble Entrada de Porcentajes de Correlación Según las Categorías de Estrés Fisiológico y Recuento de Linfocitos CD4 (Categorías establecidas por prueba ISRA y valores de referencia de linfocitos CD4)

		Valores de referencia CD4						Total % estrés
		<= 200		> 200 - < 499		>= 500		
		%F	%C	%F	%C	%F	%C	
Estrés fisiológico	Mínimo	17	6	33	18	50	36	100
	Marcado	75	17	0	0	25	14	100
	Moderado	46	33	39	46	15	25	100
	Severo	40	22	40	36	20	25	100
	Extremo	100	22	0	0	0	0	100
	Total			100		100		100
Recuento CD4								
Correlación Pearson								-0.323
Significancia								.050
Con Categoría Estrés fisiológico como dependiente								-.220
Con Valores de referencia de células CD4 como dependiente								-.265

% F: Según número de sujetos por categoría de estrés fisiológico

%C: Según número de sujetos por categoría obtenida por valor de referencia de CD4

Tabla 25

Tabla de Doble Entrada de Porcentajes de Correlación Según las Categorías de Estrés Cognitivo y CD4 (Categorías establecidas por prueba escala G de apreciación del estrés y valores de referencia de recuento de linfocitos CD4)

		Valores de referencia de recuento de linfocitos CD4						Total % estrés cognitivo
		<= 200		> 200 < 499		>= 500		
Estrés cognitivo		%E	%C	%E	%C	%E	%C	
	Mínima	0	0	0	0	100	25	100
	Moderada	51	100	31	100	18	75	100
	Severa	0	0	0	0	0	0	0
Total % recuento de linfocitos CD4		100		100		100		
Correlación Pearson				-.382				
Significancia				.019				
Con Categoría estrés cognitivo como dependiente				-.134				
Con valores de referencia células CD4 como dependiente				-.828				

% E: Según numero de sujetos por categoría de estrés cognitivo

%C: Según numero de sujetos por categorías de células CD4, teniendo en cuenta valores de referencia.

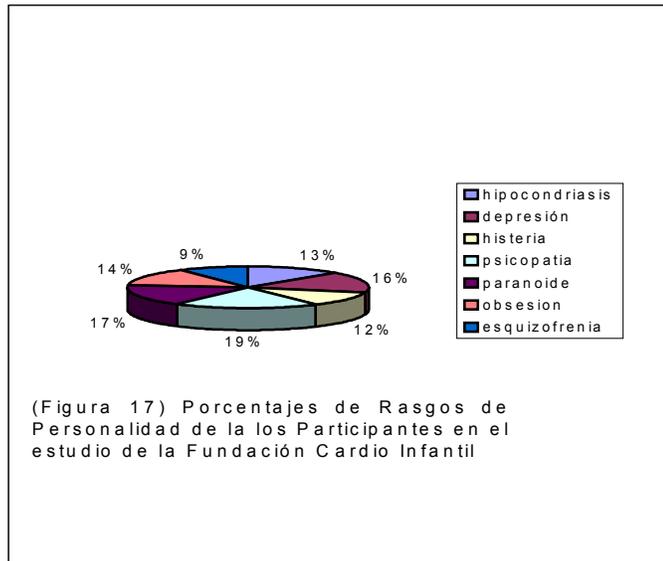
Aunque los resultados de las variables planteadas a continuación no son el centro de la investigación se considera necesario hacer referencia de los aspectos principales encontrados en ellas.

Personalidad, en la muestra estudiada, se observo con relación a los rasgos de personalidad evaluados por medio de la prueba Mini mult, los siguientes

porcentajes en cada escala, es relevante agregar como dichos rasgos se cruzan en las personas para así establecer un perfil de personalidad. En esta investigación el perfil corresponde a la totalidad de la muestra, por tal razón las frecuencias y porcentajes se refieren al 100% de los pacientes.

Escala de hipocondriasis, el 36% (13) se ubica en puntajes entre 12 y 16 puntos, 19% (7) entre 12 y 15 puntos, en la categoría de 0 a 11 se ubica un 19% (7), 13% (5) de 22 a 25 puntos y el 13% (5) restante en puntajes mayores a 26 puntos. Con respecto a la escala de depresión se encontró el 46% (17) entre 25 a 29 puntos, el 19% (7) de 15 a 24 puntos, un 16% (6) entre 21 y 24 puntos, un 16% (6) mas de 30 puntos y el 3% (1) restante entre 0 a 20 puntos. Escala de histeria, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente forma, el 38% (14) puntuaron entre 22 y 27 puntos, el 27% (10) de 15 a 21 puntos, 19% (7) de 31 a 36 puntos y el 16% (6) restante entre 28 y 30 puntos. Escala paraniode, el 27% (10) puntuo entre 17 y 23 puntos, el 24% (9) mas de 32 puntos, el 22% (8) entre 28 y 31 punto, otro 22% (8) de 24 a 27 puntos y el 5% (2) restante entre 7 y 16 puntos. Escala de desviaciones psicopaticas, en la cual la muestra se ubico de la siguiente forma, el 49% (18) en los valores entre 12 y 15 puntos, un 16% (6) se ubico en las categorías entre mas de 19 puntos, de 7 a 11 puntos y de 16 a 18 puntos, este porcentaje corresponde a cada una y el 3% (1) restante de 0 a 6 puntos. En la escala de obsesión compulsión el 16% (6) obtuvieron puntuaciones mayores a 41 puntos, el 13% (5) puntuaciones entre 35 y 40, el 38% (14) entre 28 y 34, el 28% (11) entre 21 y 27 y finalmente el 3% (1) menores a 20. Escala de esquizofrenia, el 73% (27) se ubicaron en un rango entre 28 y 31, el 22% (8) entre 2 y 27, y un 5% (2) entre 7 y 19 puntos.

Escala de hipomanía, los porcentajes fluctuaron de la siguiente forma 11% (4) entre 25 y 30, 43% (16) entre 21 y 24, y un 46% (17) entre 15 y 20 puntos. (Ver figura 17)



Medicamentos utilizado, se hizo referencia de manera global, sin especificar los medicamento o el tipo mas frecuente, simplemente se planteó según la cantidad de tipos de medicamentos el porcentaje de la población, que los consume. El 32% (12) no consumen medicamentos, el 21% (8) personas consumen un tipo de medicamentos, 21% (8) dos tipos de medicamentos, el 13% (5) tres tipos de medicamento y finalmente el 11% (4) cuatro tipos de medicamentos. Con relación a la cantidad de enfermedades oportunistas que presentan los pacientes se encontró que el 30% (11) no presentaron ninguna enfermedad oportunista, 32% (12) una enfermedad oportunista, el 27% (10) dos enfermedades oportunistas y el 11% (4) personas tres enfermedades oportunistas.

Discusión.

Siendo el VIH un virus que se ha ido propagando y creciendo en la población colombiana, el cual trae consigo un sin número de variables psicológicas, físicas y sociales, que impactan el estilo de vida de las personas infectadas y repercuten en las diferentes formas de afrontamiento de la enfermedad, es el propósito de esta investigación estudiar la posible relación del deterioro psicológico sobre el físico específicamente entre la depresión, el estrés fisiológico y cognitivo sobre el sistema inmunológico, en pacientes adultos seropositivos al VIH o en fase SIDA, que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardío Infantil. A fin de aportar información entre la relación de estas variables y su relevancia para continuar investigaciones en esta temática en entidades prestadoras de servicios de salud en Bogotá, específicamente en la Fundación Cardío Infantil.

En términos generales, la muestra de este estudio incluyó 37 personas en una población de 100 pacientes seropositivos al VIH, que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardío Infantil, se encontró que los participantes en mayor proporción fueron hombres 92% (34), mujeres 8% (3) mostrando este porcentaje una relación coincidente con la población general infectada por el virus del VIH en América Latina, cuya proporción aproximada es de 80% en hombres frente a un 20% en mujeres (Velazquez 1996), lo que no quiere decir que la muestra de mujeres este estudio sea representativa a la población total correspondiente al género femenino. El 84% (31) realizó estudios superiores a la secundaria, el 59% (22) cuentan con un trabajo estable y el 62% (23) son

solteros.

Se tuvieron en cuenta variables como red de apoyo, donde los participantes cuentan en mayor medida 81% (30) con el respaldo de su familia, quedando relaciones de pareja y de amistad como un sostén de segundo nivel, contrario a las afirmaciones realizadas por Blanco (1994), en donde plantea en relación al entorno de los pacientes portadores de VIH como, al no ser su familia como se desearía, establecen vínculos de gran intimidad con sus amigos, buscando de esa forma una reconstrucción familiar.

La edad promedio encontrada en los participantes en este estudio fue de 34 años, de acuerdo con Papalia (1997) quien manifiesta como esta edad corresponde a la etapa adulta temprana, la cual se caracteriza por el desarrollo de diferentes aspectos intelectuales, emocionales y sociales, siendo las decisiones de amor, sexo, paternidad, amistad, trabajo y estudio, modelos básicos para el estilo de vida a seguir por cada una de las personas, este hecho incide en la fuerte reacción de impacto en el proceso de aceptación de la enfermedad, junto con las tendencias de personalidad previas de los sujetos. Analizando los rasgos de personalidad de la muestra estudiada a través de la prueba Mini mult se encontró que el 62% de la población total muestra tendencias hacia la hipocondriasis, manifiestas en preocupación por su salud y somatización. El 78% tiende a ser pesimista y a presentar síntomas propios de la depresión. El 57% presenta rasgos de histeria mostrando dependencia, inmadurez emocional e historia de inseguridad. El 95% exhibe comportamientos poco controlados, de inconformidad, rebeldía y resentimiento. El 81% presenta hipersensibilidad frente a la información que recibe del medio acerca

de la enfermedad, sentimientos de culpa, percepción inadecuada de estímulos sociales, rigidez y desconfianza. El 67% tiende a ser psicorígida, meticulosa y a reaccionar frente a sus temores y obsesiones con compulsiones. El 70% muestra intereses abstractos, poco apego por las personas y asuntos prácticos. Finalmente el 46% son apáticos, indiferentes y poco motivados frente a su vida. Estos rasgos de personalidad, en los pacientes participantes de este estudio, son congruentes con el planteamiento de Blanco (1994) quien explica como el SIDA implica mayor dificultad para adaptarse psicológicamente a la enfermedad, en comparación con otras enfermedades graves, ya que influyen la edad y la personalidad previa que es habitualmente frágil y conflictiva. Lo que permite concluir que el conjunto de características de esta población, inciden negativamente en las estrategias resolución de conflictos y de afrontamiento ante los eventos típicos que se presentan en el proceso de la enfermedad, por tanto aumenta el riesgo de padecer estrés o depresión Velasquez (1996) frente a este aspecto refiere como el sufrir esta enfermedad lleva a cambios que desequilibran la vida del paciente generando crisis que facilitan la presentación de trastornos psicológicos.

Con respecto a la población aquí estudiada, se encontró como el 59% (22) de la población presenta depresión, el 56% (21) de estas conocen su diagnóstico hace más de un año, este hecho implica que su depresión no hace parte de un proceso normal de duelo, el cual debe durar aproximadamente un periodo de seis meses para posteriormente llevar a una aceptación de la enfermedad, durante este lapso de tiempo es normal que se produzcan ciertas etapas que se espera se den aunque no necesariamente que conlleven a

asumir una postura realista frente a la enfermedad como plantea Blanco (1994) al manifestar como inicialmente se da una reacción de choque, en el cual hay confusión debido a la información recibida, posteriormente una etapa de negación de su situación y de la enfermedad, donde la persona busca desvirtuar el diagnóstico, puede presentar seguidamente sentimientos de rabia, culpa, miedo, posteriormente hay un periodo de tristeza o de sintomatología depresiva propia del proceso de duelo por la enfermedad, luego hay un periodo de negociación y finalmente aceptación de su estado. Por tal razón se puede observar como la muestra se ubica en un trastorno depresivo y no en una reacción adecuada frente al duelo.

Otro trastorno encontrando en los sujetos participantes de esta investigación es el estrés, del cual el 84% (31) presenta estrés fisiológico y el 95% (35) estrés cognitivo. Entendió el estrés como lo define Fontana (1992) un estado de presión en el cual el individuo se enfrenta a exigencias que no puede satisfacer ni física ni psicológicamente provocando de una u otra forma diferentes niveles de alteración de la mente y cuerpo. Es entonces donde se crea la necesidad de clasificarlo en dos categorías específicas; el estrés fisiológico en cual se evalúa la respuesta del organismo a un estado de tensión excesivo y permanente como lo describe Rojas (1995). Y estrés Cognitivo, hace referencia a la manera como las personas perciben y evalúan sus experiencias vividas como excedentes a sus capacidades de manejo, experimentando respuestas negativas.

Al ser el VIH un virus que por sus características afecta, indirectamente la salud mental del paciente, sino que incide directamente y en forma negativa en

la salud física como lo plantea la psiconeuroinmunología, específicamente Rosenzweig (1995), al exponer la existencia de cierto tipo de enfermedades que se agudizan debido a características psicológicas, estableciendo una relación recíproca entre el comportamiento, el sistema nervioso y el sistema inmune.

Afirmando este supuesto, Herbert y Cohen (1993) así mismo en sus investigaciones hallaron como la depresión clínica está significativamente asociada con decrementos en la función linfocitaria y la actividad de las células asesinas naturales es baja en personas depresivas. Vera (1999) manifiesta de manera similar como los índices de inmunocompetencia son más bajos en sujetos depresivos.

Los análisis revelaron correlaciones significativas (medias bajas) entre depresión y recuento de linfocitos CD4 del 34%. La relación entre estas variables fue negativa, lo que sugiere que a mayor depresión, menor recuento de linfocitos CD4 o viceversa donde la probabilidad de error es del 3% indicando que hay un 97% de confianza de que la correlación es verdadera. El resultado aquí obtenido, se corrobora con las investigaciones realizadas por Zorrilla y cols (1996) donde en su estudio relación del estrés y síntomas depresivos con la progresión clínica de la enfermedad plantea como parte de los resultados que los hombres seropositivos con depresión crónica presentan un decremento significativo en la cantidad de células CD4 en comparación con los pacientes no deprimidos crónicamente lo que permite validar y reconfirmar los datos arrojados de esta investigación indicando de esta manera que existe una relación significativa entre la depresión y el sistema inmunológico de los pacientes adultos seropositivos al VIH o en fase SIDA y por ende las

alteraciones en el estado anímico del paciente pueden reaccionar directamente causando la disminución de defensas del organismo, lo cual los hace más vulnerables a contraer enfermedades oportunistas

Así mismo se estableció una correlación (media baja) entre recuento de linfocitos CD4 y estrés fisiológico. Esta relación fue negativa, indicando que a mayor nivel de estrés fisiológico, menor recuento de linfocitos CD4 y viceversa. En un 34% de los casos, la probabilidad de error es del 3%, por lo tanto hay un 97% de confianza de que dicha correlación sea verdadera.

De acuerdo con el estrés cognitivo, se estableció una correlación (media baja) entre estrés cognitivo y CD4. Esta correlación fue negativa, lo cual indica que hay una relación inversamente proporcional, en un 42% de los casos es decir que a mayor estrés cognitivo, menor recuento de linfocitos CD4 y viceversa, donde la probabilidad de que esta relación sea verdadera es del 99.9% y la probabilidad de error es del 0.0001%, así como lo demuestran el estudio desarrollado por Segerstrom y cols (1998) en el cual establece, como el optimismo situacional está significativamente correlacionado de forma positiva con el número de células CD4. De igual forma Goodking K (1994) plantea la relación entre los factores estresantes y la función inmunológica, indicando que los factores estresantes pueden ser controlados generando diferentes efectos en la función del sistema inmune y que aquellos que son definitivamente incontrolables, se asocian a mayores deficiencias inmunológicas en comparación con los que son previstos y de corta duración. Pitts (1998), propone como el sistema inmune permanece activo pero su efectividad es sensible a influencias psicológicas, pues el estrés como cualquier otro trastorno

a nivel emocional aumenta la susceptibilidad y vulnerabilidad del individuo a adquirir enfermedades infecciosas al estar sometido a elevados índices de estrés, generando una disminución en la inmunocompetencia.

Con respecto al análisis de las relaciones entre depresión, estrés cognitivo y estrés fisiológico, con CD8, índice de relación entre CD4 y CD8 y carga viral no se encontró ninguna correlación significativa posiblemente por el tamaño de la muestra y por la dispersión de los datos como consecuencia de las múltiples categorías.

Se puede concluir con respecto a esta investigación, que existe una relación entre el estrés, la depresión y la respuesta del sistema inmunológico específicamente en el recuento de linfocitos CD4 en pacientes adultos seropositivos al VIH o en fase SIDA que asisten a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil.

La muestra de pacientes que asiste a consulta de infectología en la Fundación Cardio Infantil en su mayoría presenta depresión, estrés fisiológico y cognitivo, este factor puede verse influenciado por la fase en la cual se ubica el paciente, en los participantes de este estudio el 54% se sitúa en las fases más avanzadas de la enfermedad, este hecho implica, que requieren mayor suministro de medicamentos en este caso el 66% de los sujetos está sometido a tratamiento farmacológico de uno a cuatro tipos de diferentes medicamentos. El 43% de esta población ha estado hospitalizada mínimo una vez, por presencia de enfermedades oportunistas, aunque no se considera que a mayor fase de enfermedad mayor número de hospitalizaciones.

Dado el tamaño y las características de la muestra evaluada y el ser

atendidos en una institución específica ubicada en un sector de Bogotá no es posible generalizar los datos a la población colombiana, pero si se aporta información que lleva a un mejor manejo de esta enfermedad en los pacientes portadores de VIH en la Fundación Cardío Infantil. Sin embargo para generalizar los datos a los pacientes de Colombia se recomienda aumentar la muestra y profundizar en variables como red de apoyo, tiempo de diagnóstico, fase de la enfermedad, medicamentos, personalidad, enfermedades oportunistas y nutrición, investigando que tanto inciden en la calidad de vida de los pacientes y en su salud mental.

Al determinar que el núcleo familiar es la principal red de apoyo de estos pacientes es importante recomendar el papel interdisciplinario que juega el equipo de salud con el grupo familiar, pues como se ha señalado interactúan positiva o negativamente en la vida de la persona infectada y por medio de ellas se puede garantizar mejores condiciones de bienestar en los sujetos, es por esto que se hace necesario intervenir el sistema familiar identificando su estructura, dinámica, forma de relacionarse, evaluando el rol del infectado dentro de la misma, estableciendo su momento histórico, es decir su unión a través del tiempo y ante situaciones difíciles, esta evaluación debe orientar los tipos de tratamiento de acuerdo a los tipos de reacción propios de cada familia, a fin de poder desarrollar programas de asesoramiento en cuanto a los canales de comunicación adecuados que permitan alcanzar un mayor nivel de sensibilización, de manera que todos los miembros desempeñen un papel activo dentro de la evolución de la enfermedad y así mismo pueda aliviar a nivel personal y familiar las cargas implícitas de dicho proceso logrando cambios

funcionales.

De acuerdo a la edad y etapa de desarrollo en al que se encuentran los participantes, se recomienda desarrollar programas de educación y prevención en la sexualidad relacionados con su manejo, reproducción y transmisión.

Se recomienda conocer el tipo de ocupación de los participantes, para facilitar la adherencia al tratamiento y hacer control de la infección, lo cual implica que la Fundación Cardío Infantil brinde a los pacientes herramientas que les permitan establecer medidas de bioseguridad los ambientes de trabajo.

Finalmente, es importante aclarar como los pacientes participantes en este estudio, que presentaron índices elevados de estrés cognitivo o fisiológico o depresión se les informara a ellos y al medico infectólogo para que los remita a consulta de psicología, para de esta manera realizar una atención integral de los pacientes.

Referencias.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.

Bartrop, R. W., Luckhurts, E., Kiloh, L.G y Penny, R. (1977) Depressed lymphocyte Function after bereavement. Lancet, 834-836.

Blanco A. (1994) Apuntes de Intervención Psicológica en Medicina. España: Promolibro.

Beck y cols. (1987) Inventario de Depresión de Beck. Psychological Corporation. Canada.

Bernal, G, Santos, A. Bonilla, J. (1998) Eventos Estresantes de Vida y su Relación con la Sintomatología Depresiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, Volumen 16.

Bernard . (1994) Citado por Vera (1999).

Burkitt, G. (1997) Histología Funcional Wheater. España: Churchill Living Stone.

Cahan P. (1994) PSIDA un Enfoque Integral Mexico: Paidos (Psiquiatría, Psicopatología y psicomatica.

Cannon. (1929) Tomado de Suinn

Cárdenas L. (1996) SIDA. México: Trillas.

Calvo. (1990) Tomado de Blanco (1994),

Cerda, H. (1995) Los Elementos de la Investigación” Santafé de Bogotá: El Buho.

Enciclopedia de la Medicina y la Salud. (1985). España: Ed. Asuri de Ediciones, S. A. Tomo 1.

Herbert y Cohen. (1993) Citado por Vera 1999.

Fernandez, J. y cols. (1992) Escala G de Apreciación del Estrés. TEA Ediciones. S.A. Madrid.

Fernández, J y Edo S. (1998) Se Puede Medir el Estrés? Un Análisis de los Elementos que Componen el Proceso del Estrés. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, Volumen 16.

Fontana D. (1992) Control del Estrés México: Manual Moderno.

Graham, Jr. (1993) MMPI Guía Practica. México: Manual Moderno.

García E. (1998) Psiquiatría y SIDA. España. Masson, SA.

Goodking, K. (1994) Enfoque Psiconeuroinmunológico

Hernandez S. Roberto, Fernandez C. Collado y Casa P. Ma. de la Luz. (1997) Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

Ibor J. (1994) DSM IV Breviario Criterios diagnósticos. España: Masson, S.A.

Lang. (1985) Citado por Suinn 1993

Lazarus. (1972) Citado por Suinn 1993

Leserman J. (1997) Severe Stress, Depressive Symptoms, and Changes in Lymphocyte Subsets in Human Immunodeficiency Virus Infected Men. Arch Gen Psychiatry; 54:279-285.

Libman H. (1996) HIV Infection A Primary Care Manual. New York: Library of Congress United States o America

Meluk, S (1991) El Paciente con Enfermedad Crónica Factores Psicológicos. Mexico: Tribuna Médica.

- Melendez. (1987) Tomado de Vera (1999)
- Merson. (1992). Tomado de OMS (1994)
- OMS. (1990) Tomado de OMS (1994)
- OMS. (1994) AIDS Images of the epidemic. Geneva
- Onnis L. (1990) Terapia Familiar de los Trastornos Psicósomáticos.
Barcelona: Paidós
- Papalia D. Wendkos S. (1997) Desarrollo Humano México: Mc Graw Hill.
Sexta Edición.
- Pitts, M. Phillips, K. (1998) The Psychology Health. New York : Editorial
Routledge.
- Richaud, M y Sacchi, C. (1999) Variables Moderadoras del Estrés. Revista
Latinoamericana de Psicología. Volumen 31 No 2.
- Rojas E. (1998) La Ansiedad. España: Vivir Mejor
- Rosenzweig R. Mark, Y Arnold L. Leiman. (1992) Psicología Fisiológica,
México: McGraw Hill, 2da Edición, Pg. 632-636
- Schleifer J. (1996) Immunity in Young Adults with Major Depression Disorder.
Am J Psychiatry 1996; 153: 477-482.
- Selye. (1978) Citado por Suinn 1993.
- Selye. (1956) The stress of life. New York. Mc Graw Hill.
- Selwyn.(1990) Citado por Blanco (1994)
- Seegerstrom S y cols (1998) Optimism is associated with mood, coping and
immune change in response to stress. Journal of personality and social
psychology . Vol 74. No 6, 1646 - 1655
- Spiro. (1959) Citado por Suinn (1993)

Stein, M. (1981) A biopsychosocial approach to immune function and medical disorders”, Psych. Clin. No. Amer.;4:203-221

Santos A, Bernal G., Bonilla J. (1998) Eventos Estresantes de Vida y su Relación con la Sintomatología Depresiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. Volumen 16.

Stokes. (1985) Citado por Suinn 1993.

Suinn R. (1993) Entrenamiento en Manejo de Ansiedad. Barcelona: Biblioteca de Psicología Desclee de Brower.. (pag 30)

Tobal M y Cols. (1994) Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. TEA Ediciones, S.A. Madrid.

Velásquez. G. (1996) Fundamentos en Medicina SIDA Enfoque Integral. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Vera, P. y Buela. G. (1999) Psiconeuroinmunología relación entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 31

Zorrilla E. (1996) Relation of Stressors and Depressive Symptoms to Clinical Progression of Viral Illness. Am J Psychiatry 1996; 153:6262-635.