

Emociones, sucesos vitales y niveles de células CD4+ en personas que viven con sida

Emotions, life events, and levels of CD4+ cells in people living with AIDS

Rodrigo Cantú Guzmán¹, Javier Álvarez Bermúdez²
y Ernesto Torres López³

RESUMEN

Las personas que viven con sida se enfrentan a muy diversos estresores, lo que conlleva conflictos emocionales surgidos a partir de las repercusiones sociales de la enfermedad, como rechazo y estigmatización en el entorno laboral, familiar y social. A partir de una muestra total de 121 pacientes con sida de la ciudad de Monterrey (México), se realizó un estudio de comparación del nivel de células CD4+ y algunas variables psicosociales. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la resignación positiva y a los problemas en las relaciones interpersonales con amistades y compañeros de trabajo, teniendo menor resignación positiva el grupo de pacientes que se encontraban en una etapa más grave de la enfermedad. Por el contrario, el grupo con menor nivel de enfermedad mostró tener dificultades con amistades y compañeros de trabajo. Estos resultados muestran que existen diferencias en la vivencia del suceso de enfermedad en relación a la etapa y al nivel de gravedad de la misma y su repercusión contextual, lo que lleva a dar prioridad a la intervención psicológica.

Palabras clave: Sida; Variables psicosociales; CD4+; Sucesos de vida; Emociones.

ABSTRACT

Objective. The present study sought to explore various components of the HIV-positive status. People living with AIDS face a number of stressors which entail emotional conflicts arising from such social impact of the disease as rejection and stigmatization at work, in the family and in other social milieus. Method. Participants included a total sample of 121 patients with AIDS from the city of Monterrey (Mexico). Comparisons between high and low levels of the condition were used to examine the association of the level of CD4+ cells and some psychosocial variables. Results. The main findings revealed significant differences related to "positive resignation" and interpersonal problems with friends and co-workers. Also, patients who at more advanced stages of the disease showed less positive resignation. The group with the lowest levels of the disease reported difficulties with friends and coworkers. These results portray differences in the way these events are experienced in relation to disease stage, its severity and its contextual impact. Therefore these aspects should have priority when designing and applying psychological interventions.

Key words: AIDS; Psychosocial variables; CD4+; Life change events; Emotions.

¹ Consulta de Psicología del Departamento de Servicios Médicos y Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Gonzalitos y Haití, Col. Mitras Centro, 64060 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-48-69-02, correo electrónico: rodrigocantu@yahoo.com. Artículo recibido el 14 de noviembre y aceptado el 16 de diciembre de 2016.

² Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-33-67-44, correo electrónico: jabnl@hotmail.com.

³ Departamento de Inmunología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Gonzalitos y Dr. Carlos Canseco, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel.(81)83-33-10-58, correo electrónico: ernesto_torreslopez@yahoo.com.

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) es el factor etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Este virus difiere de otros porque infecta células del sistema inmune, específicamente los linfocitos “T” cooperadores (LTh-CD3+/ CD4+) que portan el marcador CD4+, que son células con propiedades de regulación protectora y cooperadora. El sida puede llegar manifestarse muchos años después del contagio. Desarrollar el síndrome significa que el virus se ha internado en las células CD4+ del sistema inmune y que el sujeto infectado presenta enfermedades oportunistas. El sida es una enfermedad adquirida ya que no proviene de la carga genética, y su forma de transmisión es sanguínea, sexual o perinatal (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Quienes viven con el sida se enfrentan a muy diversos estresores, los cuales van desde los económicos, fisiológicos y socioculturales hasta los psicológicos, los que producen una gran amenaza a la salud física o mental. Asimismo, en lo que se refiere al malestar psicológico (emocional), algunos de los problemas que se encuentran relacionados son la baja autoestima, el miedo a perder el atractivo físico, la somatización, los síntomas obsesivo-compulsivos, los conflictos relativos a la orientación sexual y el abuso de sustancias, entre otros (Carrobles, Remor y Rodríguez, 2003).

Desde los inicios de la epidemia del sida se han ido documentando en diversos estudios las consecuencias y el impacto emocional que genera la noticia de la infección por VIH. Las personas en tal condición parecen ser muy vulnerables cuando reciben el diagnóstico, cuando más tarde aparecen algunos síntomas, y cuando empiezan a experimentar la pérdida de otras personas infectadas que pertenecen a su contexto social, aunque también algunos estudios reportan que muchos han experimentado una mejoría emocional con el paso del tiempo y la adaptación a la enfermedad (Cantú, Álvarez, Torres y Martínez, 2012; Siegel y Lekas, 2002).

Los conflictos emocionales se pueden desencadenar debido a las repercusiones sociales de la enfermedad, como cuando se declara, por ejemplo, que se es portador del VIH, lo que conlleva manifestaciones de rechazo y estigmatización en

el entorno laboral, familiar, de pareja y de amigos (Remor, Ballester, Espada y Gordillo, 2008). Remor et al. (2008) afirman que delimitar las relaciones que guardan las variables psicológicas para el proceso de enfermedad, y asimismo las relaciones entre sí, constituye uno de los objetivos para la consolidación de una intervención psicológica en el ámbito de las personas infectadas por VIH, lo que presupone una mejor adaptación a la enfermedad.

Ortiz (1993) (cf. Bravo y Serrano, 1997), en un trabajo basado en grupos de apoyo con hombres homosexuales infectados con VIH, reportó que uno de los conceptos clave en la disciplina de la psicología de la salud, el soporte social, fue determinante en el beneficio de los participantes. En efecto, los grupos de ayuda mutua han sido una gran aportación a la rehabilitación social de los afectados de sida. De acuerdo con Rivera y Gallardo (2005), los programas terapéuticos ayudan a la aceptación de la enfermedad y a la facilitación de técnicas de afrontamiento para ésta y para la muerte.

Con el objetivo principal de estudiar grupos de apoyo para personas con infección por VIH, conocer cómo el sida se construye socialmente de forma negativa y facilitar cambios en conductas autodestructivas, Carrobles et al. (2003) analizaron el afrontamiento, el apoyo social percibido y el estrés emocional en dichos pacientes. Exploraron la relación de tres estilos de afrontamiento: el activo-conductual, el activo-cognitivo y el de evitación, además de ocho estrategias de afrontamiento específicas: crecimiento personal, expresión activa y búsqueda de información, confianza activa en los otros, implicación activa-positiva, distracción, rumiación pasiva-cognitiva, resignación pasiva y evitación –todos ellos usados por los sujetos en diferentes etapas de la infección por VIH–, además del apoyo percibido por parte de su entorno. Entre los aspectos más relevantes que se encontraron fue la relación entre el afrontamiento y el apoyo social percibido con el estrés, lo que indica que los individuos que usaban el afrontamiento por evitación no se protegían del estrés y manifestaban mayor ansiedad y depresión.

En un metaanálisis realizado por Chida y Vedhara (2009) de 36 artículos, mismos que incluyen cien diferentes relaciones entre aspectos psico-

sociales y la enfermedad por VIH, se explica que los tipos de personalidad, los estilos de afrontamiento y el malestar psicológico (estados afectivos negativos), y no los estímulos estresores como tales (eventos de vida u otros), se relacionan más estrechamente con un pobre pronóstico; sin embargo, ello dependerá de la percepción que la persona tenga de dichos eventos estresores.

Autores como Swaans et al. (2008), que han estudiado el problema en población africana, afirman que para comprender cómo afrontan las personas la infección por VIH se tiene que poner atención en sus creencias, tales como suponer que han sido embrujados o pensar que la enfermedad es la voluntad de Dios, así como el conocimiento que poseen de los tratamientos tradicionales; como resultado, suplican el perdón y el apoyo, o bien aceptan su condición. Referente a la infección por VIH, se encontró que las personas no la niegan, pero es muy común que solo lo hagan en su propio hogar.

Sikkema et al. (2000) describen los sentimientos de sufrimiento relacionados al duelo por la pérdida de personas cercanas que padecían VIH; asimismo, reportan que aquellas personas que padecen VIH sufren aún más la pérdida de un ser querido por esa causa, ya que ellos observan en otros lo que les ocurrirá a ellos mismos.

En el caso de personas con VIH, se ha encontrado que un afrontamiento activo, como la búsqueda de información sobre la enfermedad y sus tratamientos, está relacionado con una mayor calidad de vida (Friedland, Renwick y Mccoll, 1996). Otros estudios de diversas variables psicosociales relativas al afrontamiento de la enfermedad crónica encuentran que el tener conflictos sociales está relacionado con conductas de afrontamiento asociadas al aislamiento social, con conductas de ira y con pensamientos mágicos, y asimismo con estados afectivos negativos. El estigma de la enfermedad está relacionado a su vez con las interacciones sociales conflictivas de las personas, con las dificultades que tienen para comunicar a sus parejas su condición de seropositivas (Shacham et al., 2008) y con conductas de riesgo de quienes viven en el ambiente caótico de las familias inestables, muchas de ellas caracterizadas por el uso de sustancias por los padres o por el abandono (Kadivar, Garvie, Sinnock, Heston y Flynn, 2006),

lo que se traduce en estados afectivos negativos (Fleishman et al., 2000).

Autores como Siegel y Schrimshaw (2007) afirman que la mayoría de los pacientes con sida experimentan niveles altos de depresión y ansiedad, así como niveles bajos de emociones positivas; sin embargo, Olley y Bolajoko (2008) indican que muchos de los pacientes que viven con esta condición refieren haber crecido como personas, o bien encuentran un sentido y ciertos beneficios que se derivan de la enfermedad. Los autores citados, en un estudio llevado a cabo con personal militar en Nigeria, hallaron que los soldados seropositivos tenían una calidad de vida menor que los seronegativos, lo que posiblemente está relacionado a que los primeros habrían experimentado un mayor número de sucesos de vida o mostraban síntomas de trauma o de estrés postraumático. También se encontró que el personal seropositivo llevaba a cabo menos conductas de riesgo sexual en comparación con los seronegativos, y por último, que el estrés postraumático predecía un menor funcionamiento en todos los dominios medidos.

De acuerdo con Jenkins y Guarnaccia (2003), las personas con sida tienen dificultades de tipo financiero o para tener una actividad laboral estable; como una forma de afrontamiento, buscan el apoyo social en otros pacientes o en comunidades de pacientes, esperando no solo un soporte más positivo sino menos consecuencias negativas en sus interacciones sociales. Turner-Cobb et al. (2002) encontraron que quienes están más satisfechos y seguros con sus relaciones interpersonales, están más comprometidos con su enfermedad y más propensos a tener una mejor adaptación al padecimiento. O' Cleirigh, Ironson, Fletcher y Schneiderman (2008), a su vez, señalan que la expresión emocional en cuanto al impacto de la enfermedad al ser diagnosticada puede tener implicaciones adicionales en la salud y en el sistema inmune como tal de las personas, y generar por tanto una mejor calidad de vida.

El biomarcador CD4+ y los estudios de comportamiento en personas con sida

El recuento de células CD4+ ofrece un indicador de pronóstico y estado de salud del sistema inmu-

ne. El valor de la carga viral sirve para determinar la cantidad de partículas VIH que existen en la sangre. Las células CD4+, o células T, ayudan a montar una respuesta inmune ante las infecciones y se les considera un factor que permite evaluar el estado del sistema inmune, por la cual la medición del número de estas células en un milímetro cúbico de sangre es relevante para identificar el pronóstico del sida. Con base en los resultados de estas pruebas, se pueden tomar decisiones para iniciar el tratamiento antirretroviral, así como para hacer el seguimiento y evaluación del funcionamiento de los medicamentos (Carter, 2010).

A partir de los conteos de células CD4+ se han establecido categorías estándar, las cuales coinciden en países como México y Estados Unidos, entre otros, las cuales incluyen tres clasificaciones: *a)* Categoría 1, que consiste en un conteo igual o mayor de 500 CD4+, que se describe como un estadio asintomático del sida; *b)* Categoría 2, con un conteo de entre 200 y 499 CD4+, período en el cual aparecen condiciones sintomáticas en las personas infectadas por VIH, y *c)* Categoría 3, con un conteo de células por debajo de las 200 CD4+, que cumple con las condiciones clínicas de sida, el cual es el estadio más grave de la enfermedad (Centers for Disease Control and Prevention, 1993; Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2010; Secretaría de Salud, 2000).

De acuerdo con Moskowitz (2003), las emociones positivas en pacientes con sida están relacionadas a un menor riesgo de muerte o a que la enfermedad se agrave. Otros autores han encontrado que los niveles depresivos pueden estar asociados a la disminución o a un bajo nivel en el conteo de células CD4+ (Burack et al., 1993), e igualmente se ha encontrado lo contrario, esto es, la falta de asociación (Lyketsos et al., 1993).

Autores como Jia et al. (2007) refieren que existen interacciones entre el número de células CD4+ y las dimensiones de la calidad de vida, y que el nivel de la misma puede variar dependiendo de la trayectoria de la enfermedad o del estado en que se encuentre según el conteo de dichas células.

MÉTODO

Se realizó un estudio de comparación de los factores de la escala de emociones y de la escala de sucesos vitales, contenidas en el instrumento desarrollado por Cantú (2012) y Cantú y Álvarez (2013), y diferencias entre los grupos de acuerdo a una clasificación del nivel de enfermedad, que incluye pacientes con menos de 200 CD4+, con 200 a 499 CD4+ y con más de 499 CD4+.

Participantes

La muestra total, de conveniencia, se constituyó con 121 pacientes con sida, quienes se atendían en un centro de salud de la ciudad de Monterrey (México). Dicha muestra tuvo una distribución por género de 96 hombres y 25 mujeres, con una edad promedio de 39.2 y una desviación estándar de 10.1. En cuanto a su estado civil, 65 participantes eran solteros, 20 casados, 8 viudos, 6 separados, 4 divorciados y 18 que vivían en unión libre. En cuanto a su nivel escolar, 10 de ellos no tenían estudios, 26 contaban con primaria, 34 con secundaria, 26 con preparatoria, 10 tenían nivel técnico, 14 estudios universitarios y 1 el nivel de posgrado. Al momento del estudio, los participantes tenían un tiempo promedio de diagnóstico de 67.1 meses (5 años aproximadamente), con una desviación estándar de 53.4 meses (4 años aproximadamente).

En lo que se refiere a los criterios de inclusión, debían ser pacientes, hombres o mujeres, diagnosticados con infección por VIH, mayores de edad, que estuvieran recibiendo tratamiento médico, que fuesen pacientes ambulatorios dispuestos a participar de manera voluntaria, que hablaran español y que fuesen capaces de responder a la entrevista.

Instrumento

Batería de Evaluación Psicosocial del Suceso de Enfermedad Crónica (Cantú, 2012; Cantú y Álvarez, 2013).

Este instrumento consta de un apartado de datos sociodemográficos y otro de datos generales del padecimiento; seis preguntas control generales relacionadas a cómo se siente, cómo maneja y cómo

es su relación con la enfermedad, así como una evaluación general del médico y el servicio médico. Incluye cinco subescalas con cinco reactivos de respuesta tipo Likert referentes a las dimensiones de estudio o a variables psicosociales, las cuales son las siguientes:

1) *Creencias/conceptualización* (9 reactivos). Cuenta con un coeficiente α de Cronbach de .80. El análisis factorial exploratorio arrojó tres factores que explican 65.4% de la varianza total. Dichos factores son, a saber: *a)* Enfermedad relacionada a la muerte y que afecta gravemente la salud (física, emocional y familiar), *b)* Enfermedad relacionada a la incapacidad y *c)* Enfermedad relacionada a un castigo y que se contrajo por mala suerte.

2) *Emociones* (20 reactivos). Con un coeficiente α de .75, el análisis factorial exploratorio arrojó tres factores que explican 56.9% de la varianza total. Los tres factores son los siguientes: *a)* Emociones positivas, *b)* Emociones negativas y *c)* Resignación positiva.

3) *Afrontamiento* (13 reactivos). Cuenta con un coeficiente α de .74. El análisis factorial exploratorio arrojó los siguientes cuatro factores que explican 59.1% de la varianza total: *a)* Afrontamiento evasivo, *b)* Afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional no familiar, *c)* Afrontamiento activo positivo y *d)* Afrontamiento de búsqueda de apoyo emocional en pareja y familia.

4) *Soporte social* (21 reactivos). Tiene un coeficiente α de .90. El análisis factorial exploratorio arrojó los siguientes cinco factores que explican 68.6% de la varianza total: *a)* Apoyo de padres, *b)* Apoyo familiar y de amistades, *c)* Apoyo interpersonal, *d)* Apoyo de la pareja y *e)* Apoyo del médico.

5) *Sucesos vitales* (8 reactivos). Con un coeficiente α de Cronbach de .73, el análisis factorial exploratorio arrojó dos factores que explican 51.9% de la varianza total: *a)* Problemática en las relaciones familiares y *b)* Problemática en las relaciones con amistades o compañeros de trabajo.

Análisis

Se utilizaron análisis de varianza (ANOVA) para comparar los factores de la escala de emociones de acuerdo al biomarcador CD4+ y sus tres clasificaciones en el grupo de pacientes con sida.

Procedimiento

En las entrevistas a los participantes, el investigador principal, en conjunto con alumnos en prácticas profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Metropolitana de Monterrey; una alumna en una estancia del programa Invierno de Investigación, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; un psicólogo y una médica epidemióloga, todos ellos voluntarios, aplicaron la batería resultante de los análisis psicométricos de Cantú (2012) en el centro de salud donde se llevó a cabo el estudio.

Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos generales del estudio, se consideraron en primer lugar los que consigna la institución donde se hizo el estudio y su Comité de Ética. Los puntos que se tomaron en cuenta fueron los de proporcionar al participante la explicación acerca de lo que trata el estudio al que se invita, a quien se le debe reiterar que su participación es voluntaria y confidencial. El participante puede abandonar el estudio si así lo desea, lo que no afecta el servicio o los tratamientos médicos que esté recibiendo o que pueda recibir en el futuro.

RESULTADOS

Este estudio abordó los factores resultantes de las escalas de emociones y de sucesos de vida de la batería de evaluación antes descrita. La escala de emociones, como se menciona anteriormente, se clasificó en tres factores de acuerdo a los análisis psicométricos, los cuales se han detallado en estudios previos (Cantú, 2012; Cantú y Álvarez, 2013): 1) Emociones positivas: ilusión, confianza, esperanza, optimismo, seguridad, ánimo, alivio, alegría y tranquilidad; 2) Emociones negativas: sufrimiento, miedo, tristeza, desesperación, enojo, ansiedad, culpa, soledad y vergüenza, y 3) Resignación positiva: resignación y calma. De igual modo, en cuanto a la escala de sucesos vitales, se pudieron clasificar en dos factores, describiéndolos como: 1) Problemática en las relaciones familiares: divorcio, abandono, abuso sexual, ruptura

de la relación sentimental, discusiones fuertes con familiares que no viven en casa y discusiones fuertes con pareja o cónyuge, y 2) Problemática en las relaciones con amistades o compañeros de trabajo: discusiones o problemas con amistades y conflictos con jefes o compañeros de trabajo.

A continuación se hizo un ANOVA (Tabla 1) para comparar los factores según la cantidad de células CD4+ en el grupo de pacientes con sida. Se llevó a cabo la clasificación indicada líneas atrás.

Tabla 1. Análisis de varianza de acuerdo a variables de emociones y sucesos de vida respecto a la clasificación de niveles de células CD4+.

Variable	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	Sig.
Emociones positivas	272.797	2	136.398	2.471	.090
Emociones negativas	73.841	2	36.921	.378	.657
Resignación positiva	65.862	2	32.931	4.736	.011*
Problemática familiar	61.273	2	30.637	2.617	.079
Problemática con amistades o compañeros de trabajo	12.892	2	6.446	3.641	.030*

* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Por medio de estos análisis se hallaron diferencias significativas en cuanto a los grupos clasificados por la cantidad de células CD4+ en los pacientes con sida. Se encontraron diferencias significativas con valor de $p < .05$ en cuanto a la resignación positiva y a la problemática en las relaciones interpersonales con amistades y compañeros de trabajo, teniendo menor resignación positiva el grupo de pacientes con menor conteo de células, lo que

se pudo corroborar con un análisis descriptivo y luego *post hoc*. Como se muestra en las Tablas 2 y 3, dicho grupo presentaba diferencias significativas con los otros dos. Por el contrario, quienes tuvieron mayor puntaje en cuanto a dificultades con amistades y compañeros de trabajo fueron los del tercer grupo de clasificación, con el conteo mayor de células CD4+, también contrastado con el *post hoc*.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas en relación a las variables emociones y sucesos de vida respecto a los niveles de células CD4+.

Grupo de clasificación CD4+	Variable	N	Media	D.E.
< 200	Resignación positiva	21	10.90	3.28
	Problemas con amistades	20	3.10	1.41
200-499	Resignación positiva	51	12.80	2.45
	Problemas con amistades	50	2.42	.95
> 499	Resignación positiva	23	13.09	2.37
	Problemas con amistades	21	3.24	1.92

Tabla 3. Análisis *post hoc* en relación a los niveles de células CD4+.

Variable	(I) CD4+ recategorizada	(J) CD4+ recategorizada	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Problemática con amistades o compañeros de trabajo	<200	200-499	.680	.352	.057
		>499	-.138	.416	.741
	200-499	< 200	-.680	.352	.057
		> 499	-.818*	.346	.020
	> 499	< 200	.138	.416	.741
		200-499	.818*	.346	.020
Resignación positiva	<200	200-499	-1.899*	.684	.007
		> 499	-2.182*	.796	.007
	200-499	< 200	1.899*	.684	.007
		> 499	-.283	.662	.670
	>499	< 200	2.182*	.796	.007
		200-499	.283	.662	.670

* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

DISCUSIÓN

A partir de los datos, se corroboró, al igual que en otros estudios y teorías relacionadas a la psicología social (Álvarez, 2002; Falvo, 1991; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Moscovici, 1998), que el suceso de enfermedad crónica se define, más allá de un mero proceso fisiológico, como un fenómeno psicosocial, esto es, como una vivencia que involucra diversos procesos psicológicos emocionales, comportamentales y representacionales dentro de un contexto social que se va modificando a la par del desarrollo de las mismas interacciones sociales en torno a la enfermedad crónica. En este caso, los procesos emocionales cambian de un estado inicial a uno avanzado, como se ha corroborado en otros estudios previos (Cantú, 2012; Cantú, Álvarez, Torres y Martínez, 2012).

En cuanto a sentir resignación positiva, una resignación asociada a emociones positivas, tales como tranquilidad y calma, la cual pudiera estar asociada a la aceptación general del diagnóstico de sida, se hallaron diferencias significativas en los grupos clasificados por la cantidad de células CD4+ y sus estados afectivos. Los que se encontraban en el estadio de menor conteo de células, o bien en el más grave (que entraña ya el cuadro clínico), tienen una menor resignación positiva, lo que coincide con otros estudios que han encon-

trado asociaciones entre esos conteos de células (< 200 CD4+) y estados afectivos negativos asociados a depresión o a menor calidad de vida (Burrack et al., 1993; Jia et al., 2007). Por el contrario, quienes obtuvieron el mayor puntaje en cuanto a dificultades con amistades y compañeros de trabajo fueron los del tercer grupo de clasificación, esto es, aquellos con el conteo mayor de células, lo que posiblemente esté asociado a los contextos en donde se desenvuelven los pacientes y al estigma negativo general hacia la enfermedad, independientemente del estado de salud o del desarrollo negativo de la enfermedad de la persona.

A manera de reflexión final, los datos resultantes de este estudio, que incluye evaluaciones e indicadores psicosociales (escalas de evaluación de emociones y sucesos vitales asociados a la enfermedad crónica) y fisiológicos (niveles de células CD4+) en personas que viven con sida, muestran que hay diferencias considerables en la vivencia de la enfermedad en relación a la etapa y nivel de gravedad. Lo anterior induce a dar prioridad a la intervención o a la asistencia psicológica en las diferentes etapas del padecimiento, ya en cuanto al impacto emocional y aceptación del mismo en una etapa inicial, y a las interacciones y al contexto social en general de la persona que vive dicha situación en una etapa avanzada.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Bravo, M. y Serrano, I. (1997). La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buela-Casal, L. Fernández R. y T. J. Carrasco J. (Comps.): *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Burack, J.H., Barrett, D.C., Stall, R.D., Chesney, M.A., Ekstrand, M.L. y Coates, T.J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573.
- Cantú G., R. (2012). *Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: una evaluación psicosocial en cáncer, sida, diabetes e hipertensión*. Tesis no publicada de Doctorado. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú G., R. y Álvarez, J. (2013). Batería de evaluación psicosocial del suceso de enfermedad crónica: niveles de confiabilidad y estructura factorial. *Revista Electrónica de Medicina, Salud y Sociedad*, 4(1), 59-80. Disponible en línea: <http://www.medicinasaludsociedad.com>.
- Cantú G., R., Álvarez, J., Torres, E. y Martínez, O. (2012). Impacto psicosocial en personas que viven con sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez A., L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carter, M. (2010). *CD4, carga viral y otras pruebas*. Londres: NAM. Disponible en línea: http://www.aidsmap.com/v634436470-425970000/file/1004226/CD4_viral_load_booklet_SPA_v3_pdf.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention (1993). *1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance: case definition for AIDS among adolescents and adults*. Atlanta, GA: Author. Disponible en línea: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). *HIV*. Atlanta, GA: Author. Disponible en línea: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/index.htm>.
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2010). *Laboratorio de Carga Viral*. México: Autor. Disponible en línea: http://www.cenavece.salud.gob.mx/indre/interior/lab_carga_viral.html.
- Chida, Y. y Vedhara, K. (2009). Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease: A meta-analytic review of prospective investigations. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 434-445. doi: 10.1016/j.bbi.2009.01.013.
- Falvo, D.R. (1991). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Caithersburg, ML: Aspen Publishers, Inc.
- Fleishman, J.A., Sherbourne, C.D., Crystal, S., Collins, R.L., Marshall, G.N., Kelly, M., Bozzette, S.A., Shapiro, M.F. y Hays, R.D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 421-453.
- Friedland, J., Renwick, R. y Mccoll, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 8(1), 15-32. doi: 10.1080/09540129650125966.
- Jenkins, S.R. y Guarnaccia, C.A. (2003). Concerns and coping with HIV: comparisons across groups. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 15(3), 409-421.
- Jia, H., Uphold, C.R., Zheng, Y., Wu, S., Chen, G.J., Findley, K. y Duncan, P.W. (2007). A further investigation of health-related quality of life over time among men with HIV infection in the HAART era. *Quality of Life Research*, 16, 961-968. doi: 10.1007/s11136-007-9214-4.
- Kadivar, H., Garvie, P.A., Sinnock, C., Heston, J.D. y Flynn, P.M. (2006). Psychosocial profile of HIV-infected adolescents in a Southern US urban cohort. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 18, 544-549. doi: 10.1080/13548500500228763.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. En S. Rachman (Ed.): *Medical psychology* (pp. 17-30). New York: Pergamon.
- Lyketsos, C.G., Hoover, D.R., Guccione, M., Senterfitt, W., Dew, M.A., Wesch, J., VanRaden, M.J., Treisman, G.J. y Morgenstern, H. (1993). Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. Multicenter AIDS Cohort Study. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2563-2567.
- Moscovici, S. (1998). Social consciousness and its history. *Culture and Psychology*, 4(3), 411-429.
- Moskowitz, J.T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65, 620-626.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., Fletcher, M.A. y Schneiderman, N. (2008). Written emotional disclosure and processing of trauma are associated with protected health status and immunity in people living with HIV/AIDS. *British Journal of Health Psychology*, 13, 81-84. doi:10.1348/135910707X250884.
- Olley, B.O. y Bolajoko, A.J. (2008). Psychosocial determinants of HIV-related quality of life among HIV-positive military in Nigeria. *International Journal of STD & AIDS*, 19, 94-98.

- Ortiz C., R. (1992). Grupos de apoyo para hombres gay HIV seropositivos: un estudio de caso en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 189-200.
- Remor, E., Ballester A., R., Espada S., J.P. y Gordillo M., V. (2008). La investigación e intervención psicológica en el ámbito de la infección por VIH en España: una revisión. En J. A. Piña L. y J.J. Sánchez-Sosa (Comps.): *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH*. México: Plaza y Valdés.
- Rivera, J. y Gallardo, C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud: claves de un nuevo modelo socio-sanitario*. México: Plaza y Valdés.
- Secretaría de Salud (2000). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM- 010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana*. México: Autor. Disponible en línea: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html>.
- Shacham, E., Reece, M., Ong'or, W.O., Omollo, O., Monahan, P.O. y Ojwang, C. (2008). Characteristics of psychosocial support seeking during HIV-related treatment in Western Kenya. *AIDS, Patient Care and STD's*, 22(7), 595-601.
- Siegel, K. y Lekas, H. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*, 16(4), 69-76.
- Siegel, K. y Schrimshaw, E.W. (2007). The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. *AIDS Behavior*, 11, 421-433. doi: 10.1007/s10461-006-9186-3.
- Sikkema, K.J., Kalichman, S.C., Hoffmann, R., Koob, J.J., Kelly, J.A. y Heckman, T.G. (2000). Coping strategies and emotional wellbeing among HIV-infected men and women experiencing AIDS-related bereavement. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 12(5), 613-624.
- Swaans, K., Broerse, J., Van Diepen, I., Saiomon, M., Gibson, D. y Bunders, J. (2008). Understanding diversity in impact and responses among HIV/AIDS-affected households: the case of Msinga, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 7(2), 167-178. doi: 10.2989/AJAR.2008.7.2.2.519.
- Turner-Cobb, J.M., Gore-Felton, Ch., Marouf, F., Koopman, Ch., Kim, P., Israelski, D. y Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 337-353.