

Please quote this book chapter as:

Basabe, N., Iraurgi, I., Páez, D. & Insua, P. (1996) Psicoimmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH. En: Basabe, N., Páez, D., Usieto, R., Paicheler, H. & Deschamps, J.-C. (Eds.) **El Desafío Social del sida**. Madrid: Fundamentos. pp. 299-350

PSICOINMUNOLOGÍA, FACTORES PSICOSOCIALES E INFECCIÓN POR VIH¹

NEKANE BASABE, IOSEBA IRAURGI, DARIO PAEZ & PATRICIA INSUA

Este capítulo trata de clarificar los posibles efectos que ejercen los factores psicosociales sobre la función inmune, la progresión de la enfermedad y la salud emocional de las personas afectadas por el VIH. Para ello, se realiza una revisión de las investigaciones sobre el tema.

1.-Psicoimmunología

En los años sesenta, Solomon y Moos (1964) fueron los primeros en referir un nuevo campo de investigación, la psicoimmunología. Estos autores manifestaban la importancia de los lazos entre el sistema nervioso central y el sistema inmune, así como la posibilidad de que los estados psicológicos pudieran influir en la función inmune.

¹-*Este artículo se ha podido realizar gracias a los Proyectos de Investigación UPV-109.231-EA207/94, UPV-109.231-EC196/95 de la Universidad del País Vasco y al proyecto GV-109.231-0007/94 de la Dirección de Política Científica del Gobierno Vasco.*

La psiconeuroinmunología representa un área interdisciplinar que trata de dilucidar la naturaleza de las relaciones entre las características psicológicas (sistema nervioso) y las respuestas físicas (sistema endocrino e inmunológico). En definitiva, trata de comprender cuáles son los papeles que juegan estos sistemas en la susceptibilidad a la enfermedad o en la progresión de la misma. Desde esta perspectiva, diferentes autores (Gorman & Kertzner, 1990; Solomon, Kemeny & Temoshok, 1991) se han planteado la siguiente cuestión: ¿Es posible que factores emocionales como el estrés, la ansiedad y/o la depresión pueden ser capaces de producir cambios neuronales y neuroendocrinos que influyan en la historia natural de la enfermedad?

La hipótesis subyacente implica que diversas variables psicosociales, y en particular el estrés, a través de su acción sobre el sistema neuroendocrino, podrían mediar en una alteración de la función del sistema inmunitario conducente a una baja inmunocompetencia, la cual haría más susceptible al organismo frente a la acción de agentes infecciosos (virus, bacterias y otros tipos de antígenos) contribuyendo, por tanto, a una mayor vulnerabilidad del organismo frente a la enfermedad (Iraurgi & Basabe, 1995).

1.1.-Influencia del estrés en el sistema inmune

La literatura psicoimmunológica ha mostrado que experiencias estresantes, tanto agudas como crónicas, son potenciales elicitadores de inmunodepresión a través de la activación de otros sistemas fisiológicos (Ader, Felten & Cohen, 1991; Valdés & Flores, 1990).

Son numerosas las investigaciones que han examinado la relación entre una función inmune deprimida y la presencia de estrés, bien inducido de forma experimental, bien asociado a situaciones psicosociales (sucesos vitales traumáticos, mayores, menores -daily hassles- y ambientales). El tema ha sido ampliamente estudiado con distintos sujetos, con diferentes estresores y con distintas pautas de inmunización y exposición al estresor, pero los resultados, en algunos casos, llegaban a ser contradictorios.

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

La mayor parte de esta información (38 estudios), y concretamente, aquella que vincula el estrés con el sistema inmune en sujetos humanos, ha sido analizada mediante la técnica de meta-análisis por Herbert y Cohen (1993a). Estos autores consideraron como variable dependiente (función inmunitaria) la respuesta de proliferación linfocitaria a la estimulación con mitógenos² PHA y ConA, y la actividad de las Natural Killer (NK)³. Las categorías de la variable independiente (estrés) fueron las siguientes:

1. Sucesos: eventos de pérdida (duelo), divorcio, cuidado de enfermos, exámenes, desempleo y vivir cerca de Three Mile Island (zona de riesgo reactivo/nuclear)
2. Estrés a largo plazo (con más de un mes de duración): duelo, divorcio, desempleo, etc.
3. Estrés a corto plazo (entre varios días y un mes): exámenes, etc.
4. Estrés interpersonal: duelo, divorcio, cuidado de enfermos
5. Estrés no social: estrés agudo de laboratorio, exámenes, desempleo, vivir cerca de un lugar radiactivo
6. Autoinforme de estrés: sucesos vitales mayores, estrés percibido y presión laboral.

².-La PHA (Fitoheماغlutinina), la ConA (Concanavalina-A) y el PWM (Pokeweed mitogen), son medidas de la función de inmunidad, consideradas como un buen modelo de la habilidad del sistema inmunitario para responder a los agentes infecciosos. Son sustancias mitógenas utilizadas en los test in vitro que pueden inducir de manera específica la proliferación de linfocitos B (responsables de la respuesta humoral, es decir, de la formación de anticuerpos) y/o de los linfocitos T (encargados de la respuesta celular del sistema inmune).

³.-Por su parte, las células asesinas (NK - Natural Killer), son otro de los componentes de la respuesta inmune celular, las cuales pueden destruir antígenos (sustancias consideradas como no propias por el organismo) sin la ayuda del resto del sistema inmune. Las NK forman un sistema de vigilancia antitumoral y parecen ser cruciales en la prevención del crecimiento de tumores cancerígenos y de las metástasis.

Los resultados (véase Tabla 1) evidencian una disminución en la capacidad de inmunocompetencia linfocitaria y de la actividad de las

NK ante el estrés, ya sea éste analizado de forma objetiva o mediante estrategias de autoinforme, de forma aguda o crónica, a corto o a largo plazo, de forma interpersonal o de forma no social (Herbert & Cohen, 1993a). Ahora bien, estos resultados no quieren decir que el estrés cause la infección, sino que es un factor influyente en el curso de la acción de un agente infeccioso. Desde esta perspectiva, prodría plantearse que los trastornos relacionados con la actividad inmunológica (cáncer, SIDA, etc.) podrían explicarse, al menos en parte, por los efectos del estrés.

Tabla 1.-Meta-análisis de la asociación entre el estrés y la función inmune celular.

	Nº Estudios	N	Magnitud del Efecto Medio (r)	Z
PHA				
Estrés Total	10	483	-0.204	4.51***
Sucesos	9	458	-0.192	4.14***
A largo plazo	4	222	-0.247	3.72***
Interpersonal	7	395	-0.201	4.03***
No Social	3	88	-0.280	2.64**
Con A				
Estrés Total	7	443	-0.237	5.04***
Sucesos	7	443	-0.237	5.04***
A largo plazo	3	229	-0.191	2.91**
Interpersonal	6	403	-0.126	2.51*
Actividad NK				
Estrés Total	11	497	-0.245	5.53***
Autoinforme	7	382	-0.231	4.58***
Sucesos	5	190	-0.358	5.17***
A corto plazo	3	149	-0.401	5.07***

Psicoimmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

No Social	4	172	-0.295	3.93***
N = Número de sujetos pertenecientes a cada grupo de estudios				* p<0.05
				** p<0.01
				*** p<0.001

Adaptado de Herbert & Cohen (1993a), pg. 369

Mediante la misma metodología, estos autores (Herbert & Cohen, 1993b) han examinado la relación entre los estados emocionales, concretamente la depresión, y la respuesta inmune (véase Tabla 2). Si bien los resultados no son tan concluyentes como los referidos al estrés, Herbert y Cohen han encontrado que la depresión clínica se asocia con decrementos en la respuesta de proliferación de linfocitos ante los mitógenos PHA y Con A, así como el estado de ánimo depresivo se asocia, principalmente, con una menor actividad de las células NKs; hipotetizándose que las alteraciones de la inmunidad están relacionadas con la severidad de la sintomatología depresiva en ambos tipos de población (clínica y normal) (Herbert & Cohen, 1993b).

Tabla 2.-Meta-análisis de la asociación entre estados depresivos y la función inmune celular.

	Nº Estudios	N	Magnitud del Efecto Medio (r)	Z
Ánimo deprimido				
PHA	3	259	-0,131	2,11*
Con A	3	259	0,068	1,08
Actividad NK	7	386	-0,182	3,58***
Depresión Clínica				
PHA	3	116	-0,166	1,78*
Con A	2	108	-0,272	2,85**
Actividad NK	4	247	-0,103	1,62
N = Número de sujetos pertenecientes a cada grupo de estudios				* p<0,05
				** p<0,01
				*** p<0,001

Adaptado de Herbert y Cohen (1993b), pg. 480

Con todo ello, estaríamos de acuerdo con otros autores al proponer que «la magnitud de la inmunodepresión inducida por el estrés vendría determinada, más que por el acontecimiento estresante en sí mismo, por su impacto emocional (...), el cual depende, en buena medida, de variables cognitivo-conductuales relacionadas con la apreciación y el afrontamiento del estresor» (Borrás, 1994, p. 226). La vivencia del estado de estrés no depende tanto de la presencia de agentes estresores como del impacto y valoración que el sujeto haga de los mismos. Desde esta perspectiva, puede hipotetizarse la existencia de patrones de respuesta endocrino-inmunitaria que van más allá de la mera relación causal patógeno-organismo y que podrían estar mediados o modulados por la acción de recursos personales y sociales. Es decir, se hipotetiza que alguno de estos factores psicosociales (formas de afrontamiento, rasgos de personalidad, soporte social, etc.) tienen una influencia indirecta sobre la respuesta inmune en virtud de sus efectos sobre la experiencia o modulación de la respuesta del estrés, el cual afectaría directamente sobre los sistemas de respuesta neuroendocrinos e inmunológicos (Ader, Felten & Cohen, 1991). Asimismo, se hipotetiza que algunos estados afectivos (la depresión, en particular) pueden estar relacionados con el estrés psicosocial, y que éstos tendrían efectos independientes sobre la función inmune (Weisse, 1992).

Por otra parte, además de que el estrés pueda influir sobre la salud porque altera el estado fisiológico del organismo (mayor frecuencia cardíaca, etc.), la actividad neuroendocrina (liberación de glucocorticoides) y la competencia inmunológica; también puede intervenir de forma indirecta sobre el estado de salud al propiciar comportamientos que afectan a la salud como el fumar, consumir alcohol u otras sustancias tóxicas, uso de medicaciones, insomnio, alimentación inadecuada, etc. (Sandín, 1993). Estos patrones de conducta sociocultural pueden influir en los mecanismos del sistema inmunitario a través de una acción independiente, que podría estar asociada o no con el estrés.

En definitiva, la evidencia recogida por diversos autores (Geiser, 1989; O'Leary, 1990; Borrás, 1992; Iraurgi & Basabe, 1995) muestra que la interacción con el ambiente social, la elaboración cognitiva de la misma y la respuesta conductual correspondiente guardan relación con la forma de respuesta inmune, bien de inmunodepresión, bien de inmunocompetencia.

2.-Proceso y repercusiones de la infección por VIH

Puede parecer banal dar a estas alturas una definición del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), pero aunque es de sobra conocido, no por todos es bien comprendido. El SIDA es un «síndrome», no una enfermedad per se; es una manifestación compleja de diferentes síntomas y enfermedades cuya aparición está asociada a la acción de un tipo de retrovirus denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La aparición y/o desarrollo de enfermedad (SIDA) corresponde a un deterioro del sistema inmune, concretamente de la inmunidad celular, que hace al organismo más vulnerable ante agentes infecciosos que en una situación de normalidad serían rechazados por el organismo impidiendo su efecto nocivo.

La acción del VIH (primoinfección, replicación y acción sobre las células invadidas) en el organismo es un proceso lento que abarca un periodo medio de 7-15 años, desde la infección hasta la sobrevenida de muerte.

Siguiendo a Cadafalch, Domingo & Fuster (1995), se pueden distinguir las siguientes fases en el proceso de infección por VIH/SIDA:

- 1.-*Periodo de incubación y síndrome agudo del VIH.* Comprende el tiempo transcurrido desde que se produce la infección del VIH hasta la primera manifestación clínica; resulta difícil de determinar y puede ir de unas cuantas semanas hasta un máximo de 6 meses. El paciente con infección precoz o aguda puede hallarse sintomático o asintomático.
- 2.-*Periodo de latencia o asintomático.* Va desde la primera evidencia clínica hasta las manifestaciones clínicas avanzadas.

Comprende un lapso de tiempo variable, que se ha estimado entre 4.5 y 15 años, con una media de 7-8 años. Durante esta fase, la actividad replicativa del virus persiste a bajo nivel.

3.-*Curso clínico avanzado de la infección.* Se caracteriza por un incremento de la actividad proliferativa del VIH y, por tanto, de la pérdida progresiva del funcionamiento inmune. En este periodo se distingue entre el Complejo Relacionado con el SIDA -CRS- y el SIDA.

2.1.-Repercusiones en el estado físico. Marcadores biológicos y clínicos de la infección.

El VIH tiene una especial afinidad (tropismo) por las células con Cluster de Diferenciación 4 (CD4), y en especial por los linfocitos T-CD4 colaboradores (T4 o Tc), que son, dentro de la actividad inmune celular, los inductores y/o directores de todo el mecanismo de respuesta inmunitario. El ataque que sufren estas células directoras se expresa en un descenso de la cifra de T4, con variable conservación de los linfocitos supresores (T8 o Ts); resultando de ello un descenso del cociente T4/T8 -ratio que en la función inmune normal suele estar invertida-. Al disminuir los linfocitos T-CD4, la respuesta inmune celular, encargada de combatir y destruir a los agentes infecciosos, se ve afectada no pudiendo actuar con eficacia (Cadafalch et al, 1995). Ello conlleva una mayor susceptibilidad del organismo ante infecciones y/o cánceres.

De este modo, los niveles de células CD4 en sangre periférica respecto a su proporción de cambio a través del tiempo han venido mostrándose como predictores significativos de la evolución hacia el SIDA. Numerosos estudios han mostrado cómo la probabilidad de debutar con SIDA está significativamente incrementada en sujetos seropositivos con contajes de CD4 por debajo de 200/mm³. Una rápida depleción de las células CD4 puede ser un precursor de la aparición del SIDA (Kaplan et al, 1988). Más recientemente, los porcentajes de células CD4 (sobre el total de células) han mostrado ser un mejor predictor que el número absoluto de células CD4 para estimar la evolución hacia SIDA (Taylor, Fahey, Detels & Giorgi,

1989). Un bajo nivel de células CD4 está a menudo asociado a una disminución del tiempo de supervivencia en sujetos con SIDA.

Otras medidas del proceso inmune, en adición a los niveles de células CD4, se han mostrado asociadas a la aparición de enfermedad y con el tiempo de supervivencia subsiguiente a un diagnóstico de SIDA. Defectos en las medidas de la función inmune, como la baja producción de interferón gamma ($INF\gamma$) y la baja proliferación de linfocitos ante mitógenos (PHA, ConA, PWM) pueden ser predictivos de la aparición del SIDA. Otros marcadores de la progresión hacia SIDA incluyen altos niveles en suero de β -2-microglobulina y neopterina, bajos niveles de anticuerpos p17 y p24, y persistencia de antigenemia VIH. Un decremento de respuesta proliferativa ante el mitógeno de la fitolaca (PHA), incremento del número de células DC8 con inmadura activación de sus marcadores, y altos niveles de inmunoglobulina A (IgA) en suero han mostrado asociación con una disminución del tiempo de supervivencia en personas con SIDA-CRS (Fahey et al, 1987).

2.2.-Repercusión en el área emocional y social

Ya hemos visto que el curso de la infección por VIH atraviesa diferentes periodos que por sus implicaciones pueden traer consigo diferentes consecuencias psicológicas-emocionales. Este curso se inicia con el diagnóstico, temprano o tardío, de la infección por el virus. Le sigue la aparición de los primeros síntomas o del diagnóstico de enfermedades oportunistas y su extensión a marcados cambios en el proceso de la enfermedad, con un incremento de síntomas, hasta llegar al afrontamiento de la muerte. Todo ello se ve acompañado de un cambio de vida drástico que implica un incremento de las visitas médicas, cambios en los hábitos de salud y de conducta sexual, pautas de medicación, etc., las cuales contribuyen a incrementar los episodios de estrés. Asimismo, el estigma asociado a la seropositividad se acompaña a menudo de una crítica y discriminación social, con la consiguiente carga ansiogena para la persona infectada por el VIH.

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

Todas estas circunstancias son amenazantes por el dolor asociado a la amenaza vital de la enfermedad, por la incertidumbre respecto a su evolución y al significado y resultado de las pruebas médicas y por el estigma social asociado a la enfermedad. Estas amenazas pueden experimentarse por el sujeto como sentimientos estresantes negativos, pudiendo mostrar un extenso rango de reacciones como negación, sentimientos de control externo, miedo, sentimientos de alienación, aislamiento y generalmente estrés subjetivo (Batchelor, 1984; Nichols, 1983).

Para algunos autores (Nichols, 1985) este estrés se produce en cuatro fases: crisis, estado transicional, estado déficit/aceptación y preparación para la muerte. Durante la crisis inicial se observa un shock emocional, negación y ansiedad; durante el estado transicional, ira, culpabilidad, autocompasión y disminución de la autoestima; el estado deficitario se caracterizaría por la depresión, y en la fase de preparación a la muerte se evidenciaría miedo a la dependencia total. Nichols (1985) observó que durante el estado inicial de crisis, la amenaza de la enfermedad puede conducir a una negación aguda. Si esta negación no lleva al sujeto a desatender los consejos médicos, esta reacción puede ser considerada como apropiada o adaptativa. Durante el estadio transicional, los cambios en la autoestima, en la identidad y en los valores, el alejamiento de la familia y la comunidad y las ideaciones suicidas pueden presentarse. Durante esta fase, los sujetos homosexuales afectados por VIH pueden devaluarse a sí mismos y experimentar sentimientos homofóbicos. También se puede presentar un desplazamiento de la ira, en ocasiones en forma de conductas sexuales continuas o uso de drogas, lo cual incrementaría la probabilidad de reinfección. Durante el estadio de deficiencia, se establece una nueva identidad estable y se aceptan las limitaciones que se imponen por causa de la enfermedad. El sujeto se da cuenta de sus posibilidades para manejar su vida y trata de maximizar su satisfacción. En el estadio final, el sujeto se prepararía para la muerte, con la consiguiente carga emocional que ello conlleva. Si bien este modelo tiene cierta acogida, hay que decir que los modelos de fases no siempre se reproducen en todos los

sujetos; en algunos casos se puede pasar sólo por algunas de ellas, o bien se puede oscilar de una fase a otra (anterior o posterior).

En cualquier caso, el estrés vital asociado a la infección por VIH/SIDA puede ser considerado como un caso especial de estrés; por una parte, tiene un componente crónico, a modo de "espada de Damocles", y por otra, aparece con regularidad incierta en forma aguda cada vez que la persona afectada ha de afrontar situaciones puntuales derivadas de la infección. Y este estrés es relevante en la progresión de la infección porque 1) como hemos visto anteriormente, puede afectar directamente a la función inmune, 2) porque puede motivar respuestas que afectan al curso de la enfermedad (uso de drogas, etc), y 3) porque dadas sus características, puede llegar a producir problemas de adaptación y alteraciones emocionales. Así pues, los estresores psicosociales y las variables emocionales negativas, en combinación con estímulos patógenos pueden estar en la base etiológica del desenlace de la enfermedad. Una posible explicación radica que que ambos tipos de factores psicológicos favorecen la inmunosupresión (Glaser & Kiecolt-Glaser, 1987) y pueden contribuir a la replicación del virus (Kemeny, Weiner, Taylor et al, 1994).

Para concluir, comentar que los trabajos que se han centrado en la valoración de la psicopatología asociada a la infección por VIH (Padierna, 1990; Snyder, Reyner, Schmeidler et al, 1992) coinciden en afirmar que la morbilidad psiquiátrica oscila entre el 30% y el 80% de los afectados, prevaleciendo en primer lugar los trastornos afectivos (33%), los síndromes demenciales (30%) y los trastornos psicóticos (27%) (Baer, 1989). La depresión, junto al riesgo de suicidio y el deterioro cognitivo, serían los principales síntomas psicopatológicos.

3.-Psicoinmunología: implicaciones respecto a la infección por VIH

La infección por VIH, desde la perspectiva psicoinmunológica, implica poner en relación diversos sistemas: el endocrino, el nervioso y el inmunológico. Los factores psicosociales podrían influir en los

procesos inmunológicos en relación a la progresión del VIH por medio de tres vías principales (Kemeny et al, 1994):

- **Hipótesis Neuroendocrina.** La influencia de los factores psicosociales en el curso de la infección por VIH podría ejercerse por las hormonas y neuropéptidos producidos en el curso de los estados disfóricos. Por ejemplo, los niveles de cortisol se elevan con las experiencias estresantes y en relación a ciertas formas de depresión. Además, se ha constatado que un aumento de los niveles de cortisol está asociado a una disminución de los linfocitos circulantes. En el contexto del VIH, el estrés induciría un aumento de los niveles de cortisol y de otras hormonas susceptibles de modificar el número de linfocitos y, en particular los CD4 a nivel periférico, exacerbando así los deterioros inmunológicos debidos al VIH.
- **Hipótesis del Sistema Nervioso Autónomo (SNA).** El sistema nervioso autónomo es extremadamente sensible a la amenaza psicológica y a los cambios en el estado afectivo. Sabemos que el SNA inerva los órganos inmunitarios por la vía noradrenérgica, incidiendo sobre las células T (Ader, Felten & Cohen, 1991). Se ha demostrado que estas fibras nerviosas sintetizan y liberan norepinefrina (noradrenalina); y se sabe que hay adrenoreceptores en los linfocitos que permiten suponer que la actividad de los linfocitos podría alterarse como respuesta al aumento de norepinefrina. Así, un estado de depresión ansiosa (disforia), que activa el SNA, podría inducir la liberación de norepinefrina en los órganos inmunitarios, con la consiguiente alteración de la función de los linfocitos T residentes, lo cual agravaría el deterioro unido al VIH.
- **Hipótesis de la expresión de un virus latente.** Una tercera posibilidad de acción de la angustia sería la expresión de un virus latente. Se ha planteado la hipótesis de que los factores psicosociales podrían influir en la progresión del VIH activando las células T-CD4 infectadas en estado latente. En efecto, la infección de células T-CD4 puede tomar tres formas: a) una infección latente que no incita la expresión viral, b) una

infección crónica con niveles bajos de replicación del VIH, y c) una infección oportunista en la cual tiene lugar una replicación viral. La historia natural del VIH nos muestra que puede estar latente durante un largo periodo en una célula infectada. Una infección transformaría esa célula infectada en estado latente en una célula productiva de virus. Así, la activación inmunitaria, induciendo una replicación viral podría reducir el número de células T-CD4. Como se ha visto previamente, un descenso de CD4 es un poderoso predictor de la evolución de la infección por VIH. La progresión de la infección por VIH podría igualmente acelerarse por las interacciones entre el virus VIH y otros virus (citomegalovirus, virus Epstein-Barr, etc.).

Como plantean Solomon, Kemeny y Temoshok (1991): ¿Están relacionados los acontecimientos vitales estresantes, el estilo de afrontamiento, el soporte social, los estados afectivos, los rasgos de personalidad y/o las influencias socioculturales (factores psicosociales) en el curso de la infección por VIH?. En los siguientes apartados revisaremos las investigaciones que analizan el estado de la cuestión. Para ello, tomaremos como referencia el modelo de la psicología social de la salud.

4.-Psicología Social de la Salud

Desde la perspectiva de la psicología, y más específicamente desde la psicología social de la salud, se plantea que los procesos de salud/enfermedad dependen de las transacciones entre el individuo y su medio. De este modo se entiende que un factor estresante, como lo es el contagio por VIH, va a tener un impacto en la vida de las personas afectadas, por sus consecuencias bio-psico-sociales, por la evaluación que el sujeto realiza del suceso estresante y por los modos de adaptación ante las nuevas situaciones a las que la persona ha de enfrentarse.

Más concretamente y refiriéndonos a la infección por VIH nos interesa analizar los factores que influye sobre el *pronóstico* de la infección, una vez contraída ésta. Nuestra cuestión es pues, ¿de qué factores psicosociales depende la evolución de la infección por VIH, las diferencias en supervivencia de los enfermos de Sida, la calidad

de vida de los infectados o de los enfermos de Sida?. Por ello, podemos considerar dos variables o dimensiones *criterio*: 1º evolución de la infección por VIH y 2º calidad de vida y salud emocional. Para analizar estos factores diferenciamos los factores predictores, los factores moderadores y los factores criterio. Realizaremos una revisión y evaluación de los resultados de los estudios psicosociales recientes publicados sobre el tema, apoyándonos en la revisión realizada por Bidan (1995) para la ANRS y en la nuestra propia.

4.1.-Criterios: biológico y emocional

4.1.1.-Criterios biológicos

Como criterios biológicos suelen emplearse los parámetros inmunológicos, los clínicos, o la duración en la supervivencia de los pacientes (véase apartados anteriores sobre fases del proceso de la infección por VIH y marcadores biológicos y clínicos de la infección).

4.1.2.-Criterios emocionales y calidad de vida

Como ya se ha expuesto anteriormente la infección por VIH tiene repercusiones emocionales importantes en los sujetos afectados y en su entorno. Como sucede con otro tipo de sucesos estresantes, las manifestaciones más comunes son los síntomas de ansiedad y depresión. En general, suelen emplearse cuestionarios de ansiedad y depresión (como la escala de Hamilton o la de Beck para la depresión, o la escala de ansiedad-rasgo de Spielberger o la escala HSCL -Hopkins Symptom Checklist- para ansiedad somática). Otro instrumento bastante empleado en el caso del VIH es el POMS - Profile Mood States-, que recoge una gran variedad de estados de humor (depresión, ansiedad, cólera, fatiga, confusión).

Otro criterio más global para valorar el ajuste ante las enfermedades es la evaluación de la calidad de vida. Cada vez son más los estudios que emplean este criterio, ahora bien existe demasiada confusión entre las dimensiones que se contemplan dentro esta variable, de manera que se incluyen dentro de este constructo tanto los factores que afectan a la salud como la evaluación de la

propia salud. En cualquier caso se puede considerar que existe cierto consenso sobre que la calidad de vida es un concepto multidimensional, en el que se deben evaluar los síntomas físicos y el funcionamiento físico, psicológico y social, y en que su medición debe basarse en las auto-evaluaciones de los afectados. Entre los instrumentos específicos a la infección por VIH, que se han desarrollado para medir la calidad de vida podemos citar los siguientes⁴.

El MOS-HIV (Medical Outcomes Study-HIV, versión de 30 items de Wu et al., 1991) incluye valoraciones globales de salud y calidad de vida, dolor, síntomas psicológicos, funcionamiento cognitivo y limitaciones en el funcionamiento físico, tareas cotidianas y sociales. En el anexo puede consultarse la versión de 30 items (Wu et al., 1991). Las diversas versiones del MOS (Wu et al., 1991; Watchel et al., 1992; Burgess et al., 1993) han sido fiabilizadas y validadas con sujetos HIV+ asintomáticos, sintomáticos y enfermos de sida, mostrando que la salud física se asociaba al número de CD4 y otras medidas de progresión de la enfermedad.

En general, estos instrumentos sirven para discriminar a los pacientes según los distintos estadios de la infección por VIH, mostrando cómo la sintomatología asociada al curso de la infección afecta a la calidad de vida de los afectados. Sin embargo, el empleo de escalas de calidad de vida no se encuentra todavía muy difundido, por lo que la mayoría de los estudios han empleado fundamentalmente bien criterios sobre el estado emocional y/o mediciones inmunológicas (Bidan, 1995).

4.2.-Factores Predictores

Dentro de estos factores se incluyen las características del sujeto, formadas por los antecedentes sociobiográficos y los psicológicos, y las características situacionales. Se les denomina

⁴-Para una revisión actualizada y exhaustiva de las escalas de síntomas y de calidad de vida aplicadas a diversas enfermedades y a la infección por HIV puede consultarse la obra de Ann Bowling (1995).

predictores en el sentido en que constituyen antecedentes de la adaptación al curso de la enfermedad. Dentro de los antecedentes sociobiográficos se consideran las diferencias en función de la edad, el sexo, la vía de contagio o el status socioeconómico en la supervivencia o la calidad de vida. Desde el punto de vista social, las diferencias más notables se sitúan en función del estilo de vida, especialmente en los consumidores de drogas. En cualquier caso, aquí nos interesa destacar el papel de las variables psicológicas y sociales, que se relacionan con los factores moderadores, y no tanto el papel de los estilos de vida.

4.2.1.-Antecedentes psicológicos

Dentro de la literatura psicológica se ha postulado que determinados rasgos (estables) de personalidad podrían predecir la adaptación ante la infección por HIV. Lo cierto es que son pocos los estudios que han analizado estas variables en el caso del VIH. Dentro de estas variables se incluyen los rasgos "inmunógenos" y los rasgos "patógenos".

4.2.1.1.-Rasgos "inmunógenos"

Se entiende por rasgos inmunógenos aquellos que favorecen la adaptación a la enfermedad o que frenan la evolución de la infección. Dentro de ellos están:

- *El optimismo*: es una orientación o tendencia a destacar y atender a los aspectos positivos de la vida o, por el contrario a las negativas.
- *La resistencia o dureza* ("hardiness"), se compone de 3 dimensiones: el compromiso (implicarse en las situaciones de la vida en vez de estar alienados), el desafío (percibir las situaciones como oportunidades para crecer más que para conseguir la estabilidad), y el control percibido (creer que se pueden influir el curso de las situaciones) (Kobasa, 1982).
- *La auto-estima*, se refiere al sentimiento de aprobación o desaprobación sobre uno mismo.

En un estudio longitudinal, dirigido por Temoshok y realizado entre 1983 y 1988, (in Solomon, Temoshok et al., 1987), con

hombres con SIDA y ARC, se compararon diversas medidas de autoinforme obtenidas 2-8 semanas después del diagnóstico de SIDA-PCP para hombres que murieron (n=10) y otros que seguían con vida (n=11), éstos últimos presentaban mayores puntuaciones ($p < 0.05$) que el otro grupo en la dimensión de control de la escala de resistencia de Kobasa. No obstante, los autores ya advertían que este resultado debía ser tomado con cuidado por diversas limitaciones metodológicas del estudio.

Tabla 3.-Influencia de algunos rasgos de personalidad inmunógenos

Autores Población	Rasgos de Personalidad	Resultados
Blaney et al. 1991 N = 67 homosexuales asintomáticos	Resistencia: Hardiness scale (Kobasa, 1979) Estudio longitudinal	La resistencia no predice la angustia emocional
Taylor et al. 1992 N = 550 hombres homo y bisexuales * 238 sero+ * 312 sero- (no ARC, SIDA)	Optimismo: LOT - Life Orientation Test (Scheier & Carver, 1985) Optimismo específico a sida Estudio transversal Controlado edad y status marital	Puntuaciones de optimismo específico a sida significativamente mayor en sujetos VIH+ que en VIH- No diferencias en optimismo disposicional
Nicholas et al. 1993 N = 46 pacientes masculinos sero+ * 27 asintomáticos * 4 sintomáticos * 15 enfermos SIDA	Resistencia: HRHS - Health-Related Hardiness Scale (Pollock, 1986) Estudio transversal	No correlaciones significativas entre nº de CD4 y resistencia
Bertini et al. 1994 N = 201 suj. sero+	Resistencia: Hardiness scale (Kobasa, 1979)	Relación positiva: resistencia y evolución

* 139 hombres * 62 mujeres * varias formas de contagio	Estudio longitudinal	infección (no paso a estadio sintomático) pero sólo en sujetos con nivel inicial bajo de CD4
--	----------------------	---

Fuente: Bidan (1995, p. 31)

En la Tabla 3 se presentan 4 estudios que contemplan las variables anteriores en el caso de la infección por VIH. Como puede verse los datos no son muy concluyentes, sólo el estudio de Bertini et al. (1994) establece una relación entre nº de linfocitos CD4 y mayor resistencia con un diseño longitudinal.

Tabla 4.-Influencia de algunos rasgos de personalidad patógenos

Autores y Población	Rasgos de Personalidad	Resultados
Nott et al. 1992 N = 28 homosexuales masculinos sero+ asintomáticos en 1986 Evolución de la infección en 1990 - 14 asintomáticos - 14 ARC/sida Prospectivo y longitudinal (seguimiento 4 años)	Ansiedad-rasgo: STAI Inventario de ansiedad-rasgo de Spielberger (1983) Resistencia: Hardiness scale (Kobasa, 1979)	No diferencias entre los dos grupos con excepción de ansiedad-rasgo ligeramente significativa: más elevada en sujetos con progreso (paso a estadio siguiente)

Fuente: Bidan (1995, p. 32)

4.2.1.2.-Rasgos "patógenos"

Los rasgos patógenos se refieren a las características personales que se asociarían a una peor evolución de la infección. Entre estos se ha estudiado, la ansiedad-rasgo (tendencia a percibir las situaciones aversivas como amenazantes y a reaccionar frente a ellas con elevada

ansiedad y activación fisiológica). Respecto a esta variable, Nott et al. (1992) (véase Tabla 4) encuentran mayor ansiedad-rasgo en los sujetos que han evolucionado hacia estadios posteriores (ARC/SIDA).

4.2.1.3.-Antecedentes psicopatológicos

La sintomatología emocional está asociada a los antecedentes psicopatológicos, de manera que, entre los sujetos infectados por VIH, éstas son más frecuentes en los sujetos con depresiones clínicas o con intentos de suicidio (Badin, 1995). Por otro lado, no se han encontrado diferencias en los antecedentes psiquiátricos en función del status serológicos (sujetos VIH+ o VIH-) y de la forma de contagio (vía sexual homo o heterosexual), salvo en el caso de sujetos toxicómanos serpositivos que presentan mayores tentativas anteriores de suicidio (Gala et al., 1993).

4.2.2.-Factores situacionales

Dentro de las características externas de la situación pueden considerarse, por un lado, los sucesos de vida estresantes y los sucesos relativos a la infección, y, por otro, las redes sociales en las que el sujeto se haya inmerso (o soporte social objetivo).

4.2.2.1.-Sucesos de vida estresantes

En general, los estudios realizados analizan la relación entre el número de sucesos vitales (por medio de diversas escalas entre las cuales la más empleada es "Life Experiences Survey" de Saranson) y medidas inmunológicas o emocionales. Asimismo, otros estudios analizan específicamente el impacto del "SIDA" en las comunidades gay, esto es, el nº de amigos, conocidos y parejas afectados por la infección (véase tabla 5). Como ya se ha constatado la relación entre aparición de sucesos vitales y nivel de salud es mas bien baja, siendo mucho más fundamental la valoración que las personas realizan de los sucesos que les ocurren.

Tabla 5.-Sucesos de vida y medidas inmunológicas y clínicas

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

Autores, Población y Tipo de estudio	Método de Evaluación	Resultados
<p>Kessler et al. 1991 N = 1011 homosexuales masculinos (asintomáticos a lo largo del estudio)</p> <p>Estudio prospectivo</p>	<p>Nº amigos y conocidos que han recibido un diagnóstico de sida o muertos por sida en los 6 últimos meses</p> <p>Lista de 24 sucesos de vida "muy estresantes" (ej: pérdida de empleo, muerte de un pariente)</p>	<p>No relación entre sucesos de vida estresantes y descenso del % de CD4 de al menos 25% entre dos evaluaciones (6 meses intervalo) y la aparición de muguet o fiebre de una duración de al menos 2 semanas en este periodo</p>
<p>Rabkin et al. 1991 N = 124 homosexuales masculinos asintomáticos y sintomáticos</p> <p>Est. transversal y longitudinal</p>	<p>Medida del nº de sucesos en los últimos 6 meses (Dohrenwend et al, 1987)</p>	<p>No relación entre sucesos de vida estresantes (Tiempo 1) y nº de CD4 y CD8 (Tiempo 2)</p>
<p>Perry et al. 1992 N = 221 adultos sero+ * 93% hombres * 7% mujeres sin diagnóstico de sida</p> <p>Estudio prospectivo</p>	<p>Escala PLES - PERI (Psychiatric Epidemiological Research Interview - Life events Scale) de Dohrenwend et al., 1978</p> <p>Nº total de sucesos</p>	<p>No relación entre sucesos de vida y nº de CD4 y CD8 al comienzo del estudio, 6 y 12 meses después (muestra de homosexuales y toxicómanos, no controlado)</p>
<p>Goodkin et al. 1992a N = 11 homosexuales masculinos asintomáticos</p> <p>Estudio transversal</p>	<p>The Life Experiences Survey (LES) de Saranson et al. (1978)</p>	<p>Puntuaciones sucesos de vida mayores correlaciona negativamente con el nº de T CD4 (-0,57, S p<0,10) y con el nº total de linfocitos (-0,72, S p<0,02)</p>
<p>Goodkin et al. 1992c N = 90 homosexuales masculinos</p>	<p>The Life Experiences Survey (LES) de Saranson et al. (1978)</p>	<p>Sucesos de vida negativos son predictores del nº de síntomas físicos 6 meses</p>

304 / El desafío social del SIDA

masculinos * 68 sintomáticos * 22 asintomáticos Estudio longitudinal	Saranson et al. (1978)	después Más sucesos negativos predicen más síntomas 6 meses después
Kemeny et al. 1994 N = 90 homosexuales masculinos sero+ y sero- * 45 en duelo recientemente * 45 no enlutados Estudio transversal	4 grupos según estatus serológico y duelos	No diferencias entre sujetos fuertemente "enlutados" el año anterior y sujetos no enlutados sero+ en las medidas inmunológicas , independientemente de su estatus serológico

Fuente: Bidan (1995, pp. 34-35)

Como puede verse, sólo los estudios de Goodkin et al (1992a, 1992c) encuentran relación entre nº de sucesos respuesta inmunitaria y síntomas físicos posteriores, además el tamaño muestral de estos estudios es muy bajo.

Tabla 6.-Sucesos de vida y malestar emocional

Autores, Población y Tipo de estudio	Método de Evaluación	Resultados
Dew et al. 1990 N = 75 hombres hemofílicos * 31 sero+ * 44 sero- Retrospectivo	Peri Life Events Scale (Dohrenwend et al., 1978) Síntomas psiquiátricos (SCL-90)	Sucesos de vida estresantes recientes (6 meses últimos) favorecen una mayor vulnerabilidad a la angustia después de infección por VIH
Blaney et al. 1991 N = 67 homosexuales asintomáticos	Life Experiences Survey (LES) Angustia emocional (POMS)	Relación significativa y negativa entre sucesos de vida y angustia psicológica en estado asintomático

Transversal		
Van Servellen et al. 1993 N = 30 hombres homo y bisexuales diagnóstico de sida (CDC grupo IV) Transversal	Life Experiences Survey (LES), 6 y 7 últimos meses (Saranson et al., 1987) Dos medidas de angustia emocional: . desesperanza (hopelessness) . depression (CES-D)	Sólo depresión relacionada significativamente a los sucesos de vida estresantes (r=0.42)

Fuente: Bidan (1995, p. 36)

Por otro lado, los estudios sobre sucesos estresantes y malestar emocional (Tabla 6) muestran una relación más clara, como es habitual la relación entre sucesos estresantes y salud mental es más consistente y mayor que la que suele encontrarse para el estado físico. Si bien es cierto que los estudios recogidos referentes al malestar emocional son estudios transversales.

4.2.2.2.-Sucesos: anuncio de la seropositividad y gravedad de la infección

Una de las fuentes principales de estrés a las que tienen que hacer frente las personas infectadas por VIH es, primero, la noticia de su infección, y, posteriormente, la angustia ante las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Diversos estudios han puesto de manifiesto el impacto de estos sucesos en la salud de los sujetos infectados. Por ejemplo, Ironson et al. (1994) mostraron que una mayor angustia en el momento del diagnóstico predecía una progresión más rápida de la enfermedad. Asimismo, estos mismos autores (Ironson et al., 1990) habían encontrado que entre 46 personas seropositivas se había producido una reducción significativa de la citotoxicidad de las NK 72 horas antes y dos semanas después del anuncio de estatus serológico.

En los primeros momentos de la infección, cuando todavía no aparecen síntomas, los sujetos seropositivos suelen presentar niveles de ansiedad y depresión similares a los de la población general

(Bidan, 1995). Pero a medida que progresa la infección el malestar emocional aumenta. Diversos estudios han mostrado que los hombres enfermos de Sida estaban más deprimidos y ansiosos que los seropositivos asintomáticos (Folkman et al., 1993) o que la calidad de vida de los pacientes desciende con la aparición de síntomas, especialmente a partir de 4 o más síntomas (Watchel et al., 1992).

4.2.2.3.-Redes sociales y soporte objetivo

Otro aspecto a tener en cuenta es el medio en el que se sitúa el sujeto, es decir, su red de apoyos y relaciones sociales. Contemplamos aquí el aspecto objetivo o la inserción en redes sociales, que como se ha mostrado en otros estudios de salud tiene una importancia menor para la salud comparada con la percepción y evaluación de la inserción en redes sociales (soporte social objetivo). Revisando los estudios en este campo, se encuentra 4 estudios recientes (véase tabla 7), de ellos el único estudio longitudinal (Blaney et al. 1991) no encuentra relaciones entre medidas de integración social y el malestar emocional. Por el contrario, el estudio transversal de Fleishman et al. (1994), con 736 enfermos de sida, muestra una asociación entre ambas variables. Por otro lado, aunque se trata de una muestra pequeña (n=47), Persson et al. (1991) encontraban relación entre una escasa red de soporte social y niveles menores de linfocitos CD4.

Tabla 7.-Soporte social real, angustia emocional y evolución de la infección

Autores y Población	Métodos de Evaluación	Resultados
Persson et al. 1991 N = 47 homosexuales masculinos asintomáticos	Número de personas disponibles Transversal	Relación positiva y significativa entre una baja red de soporte social y niveles bajos de linfocitos CD4
Durrance et al. 1992 N = 61 hombres homo y bisexuales	Dos medidas de soporte social recibido (estructura, densidad): n° de personas íntimas	No diferencias significativas según estadio de infección, status sero y otras poblaciones: artritis rumatoide v población

<p>* 17 sero- * 29 sero+asintomáticos * 15 sero+ sintomáticos</p>	<p>disponibles otras personas disponibles (ISSI) Transversal</p>	<p>general. S.sintomáticos: no relación soporte social disponible y bienestar psicológico S.asintomáticos: mayor n° de contactos disponibles mayor ansiedad-estado.</p>
<p>Blaney et al. 1993 N = 520 homosexuales masculinos de riesgo: 33,9 a 35,8% sero+ (no sida) en cada visita o control</p>	<p>Integración social objetiva (3 medidas temporales) Transversal y Longitudinal</p>	<p>No Relación entre integración social objetiva y angustia global o la depresión en las medidas repetidas temporales</p>
<p>Fleishman et al. 1994 N = 736 personas heterogéneas con diagnóstico de sida</p>	<p>N° de miembros familiares en los que confiar y hablar de sus sentimientos y problemas personales N° de amigos íntimos Transversal</p>	<p>N° de amigos mayor relación (negativa) con la angustia que el n° de familiares</p>

Fuente: Bidan (1995, p. 40)

4.3.-Factores Moderadores

Un conjunto de variables denominadas "moderadoras" resaltan el papel de las cogniciones, emociones y conductas elaboradas por las personas para hacer frente a las situaciones estresantes. Ante una situación potencialmente estresante las personas evaluamos los sucesos (*evaluación primaria*) y desarrollamos una amplia gama de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales (lo que se ha denominado como *formas de afrontamiento*), asimismo la percepción del contexto como la percepción del soporte social puede ayudarnos a afrontar las situaciones difíciles.

4.3.1.-Estrés percibido

Esta variable se refiere a cómo se perciben los sucesos, de manera que una misma situación puede evaluarse como amenazante o, por el contrario, puede verse como un desafío con posibilidades de obtener de ella algún beneficio.

Así como existen diversos estudios sobre la relación entre la aparición de sucesos potencialmente estresantes y la adaptación ante la infección por VIH, apenas hay estudios que tengan en cuenta el "estrés percibido" (Bidan, 1995). Entre las pocas escalas validadas de esta variable cabe destacar la escala de Cohen et al. (1983) PSS (Perceived Stress Scale), cuyo contenido se adjunta en el anexo.

4.3.2.-Control percibido

La capacidad percibida de control del medio es una de las variables que ha demostrado su capacidad predictiva en las conductas preventivas y de salud. Sin embargo, son pocos los estudios sobre la infección por VIH que contemplen esta variable como predictora del curso de la infección. Ya se ha mencionado anteriormente el estudio precursor de Temoshok (in Solomon, Temoshok et al., 1987) que encontraba una relación entre mayor supervivencia y mayor percepción de control.

En el estudio prospectivo de Folkman et al. (1993) (con 425 hombres homosexuales sero+ y sero- seguimiento 1 año), el control percibido se medía con un ítem en el que se preguntaba en qué medida habían tenido control sobre el aspecto más estresante de su vida, y el estrés consistía en una medida global del grado de estrés percibido para 9 áreas de la vida cotidiana. Por medio de un path análisis mostraron el rol moderador del control percibido en la relación entre estrés-síntomas depresivos (atenuando la importancia de los síntomas depresivos).

4.3.3.-Soporte social percibido

El potencial rol beneficioso de la integración social en la salud viene determinado por los posibles beneficios percibidos que la persona obtendría de su inserción en redes sociales. Se diferencian tres niveles de soporte social: emocional, instrumental y cognitivo. En general, se postula que el soporte social percibido puede

ayudarnos a afrontar mejor las situaciones difíciles y a mantener nuestra salud. En este sentido el soporte social puede considerarse como una forma de asistencia al afrontamiento. Efectivamente, algunos estudios han encontrado que las personas con mayor soporte emplean más tácticas activas de resolución de problemas, buscan más información y redefinen más las situaciones positivamente (Moos, 1988).

Respecto a la infección por VIH, Leserman et al. (1992) han encontrado que la mayor satisfacción con el soporte social y la participación en grupos comunitarios de apoyo al SIDA se asocia a un afrontamiento más saludable: más crecimiento personal, menos indefensión, más espíritu de lucha.

Por otro lado, revelar la sepositividad puede ser una forma de obtener apoyo social para afrontar la amenaza del SIDA, pero también puede conllevar consecuencias negativas por la estigmatización, las actitudes negativas o los conflictos que puede suscitar su revelación. En 53 entrevistas en profundidad con homosexuales afectados de SIDA (Remien et al., 1992) un tercio de los enfermos manifestaban que una de las cosas más duras que tuvieron que afrontar fue comunicárselo a sus padres. En este sentido, los factores que se encontraron que estaban más relacionados con la satisfacción con el soporte social, en un colectivo de homosexuales, fue la aceptación de la homosexualidad y el poder hablar del SIDA con su familia (Turner et al., 1993).

Veamos qué resultados se obtienen de los estudios recientes que han analizado la relación entre soporte social percibido, malestar emocional y evolución de la infección por VIH.

Tabla 8.- Soporte social percibido y ajuste emocional

Autores y Población	Método de Evaluación	Resultados
Kurdek et al. 1990 N = 48 homosexuales masculinos 27 sero+ asintomáticos 21 sero+ sintomáticos Transversal	SSQ de Saranson et al. (1983) (versión breve)	Insatisfacción con soporte social asociado a mayor malestar psicológico (suma de ansiedad social, depresión, ansiedad y hostilidad)
Blaney et al. 1991 N = 67 homosexuales masculinos asintomáticos Retrospectivo	The Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987)	El soporte social (disponibilidad y satisfacción) es un predictor significativo del bienestar psicológico en la fase asintomática de la infección.
Hays et al. 1992 N = 508 hombres homo y bisexuales Prospectivo	Adaptación cuestionario de soporte social de Saranson et al. (1983)	La satisfacción con los 3 tipos de soporte: emocional, material e informativa se correlaciona inversamente con la depresión actual y 1 año más tarde
Van Servellen et al 1993 N = 30 hombres homo y bisexuales con diagnóstico de sida Prospectivo	SSQ de Saranson et al. (1983)	Relación negativa y significativa entre satisfacción con soporte social percibido y depresión y no entre disponibilidad percibida y depresión
Lackner et al. 1993 N = 520 homosexuales masculino de riesgo Prospectivo	Escalas creadas al efecto	Bajos niveles de integración subjetiva, de satisfacción con soporte disponible y niveles altos de relaciones sociales conflictivas se asocian significativamente a un aumento de la angustia global y de la depresión
Grummon et al. 1994	Soporte social percibido	Correlación positiva y significativa

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

N = 27 hombres toxicómanos diagnóstico de sida Transversal	- familiar (PSS-Fa) - amigos (PSS-Fr) Perceived Social Support (Procidano & Heller, 1983)	entre soporte social percibido familiar y ajuste psicológico. No correlación entre niveles de soporte social de amigos y bienestar psicológico.
---	---	--

Fuente: Bidan (1995, p. 48); Kurdek et al. 1990

Tanto los 3 estudios longitudinales como los 3 transversales citados encuentran relación entre mejor salud emocional y mayor soporte social percibido (véase tabla 8). La satisfacción con el soporte social se relaciona con el bienestar emocional, el soporte percibido emocional, material e informacional es un predictor de la depresión, el nivel de conflicto en las redes sociales predice una mayor angustia y depresión.

Por otro lado, la relación entre soporte social percibido y evolución de la infección por VIH es poco consistente, de los 5 estudios recogidos sólo dos de ellos muestran alguna relación en sujetos seropositivos (véase tabla 9).

Persson et al (1991) muestran un relación positiva entre mayor nº de CD4 y mayor soporte, y Straits-Tröster et al. (1994) encuentran menor nº de CD4 en los hombres más solitarios (con una medida de soledad).

Tabla 9.-Soporte social percibido y evolución de la infección por VIH

Autores y Población	Método de Evaluación	Resultados
Persson et al. 1991 N = 47 homosexuales masculinos sero+ asintomáticos Transversal	Interpersonal Support Evaluation List (ISEL; Cohen et al., 1985)	Relación positiva y significativa entre más soporte social percibido y mayor nº de CD4

304 / El desafío social del SIDA

<p>Lamping et al. 1992 N = 73 sero+ heterogéneos (tox, hetero, homo) * 18 asintomáticos * 36 sintomáticos * 19 sida Transversal</p>	<p>Interpersonal Support Evaluation List (ISEL; Cohen et al., 1985)</p>	<p>No relación entre medidas de soporte social percibido y sintomatología o n° de CD4</p>
<p>Nicholas et al. 1993 N = 46 pacientes masculinos sero+ * 27 asintomáticos * 4 sintomáticos * 15 con sida Transversal</p>	<p>The Personal Resource Questionnaire (PRO85): la 2ª parte evalúa el soporte social percibido</p>	<p>No correlación entre soporte social percibido y n° de CD4.</p>
<p>Sahs et al. 1994 N = 120 homosexuales masculinos * 46 sero- * 27 sero+ asint. * 47 sero+ sintomáticos Longitudinal (3 años)</p>	<p>Social Support Scale, adaptada de Wortman, 1987: conflicto social, soporte emocional y material</p>	<p>No relación entre soporte percibido y n° de NK.</p>
<p>Straits-Tröster et al. 1994 N = 108 hombres homo y heterosexuales * 88 sero+ - grupos II, III y IVC2 - IVA, IVCI, IVD, IVE * 20 sero- Longitudinal (6 meses)</p>	<p>Sentimiento percibido de soledad: UCLA Loneliness Scale (ULCS-8; Hays & DiMatteo, 1987) Competencia para comunicar: Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ: Buhrmester et al., 1988)</p>	<p>Correlación negativa entre soledad percibida y competencia social en sujetos sero+. Los hombres más solitarios sero+ tenían significativamente menor n° de CD4 que los hombres menos solitarios (relación independiente del estadio de la infección)</p>

Fuente: Bidan (1995, p. 49); Sahs et al., 1994

4.3.4.-Estrategias de afrontamiento

Podemos definir las formas de afrontamiento como todas las estrategias cognitivas, emocionales y conductuales dirigidas a dominar, reducir o tolerar las demandas externas e internas que amenazan o superan los recursos del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986). Las clasificaciones más globales de las formas de afrontamiento diferencian entre formas evitantes (p.e. no pensar o fantasear) versus activas (p.e. buscar apoyo instrumental) y formas centradas en las emociones (p.e. ocultar o suprimir sentimientos) o en el problema (p.e. desarrollar un plan de acción).

Respecto a la relación entre afrontamiento y malestar emocional en personas afectadas por el VIH (véase tabla 10), tenemos 5 estudios longitudinales en los cuales, las formas activas predicen un mayor optimismo (Taylor et al., 1992), el control y la implicación (Folkman et al., 1993) y la aceptación y evaluación positiva una menor depresión (Fleishman et al., 1994), por el contrario, la evitación predice mayor malestar emocional en dos estudios (Reed et al., 1990; Fleishman et al., 1994) y el distanciamiento una mayor depresión (Folkman et al., 1993). Por el contrario, un estudio no encuentra relación entre vigilancia, denegación, participación colectiva, religiosidad sobre la depresión o el malestar global (Lackner et al., 1993). En cuanto a los 7 estudios transversales encontramos que un mejor bienestar se asocia a las formas de afrontamiento: activas (2 estudios: Namir et al. 1987; Wolf et al., 1991); al espíritu combativo y el desarrollo personal (en 1 estudio: Leserman et al., 1992); y a la búsqueda de soporte (1 estudio: Grummon et al., 1994). Por el contrario el malestar emocional se asocia a la evitación en 4 estudios (Namir et al. 1987, Kurdek et al. 1990, Nicholson et al. 1990, Wolf et al., 1991); la impotencia (1 estudio: Leserman et al. 1992); la minimización (1 estudio: Commerford et al. 1994); y a la autoacusación, la denegación y el pensamiento mágico (1 estudio: Commerford et al., 1994).

Resumiendo podemos ver que los resultados más consistentes se refieren a los efectos positivos emocionales del afrontamiento activo (1 estudio longitudinal y 3 transversales) y a los efectos negativos de la evitación (2 estudios longitudinales y 4 transversales). Además, otras formas positivas serían la implicación, la aceptación, la reevaluación positiva, el espíritu combativo y el desarrollo personal y la búsqueda de soporte social; y las formas negativas el distanciamiento, la impotencia, la autoacusación-denegación-pensamiento mágico y la minimización. Por último, habría destacar que el estudio prospectivo de Lackner et al. (1993) no encuentra relación para las formas: vigilancia, denegación, participación colectiva y religiosidad.

Tabla 10.-Estrategias de afrontamiento y malestar emocional

Autores, Población y Tipo de Estudio	Método de Evaluación	Resultados
Namir et al. 1987 N = 105 hombres homosexuales * 52 sintomáticos * 53 sero- Transversal	Inventario de 47 ítems adaptado de la escala de Lazarus & Folkman de 1984 (WCCL)	Relación negativa entre afrontamiento comportamentales-activas y depresión y relación positiva con autoestima. Afrontamientos evitantes asociadas a mayores síntomas depresivos y a una autoestima más baja
Kurdek et al. 1990 N = 48 homosexuales masculinos sero+ * 27 asintomáticos * 21 sintomáticos Transversal	A. Factorial con Escala de WOCS (Folkman et al., 1986) & Impact Event Scale (Zilberg et al. 1982): 3 dimensiones	Mayor malestar psicológico más uso de Evitación (no relación con Control y Distanciamiento). Alta ansiedad asociada a mayor Evitación y menor Distanciamiento.
Nicholson et al. 1990 N = 89 hombres homosexuales.	Escala de WOCS (Folkman et al., 1986)	Relación positiva entre afrontamiento evitante y peor estado afectivo.

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

diversos diagnósticos salvo sida Transversal		No relación entre afrontamiento vigilante comportamental activo y estado afectivo
Reed et al. 1990 N = 24 homosexuales enfermos de sida Transversal y	Escala de WOCS (Folkman et al., 1986)	Relación negativa entre comportamientos de huida y evitación y ajuste emocional; al inicio y ocho meses después. Relación positiva entre afrontamiento activo y ajuste emocional.
Wolf et al. 1991 N = 29 hombres homosexuales * 14 asintomáticos * 15 sintomáticos (13 sida, 2 crs) Transversal	Inventario afrontamiento: 47 items de Namir et al. (1987) adaptado del WCCL	Afrontamiento conductual activo (ej: buscar a un amigo para pedirle consejo) asociado a una mejora del ánimo. Afrontamiento evitante (ej: evitar pensar en la infección por VIH, beber más de lo habitual) asociado a mayor perturbación del ánimo general y a un menor vigor.
Dew et al. 1990 N = 75 hemofílicos * 31 sero+ * 44 sero- Transversal	The Coping Check List (Billing & Moos, 1984)	Suceso estresante= hemorragia reciente No asociación significativa ni entre afrontar centrado en el problema y malestar psicológico ni entre afrontar con evitación y malestar psicológico.
Leserman et al. 1992 N = 52 hombres homosexuales asintomáticos N = 53 grupo control homosexual sero- Transversal	Modificación del COPE (Carver et al. 1989) 5 de las 14 escalas, más 2 escalas de espíritu combativo y afrontamiento impotente (Greer & Watson, 1987)	Afrontamiento ante amenaza del sida: más afrontamiento impotente, menos espíritu combativo y menos desarrollo personal asociados a mayor malestar emocional (disforia y depresión) y a menor autoestima.

304 / El desafío social del SIDA

<p>Taylor et al. 1992 N = 550 hombres homo y bisexuales * 238 sero+ no sida * 312 sero- Longitudinal (6 meses de intervalo)</p>	<p>The Ways of Coping Scale (Folkman & Lazarus, 1980) Estrategias ante amenaza del sida</p>	<p>Relación positiva entre optimismo ante el sida, control percibido elevado y afrontamiento activo en sujetos sero+ únicamente.</p>
<p>Folkman et al. 1993 N = 425 hombres homosexuales sero+ y sero- Longitudinal</p>	<p>Versión de 19 ítems de Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1988): respecto a aspecto más estresante del último mes</p>	<p>El distanciamiento acentúa la relación estrés-síntomas depresivos. El control e implicación disminuyen la relación estrés-síntomas.</p>
<p>Lackner et al. 1993 N = 520 hombres homosexuales sero+ (entre 35 y 37%) y sero- con medidas repetidas Prospectivo (seguimiento 2 años)</p>	<p>Inventario creado al efecto formas de afrontamiento ante crisis del sida a partir de escalas existentes</p>	<p>4 formas de afrontamiento: - vigilancia respecto a la salud - denegación/fatalismo - participación colectiva - religiosidad No efecto de las 4 estrategias ni en malestar global ni en depresión 6 meses después ni posteriormente (3 medidas)</p>
<p>Grummon et al. 1994 N = 27 hombres toxicómanos enfermos de sida Transversal</p>	<p>Versión revisada de Ways of Coping Questionnaire (Folkman & Lazarus, 1988) de 66 ítems (frecuencia de utilización)</p>	<p>Sólo la "búsqueda de soporte social" asociada significativa y positivamente al bienestar psicológico.</p>
<p>Fleishman et al. 1994 N = 736 personas enfermas de sida</p>	<p>Estrategias de coping (mes siguiente al anuncio de la sero+): 16 ítems seleccionados de estudios previos con</p>	<p>Relación positiva entre evitación y malestar psicológico. Niveles altos de afrontamiento "positivo" (aceptación o evaluación positiva de la situación) predicen una</p>

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

Longitudinal	afectados de sida sometidos a análisis factorial	disminución de los síntomas depresivos.
Commerford et al. 1994 N = 29 mujeres enfermas de sida * 15 toxicómanas * 14 no toxicómanas Transversal No diferencias sig. en	Felton Coping Scale (Felton et al., 1984) Malestar psicológico: SCL-90 (ansiedad y depresión) de Dérogatis et al., 1977	Mayor malestar psicológico asociado a más afrontamientos emocionales (autoacusación, denegación, pensamiento mágico, etc.). Entre afrontamiento centrado en el problema, sólo la minimización de la amenaza asociada significativa y positivamente a ansiedad y depresión.

Fuente: Bidan (1995, pp. 53-55); Kurdek et al. 1990

Tabla 11.-Estrategias de afrontamiento y evolución de la infección

Autores, Población y Tipo de Estudio	Método de Evaluación	Resultados
Goodkin et al. 1992a N = 11 hombres homosexuales asintomáticos Transversal	The Millon Behavioral Experience Health Inventory (MBHI) de Millon et al. (1982)	Relación negativa entre afrontamiento pasivo y nº total de linfocitos y nº de CD4
Goodkin et al. 1992b N = 62 hombres homosexuales asintomáticos Transversal	The Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) Scale (Carver et al., 1989)	Relación positiva entre afrontamiento activo y citotoxicidad de las células NK
Goodkin et al. 1992c N = 90 hombres homosexuales	The COPE scale (Carver et al., 1989)	Uso de más afrontamiento activo predice, de manera prospectiva, menos síntomas en un periodo de 6

304 / El desafío social del SIDA

* 68 asintomáticos * 22 sintomáticos Longitudinal		meses
Goodkin et al. 1993 N = 103 hombres homosexuales asintomáticos y sintomáticos Longitudinal	The COPE scale (Carver et al., 1989)	Relación negativa entre n° de CD4 a largo plazo y afrontamiento pasivo. Relación positiva y significativa entre niveles iniciales de β-2-microglobulina y estilo de coping activo.
Solano et al. 1993 N = 100 hombres y mujeres asintomáticos Prospectivo-longitudinal (seguimiento 6 y 12)	Método proyectivo: "three stories" (no publicado)	Más espíritu combativo predice menos síntomas 6 meses después.
Bertini et al. 1994 N = 201 sero+ asintomáticos * 164 estadio III * 37 estadio II Longitudinal (seguim. 6 y 12 meses)	Método proyectivo: "three stories" (no publicado)	Un espíritu combativo (fighting spirit) (positivamente) y actitudes de denegación/represión (negativamente) son poderosos predictores de la evolución de la infección, a largo y corto plazo (paso del estadio asintomático al estadio sintomático)

Fuente: Bidan (1995, p. 58)

Respecto a la evolución de la infección (Tabla 11), los 6 estudios contemplados constatan la relación entre formas de afrontamiento y evolución de la infección (4 estudios longitudinales y 2 transversales). Las formas pasivas predicen o se asocian a un menor n° de CD4 (Goodkin et al, 1992a, 1993) y la denegación/represión predicen la evolución de la infección (Bertini et al, 1994). Por el contrario, las formas activas predicen menos síntomas en 6 meses

(Goodkin et al, 1992c) y se asocia a la citotoxicidad de las NK (Goodkin et al, 1992b) y a los niveles iniciales de β -2-microglobulina (Goodkin et al, 1993) y el espíritu combativo predice menos síntomas (Solano et al, 1993; Bertini et al., 1994).

Tabla 12.-Intervención psicológica

Autores y Población	Intervención	Resultados
Coates et al. 1989 N = 64 hombres sero+ Efectos en función inmunitaria y disminución de comportamientos sexuales peligrosos	2 grupos: * intervención en estrés * control	No diferencia entre los 2 grupos en medidas inmunológicas, parejas significativamente menores en grupo de intervención
Fawzy et al. 1989 N = 50 hombres que han recibido diagnóstico de sida	2 grupos: * grupo intervención cognitivo-conductual * grupo control	Reducción significativa de ansiedad y depresión en grupo de intervención
LaPerriere et al. 1991 N = 50 individuos sero+ han recibido noticia de status serológico	2 grupos: * ejercicios aerobio * grupo control (no intervención)	Perturbación del humor menor y nº mayor de CD4 en grupo de intervención después de notificación de status serológico, que grupo control
Antoni et al. 1991 N = 47 homosexuales masculinos han recibido noticia de status serológico	2 grupos: * intervención de estrés con terapia cognitivo-conductual (CBSM) * grupo control	En grupo de CBSM no diferencias significativas en depresión antes y después de notificación del resultado y aumento del nº de linfocitos CD4+ y de células NK
Chesney & Folkman 1994 N = 20 homosexuales masculinos sero+	4 grupos: * sero- y CET * sero+ y CET	Intervención= CET Después CET, los grupos bajo intervención diferentes

(conocimiento de status serológico no afectados de sida) N = 20 homosexuales masculinos sero-	CET=Coping Effectiveness Training * sero- y grupo control * sero+ y grupo control	significativamente que grupos control: *empleo menor de coping auto-acusador *6 semanas después: diferencias significativas en depresión y moral en el grupo tratado (disminuye depresión y mejora moral) *resultados persistentes 6 semanas después
--	---	---

Fuente: Bidan (1995, p. 41)

4.4.-Intervención psicológica

Por último, vamos a revisar los estudios que han evaluado el impacto de las intervenciones psicológicas que pretenden aminorar el impacto del estrés a través de distintas técnicas conductuales, emocionales y cognitivas. Estas intervenciones se basan en técnicas de autocontrol, relajación y manejo cognitivo del estrés cuyo objetivo es aumentar la calidad de vida y mejorar las formas de afrontamiento ante la infección VIH.

Los 5 estudios reseñados apoyan los efectos beneficiosos de las intervenciones psicológicas. Coates et al. (1989) encuentran un cambio en la conducta sexual. Tres de los estudios muestran un efecto beneficioso de las intervenciones en la salud mental (Fawzy et al., 1989; LaPerriere et al., 1991; Chesney & Folkman, 1994). Los efectos sobre la respuesta inmune no son tan unánimes, Coates et al. (1989) no encuentran diferencias, mientras que LaPerriere et al. (1991) y Antoni et al. (1991) encuentran mayor nº de CD4 y mayor nº de CD4 y células NK en grupos de intervención respectivamente.

Conclusiones

Una de las cuestiones claves abordadas en esta revisión ha sido definir el papel que juegan los factores psicosociales en el estado emocional de los afectados por VIH y en el curso de la infección.

Para ello se han analizado las investigaciones más recientes que ponen en relación dichos factores con la salud emocional y con diversos indicadores de la respuesta inmune, en sujetos seropositivos asintomáticos y sintomáticos.

Dichos estudios presentan una serie de limitaciones importantes. Muchos de ellos emplean muestras muy pequeñas, la mayoría seleccionan a poblaciones homosexuales, además la reclutación de sujetos se hace, en muchas ocasiones, a través de poblaciones en tratamiento médico y personas que participan en organizaciones "gay". Otra limitación importante es que la mayoría de los estudios siguen un diseño de tipo retrospectivo y/o transversal. Por último, los estudios que analizan la evolución de la infección generalmente emplean indicadores muy poco específicos de la respuesta inmune (en su mayoría recuento de linfocitos y de CD4).

A pesar de estas limitaciones podemos señalar algunos de los resultados más importantes de estos estudios:

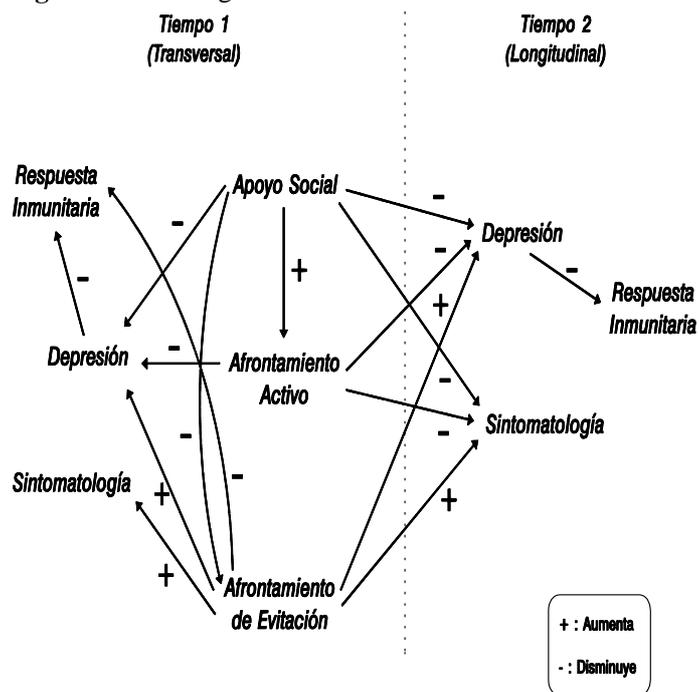
- 1) Respecto a los **rasgos disposiciones** (factores de personalidad) existen muy pocos estudios y los resultados de los existentes, respecto a la "dureza o resistencia" no son concluyentes.
- 2) Los **sucesos de vida estresantes** (en el último año, o en los últimos meses) se asocian a mayor malestar emocional (3 estudios transversales). Sin embargo, la relación con la evolución de la enfermedad es menos clara: un estudio longitudinal confirma que el estrés pasado predice una mayor sintomatología física seis meses después y uno transversal muestra relación entre CD4 y sucesos de vida, mientras que 3 estudios longitudinales y uno transversal no encuentran relación con los CD4 y otras medidas inmunológicas. Además, una investigación longitudinal mostraba que una mayor angustia en el momento del diagnóstico de la infección predecía una progresión más rápida de la enfermedad. Por otro lado, no encontramos estudios que contemplen el "estrés percibido" con sujetos infectados por VIH.

- 3) Las **redes sociales y el apoyo social objetivo** no predecían el malestar (el único estudio longitudinal). Tres estudios transversales encontraban asociaciones entre angustia, ansiedad-estado y nº de CD4 y sucesos. Por lo tanto, mientras el apoyo objetivo no mostraba relaciones claras con la adaptación afectiva ni con la progresión de la infección, el **apoyo percibido o subjetivo** juega un rol más importante. Este se asocia y predice (3 estudios transversales y 3 longitudinales) una mejor salud emocional. Mientras tanto la relación con la evolución de la infección es menos consistente (de los 5 estudios sólo 2 de ellos muestran relación).
- 4) Las **estrategias de afrontamiento** parecen jugar un rol importante en la adaptación emocional actual/posterior a la infección y en la evolución de la misma. El *afrontamiento activo* predice un mayor optimismo y menos síntomas 6 meses después (en 2 estudios longitudinales) y se asocia a una mejor respuesta inmune (citotoxicidad de las NK), y un mayor bienestar emocional (3 estudios transversales). Asimismo, *una actitud de lucha o combativa* ante la enfermedad se asocia a una menor alteración afectiva (un estudio transversal) y predice una menor sintomatología física 6 y 12 meses después (2 estudios longitudinales). Por el contrario, las estrategias de *evitación, denegación y la represión* predicen un mayor malestar (2 estudios longitudinales) y una evolución peor de la infección 6 y 12 meses después (1 estudio longitudinal), y se asocian a un mayor malestar emocional (5 estudios transversales). Asimismo las *estrategias pasivas* se asocian y predicen un menor nº de CD4 (2 estudios). La estrategia de confrontación cognitiva, como el *desarrollo personal* (crecer como persona a partir de la experiencia del VIH) y la *reevaluación positiva* predicen una mejor adaptación afectiva en dos investigaciones longitudinales. La *aceptación realista* de la enfermedad predice una mejor adaptación afectiva, en 1 estudio longitudinal (aunque el fatalismo no tiene efectos positivos o negativos). Por último, otras formas se asocian al bienestar emocional como son el

compromiso y la búsqueda de soporte social mientras que otras serían negativas emocionalmente: distanciarse del problema, la impotencia, la minimización, la autoacusación o el pensamiento mágico.

5) Las **intervenciones psicosociales**, basadas generalmente en programas cognitivo-conductuales, mejoraban la respuesta afectiva (en 3 estudios y en uno no), y la respuesta inmune (en dos si y en uno no).

Figura 1.-Síntesis gráfica de la revisión



Debemos decir que la inexistencia de una revisión meta-analítica, así como la heterogeneidad de la(s) VI(s) y VD(s), incitan a la prudencia. Aun así, podemos concluir que las intervenciones psicosociales de apoyo muestran un efecto positivo tanto a nivel afectivo como de la respuesta inmune. El apoyo social si bien tiene una influencia positiva sobre la adaptación afectiva, muestra una influencia más inconsistente sobre la respuesta inmune y la evolución del proceso patógeno. El afrontamiento activo predice una menor sintomatología, probablemente reforzando el seguimiento del tratamiento. Al mismo tiempo, un afrontamiento activo se asocia a una mejor balanza de afectos, probablemente reforzando la percepción de control de la enfermedad. La existencia de un estado de ánimo positivo sería una de las vías por las que la respuesta inmune en ese mismo instante se ve reforzada. Las estrategias de asimilación cognitiva de la enfermedad parecen favorecer la adaptación afectiva, posiblemente mediante una evaluación menos negativa del estrés asociado a la enfermedad, así como por el menor esfuerzo de inhibición de los pensamientos y sentimientos asociados a la enfermedad.

Bibliografía

- Ader, R., Felten, D.L. & Cohen, N. (Eds) (1991). *Psychoneuroimmunology* (2ª ed.). San Diego, Academic Press.
- Antoni, M.H., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A. et al. (1991). Cognitive-Behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 906-915.
- Bachelor, W.F. (1984). AIDS: A public health and psychological emergency. *American Psychologist*, 11, 1279-1284.
- Baer, J.W. (1989). Study of 60 patients with AIDS or AIDS-related complex requiring psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1285-1288.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y Psicología*. Barcelona, Martínez Roca.

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

- Bayés, R. & Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, XXXIV, 812, 33-42.
- Bertini, M., Costa, M., Salvati, S., Coda, R. et al. (1994). Psychosocial factors and HIV-1 infection: influences on clinical evolution and on the immune situation. *VIII Conferencia Europea de Psicología de la Salud*. Alicante.
- Bidan, C. (1995). *Approche biopsychosociale de l'infection au virus VIH: une revue de la littérature*. ANRS, Juin 1995. (informe no publicado).
- Blaney, N.T., Goodkin, K., Morgan, R.O., Feaster, D. et al. (1991). A stress-moderator model of distress in early HIV-1 infection: concurrent analysis of life events, hardiness and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 2-3, 297-305.
- Borrás, F.X. (1992). Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 2, 29-58.
- Borrás, F.X. (1994). SIDA: Aportaciones desde la psiconeuroinmunología. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 2, 225-229.
- Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Buckingham, Open University Press.
- Burgess, A., Dayer, M., Catalan, J., Hawkins, D. & Gazzard, B. (1993). The reliability and validity of two HIV-specific health-related Quality-of-Life measures: a preliminary analysis. *AIDS*, 7, 1001-1008.
- Cadafalch, J., Domingo, P. & Fuster, M. (1995). El síndrome de inmunodeficiencia humana en drogodependientes: epidemiología, historia natural y aspectos terapéuticos. En J. Cadafalch, M. Casas, M. Gutiérrez & L. San (Eds). *Sida y drogodependencias*. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Catania, J.A., Turner, H.A., Choi, K.M. & Coates, T.J. (1992). Coping with death anxiety: help seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS*, 6, 999-1005.
- Chesney, M.A. & Folkman, S. (1994). Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 1, 163-182.
- Cleary, P.D., Fowler, F.J., Weissman, J., Massagli, M.P. et al. (1993). Health-related quality of life in person with AIDS. *Medical Care*, 31, 7, 569-580.

304 / El desafío social del SIDA

- Coates, T.J., McKusick, L., Kuno, R. et al. (1989). Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV. *American Journal of Public Health*, 79, 885-887.
- Cohen, S. (1985). Some speculations about AIDS and drugs. *Vista Hill Foundation*, XIV, 9.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Commerford, M.C., Gular, E., Orr, D.A., Reznikoff, M. & O'Dowd, M.A. (1994). Coping and psychological distress in women with HIV/AIDS. *Journal of Community Psychology*, 22, 224-230.
- Chuang, H.T., Jason, G.W., Pajurkova, E.M. & Gill, J. (1992). Psychiatric morbidity in patients with HIV infection. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 109-115.
- Dew, M.A., Ragni, V. & Nimorwicz, P. (1990). Infection with HIV and vulnerability to psychiatric distress. A study of men with hemophilia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 12, 737-744.
- Durrace, P., Newman, S.P., Fell, M., Hems, M. et al. (1992). Is there a protective effect of social support in HIV infection?. The Middlesex MRC cohort study. *VIII Conferencia Internacional sobre el SIDA. Amsterdam*.
- Fahey, J.L., Giorgi, J., Martinez-Maza, O., Detels, R. et al. (1987). Immune pathogenesis of AIDS and related syndromes. *Annales d'Immunologie*, 138, 245-252.
- Fawzy, I., Namir, S. & Wolcott, D. (1989). Group intervention with newly diagnosed AIDS patients. *Psychiatric Medicine*, 7, 35-46.
- Fleishman, J.A. & Fogel, B. (1994). Coping and depressive symptoms among people with AIDS. *Health Psychology*, 13, 2, 156-169.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollak, L. & Coates, T. (1993). Stress, control, coping and depressive mood in HIV positive and negative men in San Francisco. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 7, 409-416.
- Gala, C., Pergami, A., Catalan, J., Durban, F. et al. (1993). The psychosocial impact of HIV in gay men, drug users and heterosexual: controlled investigation. *British Journal of Psychiatry*, 163, 651-659.
- Geiser, D.S. (1989). Psychosocial influences on human immunity. *Clinical Psychology Review*, 9, 6, 689-715.

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

- Glaser, R. & Kieckolt-Glaser, J.K. (1987). Stress-associated depression in cellular immunity. Implications for Acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Brain, Behavior and Immunity*, 1, 435-442.
- Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, J. & Rishel, D. (1992a). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection, a preliminary study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 2, 155-172.
- Goodkin, K., Blaney, N.T., Feaster, D., Fletcher, M.A. et al. (1992b). Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 7, 635-650.
- Goodkin, K., Blaney, N.T., Feaster, D., Morgan, R., et al. (1992c). Life events and active coping style predict health status in early HIV-1 infection. *VIII Conferencia Internacional de SIDA. Amsterdam*.
- Goodkin, K., Blaney, N.T., Feaster, D., Klimas, N., et al. (1993). Psychosocial variables predict long-term changes in psychological distress and laboratory progression markers of HIV-1 infection. *IX Conferencia Internacional sobre el SIDA. Berlin*.
- Gorman, J.M. & Kertzner, R. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV infection. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2, 241-252.
- Grummon, K., Rigby, E.D., Orr, D., Procidano, M. et al. (1994). Psychosocial variables that affect the psychological adjustment of IVUDU patients with AIDS. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 4, 488-502.
- Hays, R.B., Turner, H. & Coates, T.J. (1992). Social support AIDS -related symptoms and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 3, 463-469.
- Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993a). Stress and immunity in humans: A meta-Analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.
- Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993b). Depression and immunity: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 113, 3, 472-486.
- Iraurgi, I. & Basabe, N. (1995). Psiconeuroinmunología e infección a VIH. Factores psicosociales asociados a la respuesta inmunitaria. En J.A. Conde y A.I. Isidro de Pedro (Eds). *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida. V Congreso de Psicología Social. Salamanca, Eudema*.

304 / El desafío social del SIDA

- Ironson, G., LaPerriere, A., Antoni, M., O'Hearn, P., et al. (1990). Changes in immune and psuchological measures as a function of anticipation and reaction to news of HIV-1 antibody status. *Psychosomatic Medicine*, 52, 247-270.
- Ironson, G., Friedman, a., Klimas, N., Antoni, M., et al. (1994). Distress, denial and low adherence to behavioral interventions predict faster disease progression in gay men infected with HIV. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, 1, 90-105.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J., Bailey, C.A. & Simon, W. (1987). The sociological study of AIDS: A critical review of the literature and suggested research agenda. *Journal of Health ans Social Behavior*, 28, 140-157.
- Kaplan, J.E., Spira, T.J., Fishbein, D.B., Bozeman, L.H., et al. (1988). A six-year follow-up of HIV-infected homosexual men with lymphadenopathy. *Journal of the American Medical Association*, 260, 2694-2697.
- Kemeny, M.E., Weiner, H., Taylor, S.E., Schneider, S., Visscher, B. & Fahey, J.L. (1994). Repeated bereavement, depressed mood and immune parameters in HIV seropositive ans seronegative gay men. *Health Psychology*, 13, 1, 14-24.
- Kessler, R.C., Foster, C., Joseph, J.G., Ostrow, D.G., et al. (1991). Stressful life events and symptom onset in HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 6, 733-738.
- Kiekolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1988). Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *American Psychologist*, 43, 11, 892-898.
- Kiekolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1991). Stress and immune function in humans. In R. Ader, D.L. Felten & N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology* (2^a ed.). San Diego, Academic Press.
- Kobasa, S.C. (1982). The Hardly Personality: towards a social psychology of stress and health. In G.S. Sanders & J. Suls (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ, LEA.
- Kurdek, L. & Siesky, G. (1990). The nature and correlates of psychological adjustment in gay men with AIDS-related conditions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 10, 846-860.
- Lackner, J.B., Joseph, J.G., Ostrow, D.G., Kessler, R.C., et al. (1993). A longitudinal study of psychological distress in a cohort of gay men. Effects

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

- of social support and coping strategies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 4-12.
- Lamping, D.L., Joseph, L., Ryan, B. & Gilmore, N. (1992). Détresse psychologique chez les personnes atteintes du VIH à Montréal. *Santé mentale au Québec*, XVII, 1, 73-96.
- LaPerriere, A., Fletcher, M.A., Antoni, M.H., Klimas, N. et al. (1991). Aerobic exercise training in an AIDS risk group. *International Journal of Sports Medicine*, 12, 1-5.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca.
- Leserman, J., Perkins, D.O. & Evans, D.L. (1992). Coping with the threat of AIDS: the role of social support. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1514-1520.
- Morin, S.F. & Bachelor, W.F. (1984). Responding to the psychological crisis of AIDS. *Public Health Reports*, 99, 4-9.
- Moos, R.H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, 4, 233-255.
- Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F.L. & Alumbaugh, M.J. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. *Journal of Applied Psychology*, 17, 309-328.
- Nicholas, P.K. & Webster, A. (1993). Hardiness and social support in HIV. *Applied Nursing Research*, 6, 3, 132-136.
- Nichols, S.E. (1983). Psychiatry aspects of AIDS. *Psychosomatics*, 24, 1083-1089.
- Nichols, S.E. (1985). Psychosocial reactions of persons with the acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103, 765-767.
- Nicholson, W.D. & Long, B.C. (1990). Self-esteem, social support, internalized homophobia and coping strategies of HIV+ gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 6, 873-876.
- Nott, K.H. & Vedhara, K. (1992). Stress, coping style and HIV progression. *XXI Congreso Internacional de Psicología de Bruselas*.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 3, 363-382.

304 / El desafío social del SIDA

- Padierna, J.A. (1990). Implicaciones del VIH en psiquiatría. *Gaceta Médica de Bilbao*, 87, 3, 141-144.
- Perry, S., Fishman, B., Jacobsberg, L. & Francees, A. (1992). Relationships over one year between lymphocyte subsets and psychosocial variables among adults with infection by HIV. *Archives of General Psychiatry*, 49, 5, 396-401.
- Persson, L., Hanson, B.S., Ostergen, P.O., Moestrup, T. & Isacsson, S.O. (1991). Social network, social support and the amount of CD4 lymphocytes in a representative urban Swedish population of HIV seropositive homosexual men. *VII Conferencia Internacional sobre SIDA, Florencia*.
- Rabkin, J.G., Williams, J.B.W., Remien, R.H., Goetz, R. et al. (1991). Depression, distress, lymphocyte subsets, and HIV symptoms on two occasions in HIV-positive homosexual men. *Archives of General Psychiatry*, 48, 2, 111-119.
- Remien, R.H., Rabkin, J.G. & Williams, J.B.W. (1992). Coping strategies and health beliefs of AIDS longterm survivors. *Psychology and Health*, 6, 335-345.
- Sahs, J.A., Goetz, R., Reddy, M., Rabkin, J.G. et al. (1994). Psychological distress and natural killer cells in gay men with and without HIV Infection. *American Journal of Psychiatry*, 151, 10, 1479-1483.
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Ed). *Estrés y psicopatología*. Madrid, Pirámide.
- Snyder, S., Reyner, A., Schmeidler, J., Bogursky, E., Gomez, H. & Strain, J.J. (1992). Prevalence of mental disorder in newly admitted medical in patients with AIDS. *Psychosomatic*, 33, 166-170.
- Solano, L., Costa, M., Salvati, S., Coda, R. et al. (1993). Psychosocial factors and clinical evolution in HIV-1 infection: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 1, 39-51.
- Solomon, G.F., Kemeny, M. & Temoshok, L. (1991). Psychoneuroimmunologic aspects of Human immunodeficiency virus infection. In R. Ader, D.L. Felten & N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology*. (2ª Edición). San Diego, Academic Press.

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

- Solomon, G.F. & Moos, R.H. (1964). Emotions, immunity and disease: a speculative theoretical integration. *Archives of General Psychiatry*, 11, 657-674.
- Solomon, G.F., Temoshok, L., O'Leary, A. & Zich, J. (1987). An Intensive psychoimmunologic study of long-surviving persons with AIDS. *Annals New York Academy of Sciences*, 496, 647-655.
- Straits-Tröster, K.A., Patterson, T.L., Semple, S.J., Temoshok, L. et al. (1994). The relationship between loneliness, interpersonal competence, and immunologic status in HIV-infected men. *Psychology and Health*, 9, 205-219.
- Taylor, J.M., Fahey, J.L., Detels, R. & Giorgi, J.V. (1989). CD4 percentage and CD4 number/CD8 ratio in HIV infection: Which to choose and how to use. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes*, 2, 114-124.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall, L.G., Schneider, S.G. et al. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 3, 460-473.
- Tross, S. & Holland, J. (1986). Psychological impact of AIDS spectrum disorders. Symposium: Psychiatric aspects of AIDS: New research findings. *American Psychiatric Association Annual Meeting, May 10-16* (Citado en Kaplan et al, 1987).
- Turner, H.A., Hays, R.B. & Coates, T.J. (1993). Determinants of social support among gay men: the context of AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 37-53.
- Valdés, M. & de Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona, Martínez Roca.
- Van Servellen, G., Padilla, G., Brecht, M.L. & Knoll, L. (1993). The relationship of stressful life events, health status and stress-resistance resources in persons with AIDS. *JANAC*, 4, 1, 11-22.
- Wachtel, T., Piette, J., Mor, V., Stein, M. et al. (1992). Quality of life in persons with HIV infection: measurement by the M.O.S. Instrument. *Annals of Internal Medicine*, 116, 2, 129-137.
- Weisse, C.S. (1992). Deression and immunocompetence: A review of literature. *Psychological Bulletin*, 111, 475-489.

304 / El desafío social del SIDA

- Wolf, T.M., Balson, P.M., Morse, E.V., Simon, P.M. et al. (1991). Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons: implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 4, 171-173.
- Wu, A.W., Rubin, H.R., Mathews, W.C., Ware, J.E. et al. (1991). A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 29, 8, 786-798.

ESCALA DE FORMAS DE AFRONTAMIENTO

Adaptado de de Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh (1987) y ampliado por nuestro equipo.

Enunciado: En lo referente al problema que te afecta y los efectos emocionales, de pensamientos, etc., de éste; en qué medida has utilizado las siguientes formas de enfrentarlos

	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Intenté informarme sobre mi problema o enfermedad para superarlo/a mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra mi problema o enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me volqué en el trabajo para olvidarme de todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Intenté guardar para mí mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Afirmé mi postura y luché por lo que necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Redescubrí lo que es importante en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Evité estar con la gente en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me negué a creer lo que había ocurrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Acepté la realidad de lo ocurrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fantasé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me sentí muy conmovido afectivamente y expresé mucho mis sentimientos ante otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Recé (más de lo habitual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pensé sobre los cambios positivos en mí desde la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me forcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me preparé para lo peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Le hablé a alguien sobre cómo me sentía para entenderlo y enfrentarlo mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Pensé mucho sobre lo que es realmente importante en mí vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

304 / *El desafío social del SIDA*

- | | |
|---|---|
| 20. Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima.
Busqué simpatía y comprensión | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Actué como si no pasara nada | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. Intenté reducir la tensión | |
| a. bebiendo más de lo habitual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b. comiendo más de lo usual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c. tomando más drogas de lo usual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d. durmiendo más de lo habitual | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber qué hizo él/ella | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25. Dejé de lado mis otras actividades y problemas
y me concentré en éste | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 26. Confíé en que mis doctores conocían el mejor tratamiento para mí | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27. Analicé mi responsabilidad en el problema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 28. Admití que no era capaz de enfrentar o hacer nada ante el problema
y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 29. No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema
mucho tiempo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 30. Intenté borrarlo de mi memoria. Rehusé a pensar sobre
la enfermedad | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 31. Me criticqué a mí mismo por lo ocurrido | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 32. Repasé mentalmente lo que haría o diría | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 33. Acordé y me comprometí a hacer algo positivo acerca del problema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 34. Actué directamente para manejar el problema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 35. Hicé más ejercicio | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 36. Reduje mis esfuerzos por intentar solucionar el problema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 37. Pensé acerca de cómo podría haber hecho las cosas
de forma diferente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 38. Acudí a amigos o profesionales para que me dijeran cómo cambian
las cosas en mi situación | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 39. Tomé más vitaminas y una alimentación más saludable | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 40. Disfruté más que antes de las cosas, sucesos y experiencias diarias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 41. Usé la meditación, la sugestión o la imaginación | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 42. Me impliqué en actividades políticas y/o sociales relacionadas con
mi enfermedad | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 43. Trabajé para alcanzar un trato o compromiso para cambiar las cosas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Psicoimmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

44. Bromeé sobre ello, rehusé a tomarlo demasiado en serio

45. Intenté algo distinto de todo lo anterior

(por favor, descríbalos)

MOS-VIH CUESTIONARIO DE 30 ÍTEMES

Número del paciente	<input type="text"/>										
Fecha de visita del paciente	<input type="text"/>										
Número de estudio	<input type="text"/>										
Semana del formulario	<input type="text"/>										

ÚNICAMENTE PARA USO ADMINISTRATIVO - SEPARE ESTA HOJA

INSTRUCCIONES PARA EL/LA COORDINADOR/A DEL ESTUDIO

El siguiente cuestionario hace preguntas al paciente acerca de muchos aspectos de su salud. Debe administrarse al paciente antes de que se le haga el examen clínico y preferiblemente en una habitación tranquila.

Es importante estar familiarizado/a con el contenido y formato del cuestionario antes de administrárselo a los participantes en el estudio. Por favor comience la primera visita informando a la persona participante de que:

"Quisiéramos que respondiera a algunas preguntas acerca de cómo se siente y el tipo de cosas que es capaz de hacer. Sus respuestas nos ayudarán a entender los efectos que tiene la medicación que está tomando. Le agradecemos que responda a este cuestionario".

A continuación deberá, de manera breve, explicar el formato de las preguntas y cómo responderlas. Haga que la persona participante responda al cuestionario antes de completar los signos vitales, históricos y físicos.

El cuestionario es muy corto y no ha de tardarse más de 10 minutos en responder. Antes de entregar al paciente el cuestionario por favor complete los datos de la cabecera y SEPARE ESTA PÁGINA.

Cada pregunta está descrita de la misma manera. Fíjese en que al paciente siempre se le pide que señale una respuesta para cada pregunta. Todas las preguntas se refieren a las ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

Recoja el cuestionario respondido antes de realizar el examen clínico. Antes de continuar revise el cuestionario por si el sujeto hubiese dejado alguna pregunta sin responder. Si el participante no respondió a alguna pregunta indíquesele y haga que responda a dicha pregunta.

POR FAVOR RELLENE LOS SIGUIENTES DATOS DESPUÉS DE QUE EL PACIENTE RESPONDA AL CUESTIONARIO O DESPUÉS DE QUE USTED ESTÉ SEGURO DE QUE ESTO NO ES POSIBLE

1.-¿Cómo se ha respondido el cuestionario?

- 1.- Autoadministrado por el participante en el estudio
- 2.- Entrevista cara a cara llevada a cabo por usted
- 3.- Entrevista telefónica
- 4.- No se respondió
- 5.- Otras

Si ha respondido otras por favor especifique

2.-Si ha respondido 2 ó 4 en la pregunta anterior por favor indique las razones:

- 1.- Al principio el paciente rehusó
- 2.- El paciente no tenía el nivel de lectura suficiente o adecuado
- 3.- No hubo suficiente tiempo
- 4.- Al paciente se le olvidaron las gafas
- 5.- Otras razones

Si ha respondido otras por favor especifique

304 / El desafío social del SIDA

POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA SEÑAL EL RECUADRO CORRESPONDIENTE.

1.-En general diría usted que su salud es:

1- Excelente 2- Muy buena 3- Buena 4- Regular 5- Mala

2.-En general, ¿cuánto dolor físico ha padecido usted durante las últimas cuatro semanas?

1- Nada 2- Muy ligero 3- Ligero 4- Moderado 5- Fuerte 6- Muy fuerte

3.-Durante las pasadas cuatro semanas ¿en qué medida impidió el dolor que realizase su trabajo o labor normal o cotidiana? (esto incluye tanto el trabajo fuera de casa como el trabajo realizado dentro de la casa)

1- En absoluto 2- Un poco 3- Moderadamente 4- Bastante 5- Mucho

4.-Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede llevar a cabo durante un día normal en su vida. ¿En la actualidad le limita su salud el poder llevar a cabo estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Marque un apartado en cada línea	SI me limita	SI me limita	NO me limita
a)El tipo o cantidad de actividades enérgicas que puede hacer, tales como levantar objetos pesados, correr, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) El tipo o cantidad de actividades moderadas que puede hacer, tales como mover una mesa o llevar la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Subir cuestas o unas pocas escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Inclinarsse, levantar algo o agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andar una manzana o bloque de casas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Comer, vestirse, bañarse o utilizar el servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

304 / El desafío social del SIDA

- g) Ha sentido desesperación por sus problemas de salud
- h) Tuvo miedo debido a su salud

Psicoinmunología, Factores Psicosociales e Infección por VIH / 304

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo	Un poco	Nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.- Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo ha

- | | |
|--|---|
| a) Tenido dificultades en razonar y resolver problemas. (p.e. hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b) Se ha olvidado de cosas que han ocurrido recientemente. Por ejemplo, el lugar donde deja las cosas o sus citas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c) Ha tenido problemas para mantener fija su atención en una actividad durante un largo período de tiempo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d) Ha tenido problemas realizando actividades que implican concentración y pensar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

11.- Por favor marque la respuesta que mejor describa si cada una de las siguientes afirmaciones son verdaderas (ciertas) o falsas.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | Totalmente
cierto | Mayormente
cierto | No se | Mayormente
falso | Totalmente
falso |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Estoy algo enfermo/a | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| b) Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| c) Mi salud es excelente | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| d) Últimamente me he sentido mal | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

12.- ¿Cómo ha sido la calidad de su vida durante las últimas cuatro semanas?. Es decir, ¿cómo le han ido las cosas durante estas últimas cuatro semanas?

- | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|
| | Muy bien,
no podrían ir mejor | Bastante
bien | Ha habido
tantas cosas buenas
como malas | Bastante
mal | Muy mal,
no podrían ir peor |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

304 / *El desafío social del SIDA*

13.-¿Como evaluaría su salud física y condición emocional en comparación a cómo eran hace cuatro semanas?

Mucho mejor Un poco mejor Más o menos igual Un poco peor Mucho peor

