

Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos

AIDS coping strategies in HIV-seropositive patients

Jaime Ernesto Vargas Mendoza¹, Minerva Cervantes Ramírez²
y Jorge Everardo Aguilar Morales²

RESUMEN

En este trabajo se evaluaron las estrategias de afrontamiento psicológico ante su condición médica en un grupo de veinte pacientes infectados con VIH y sentar así las bases para el diseño de programas de intervención que pudieran ofrecerles una mejor calidad de vida. Para ello, se utilizó como instrumento de evaluación de los estilos de afrontamiento la Escala Breve de Estrategias de Confrontación. Los resultados obtenidos muestran algunas diferencias relativas al género de los pacientes y a la antigüedad de su diagnóstico. Al final, se discuten opciones de intervención, de acuerdo a los datos obtenidos.

Palabras clave: VIH/sida; Estrategias de afrontamiento; Intervención psicológica.

ABSTRACT

In this study, the psychological strategies to face AIDS in a group of twenty patients with HIV was evaluated in order to design an intervention program to offer them a higher quality of life. The Brief-Cope Scale was used as a measuring instrument. Results show some differences between patients of different genre and the time elapsed from the diagnosis. At the end of this work some intervention options are discussed according to the results.

Key words: HIV/AIDS; Coping strategies; Psychological intervention.

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una condición en la que se desploma el sistema inmunológico y es incapaz de luchar contra las infecciones. El sida es causado por el virus llamado VIH, esto es, el virus de inmunodeficiencia humana.

Cuando una persona se infecta con VIH, el virus entra en el cuerpo y se multiplica principalmente en los glóbulos blancos (células que normalmente protegen de las enfermedades). El virus del VIH debilita el sistema inmunológico, dejando al cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades, que van desde la neumonía hasta el cáncer.

El virus se disemina cuando los fluidos de una persona infectada con VIH pasan al cuerpo de otra persona. La infección puede ocurrir mediante el sexo no protegido (anal, vaginal u oral), el uso de agujas

¹ Hospital General de Zona 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación en Oaxaca, Calzada Madero 1304, Col. Centro, 68000 Oaxaca, Oax., México, tel. (951)514-20-63, sitio web: www.conductitlan.net, correo electrónico: je_vargas@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 10 de junio y aceptado el 23 de noviembre de 2008.

² Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C./Centro Regional de Investigación en Psicología, Calzada Madero 1304, Col. Centro, 68000 Oaxaca, Oax., México, tel. (951)549-59-23, sitio web: www.conductitlan.net, correo electrónico: jorgeever@yahoo.com.mx.

contaminadas, jeringas y otros instrumentos punzo cortantes, o bien a través del contagio de madre a hijo durante el embarazo, el alumbramiento y la alimentación al seno materno. Actualmente, en muchas partes del mundo la inspección de los suplementos de sangre ha eliminado virtualmente el peligro de la infección por transfusiones de sangre. No obstante, algunas personas temen que el VIH se pueda transmitir de otras maneras (a través del aire, el agua o las picaduras de los insectos), pero no hay evidencia científica que apoye ninguno de estos temores. El VIH puede también afectar directamente al cerebro, causando deterioro en la memoria y el pensamiento; adicionalmente, algunos medicamentos que se emplean para combatir o aminorar sus efectos pueden tener efectos colaterales sobre la salud mental.

Los problemas en la salud mental pueden afectar a cualquiera, pero las personas con VIH son más proclives a experimentar un amplio rango de condiciones de riesgo a su salud mental en el curso de sus vidas. Lo más común son los sentimientos vinculados a un agudo malestar emocional, depresión y ansiedad, que frecuentemente acompañan a las experiencias adversas de la vida.

Malestar emocional. Recibir un diagnóstico de VIH positivo puede producir fuertes reacciones emocionales. Al principio, provoca un estado de choque y negación que puede cambiar a sentimientos de temor, culpa, ira, tristeza y desesperanza. Algunas personas desarrollan incluso ideación suicida. Es comprensible que el enfermo pueda sentirse desesperado, temeroso de la enfermedad, la incapacidad e incluso la muerte.

Depresión. La depresión es una grave condición que afecta los pensamientos, las emociones y la habilidad requerida para el funcionamiento en la vida diaria. Es el doble de lo común en las personas con VIH, comparada con la que se observa en la población general. La depresión se caracteriza sobre todo por la presencia de la mayoría de los siguientes síntomas: tristeza, apatía, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en las actividades, cambios en el apetito y el peso corporal, problemas para dormir, descuido personal y posiblemente pensamientos suicidas. Algunas investigaciones han reportado que aproximadamente un quinto de la población afectada (19%) ma-

nifiesta esta ideación suicida, y que aquellos pacientes que reportan una mayor autoeficacia para afrontar la enfermedad son menos susceptibles a tales pensamientos (Carrico, Johnson, Morin y cols., 2007).

Ansiedad. La ansiedad es un sentimiento de pánico o aflicción que frecuentemente se acompaña de síntomas físicos, como sudoración, dificultad para respirar, taquicardia, agitación, nerviosismo, cefalea y pánico. La ansiedad puede coexistir con la depresión o ser vista como un desorden por sí misma, frecuentemente causada por circunstancias que producen temor, confusión o inseguridad. Cada persona con VIH y cada experiencia de ansiedad son únicas.

Calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un instrumento para evaluar la calidad de vida de los enfermos en cuatro dimensiones: psicosocial, física, ambiental y general. Cuando se ha utilizado para supervisar a una muestra de pacientes portadores de VIH, se ha visto que en la dimensión psicosocial son variables importantes el apoyo emocional que recibe el paciente, las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y en el problema y el estado civil de los enfermos (Seidl, Zannon y Troccoli, 2005).

En el contexto general de las enfermedades crónicas, las investigaciones respecto al afrontamiento señalan que el uso de estrategias centradas en el problema son las de mayor utilidad para la persona en tanto que se relacionan con un mayor bienestar físico. Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estrategias paliativas, como es el centrarse en las emociones o el escape conductual o cognitivo, manifiestan un mayor malestar físico (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Los hallazgos de investigaciones con pacientes crónicos indican que es mucho menos frecuente el uso de métodos de afrontamiento activos, y que los métodos que involucran posturas más pasivas son los más utilizados.

Los estudios sobre afrontamiento y enfermedad crónica buscan determinar los estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas. Se ha sugerido que el afrontamiento de tipo activo (que busca ejecutar acciones directas con el fin de apartar o evitar

el estresor) y el estilo enfocado en el problema (orientado a cambiar o eliminar la fuente de la amenaza) parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo; por su parte, los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape parecen estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como depresión y ansiedad. Sin embargo, algunas investigaciones reconocen que el uso de estrategias mixtas (centradas en el problema y en la emoción) brindarían una mayor versatilidad al afrontamiento de las condiciones estresantes, ya que el meramente centrado en el problema es útil cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio, el enfocado en la emoción muestra mayores resultados positivos cuando la enfermedad se percibe como incontrolable. Por eso, se considera que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra tratando de tener variedad y versatilidad de respuestas que procuren una mejor adaptación debido a que no todos los estilos y estrategias son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad. Así, desarrollar la capacidad de aceptar las limitaciones y pérdidas que la enfermedad impone y mantener un balance entre los sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo son la clave de un afrontamiento eficaz (Aldwin, 2000; Felton y Revenson, 1984).

Recibir el diagnóstico de cualquier enfermedad que amenace la vida es devastador. Pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras del VIH-sida pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil. Cuando se habla de afrontamiento, se atiende a la clásica definición de Lazarus y Folkman (1986), quienes lo definen como “aquellos esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Las personas con VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que, en conjunto, constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. Por ello, se han conducido diversas investigaciones que pretenden iden-

tificar los estilos de afrontamiento que pudieran estar relacionados con alteraciones en la inmunocompetencia y en la progresión de la infección por el VIH, así como aquellos otros más adaptativos que no derivarían en decrementos de la competencia inmune ni en estados afectivos negativos.

En un estudio realizado recientemente en España en un grupo de 229 pacientes con infección por VIH, se encontró, en cuanto a las estrategias específicas utilizadas por los sujetos, que su frecuencia de uso había sido, en primer lugar, la resignación pasiva (aceptación pasiva de su condición), seguida por el crecimiento personal (búsqueda de un significado y abstracción selectiva hacia lo positivo), la implicación activa-positiva (potenciación de los recursos personales y del espíritu de lucha), la rumiación pasivo-cognitiva (pensamientos circulares sobre cuestiones no relacionadas con la solución de problemas), la distracción (actividades distractoras), la expresión activa y búsqueda de información (expresión de emociones y demanda de información), la confianza activa en otros (búsqueda de apoyo emocional) y la evitación o comportamiento pasivo (conductas de aislamiento y tentativa ineficaz de reducción del estrés) (Carroles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

La investigación del efecto de los estilos de afrontamiento emocional de la infección con VIH parece iniciarse en 1993, cuando se reporta haberse observado en pacientes seropositivos sintomáticos una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de un alto número de células *Natural Killer*, una baja preocupación en los sujetos acerca de la infección por VIH, un bajo nivel de fatiga y la práctica correcta de autocuidados (Temoshok, 1993).

A pesar de algunos resultados controvertidos, al considerar el conjunto de estudios realizados se observa que la mayoría de ellos informan que un estilo de afrontamiento activo, con una confrontación adecuada de las propias emociones, está relacionado con un mejor nivel de la función inmune, y que el afrontamiento activo cognitivo y conductual tiene que ver con un mayor bienestar y unos estados afectivos positivos; a su vez, el afrontamiento por evitación está relacionado con estados afectivos negativos y con un menor apoyo social percibido (Carboles y cols., 2003). No obstante,

responder a la demanda diaria que impone el VIH exige el empleo de distintos modos o estilos de afrontamiento. Las personas en estadios asintomáticos, por ejemplo, usan más frecuentemente los estilos de afrontamiento de evitación y distanciamiento; en cambio, en las personas sintomáticas es el estilo de afrontamiento centrado en la emoción el que más se lleva a cabo, probablemente porque el curso de la enfermedad es menos controlable que en los estados asintomáticos (Kang, 1999).

También hay que decir que no se han encontrado diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento relacionadas con algunas variables, como el origen étnico de los pacientes, el nivel de deterioro de su salud (Carboles y cols., 2003), el hecho de ser o no toxicómanos (Pernas, Iraurgi, Bermejo y cols., 2001) y vivir o no en situación de exclusión social (Flores-Sarazúa, Borda y Pérez-San Gregorio, 2006).

El presente estudio tuvo el propósito de esclarecer los estilos de afrontamiento ante la infección del VIH en un grupo de pacientes diagnosticados con esta enfermedad crónica, y observar si estos cambiaban de acuerdo al tiempo desde que el paciente recibió el diagnóstico.

MÉTODO

Sujetos

En este estudio descriptivo, transversal y prospectivo participaron veinte pacientes seropositivos que recibían atención médica y tratamiento farmacológico en el Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación en Oaxaca (México). La edad promedio de los sujetos fue de 37 años, con un rango de entre 27 y 52 años; once de ellos tenían estudios de licenciatura y nueve de bachillerato. De ellos, trece eran del sexo masculino y siete del femenino. Diez sujetos tenían menos de cinco años de haber recibido el diagnóstico, y diez más de cinco años. Todos participaron de manera voluntaria y anónima.

Materiales

Se utilizó como instrumento de evaluación de los estilos de afrontamiento la Escala Breve de Estrategias de Confrontación (Brief COPE), adaptada a partir de Carver (1997).

Procedimiento

Fase I. Se aplicó la escala a los pacientes de manera individual durante su consulta programada en el hospital. Su participación fue anónima y voluntaria.

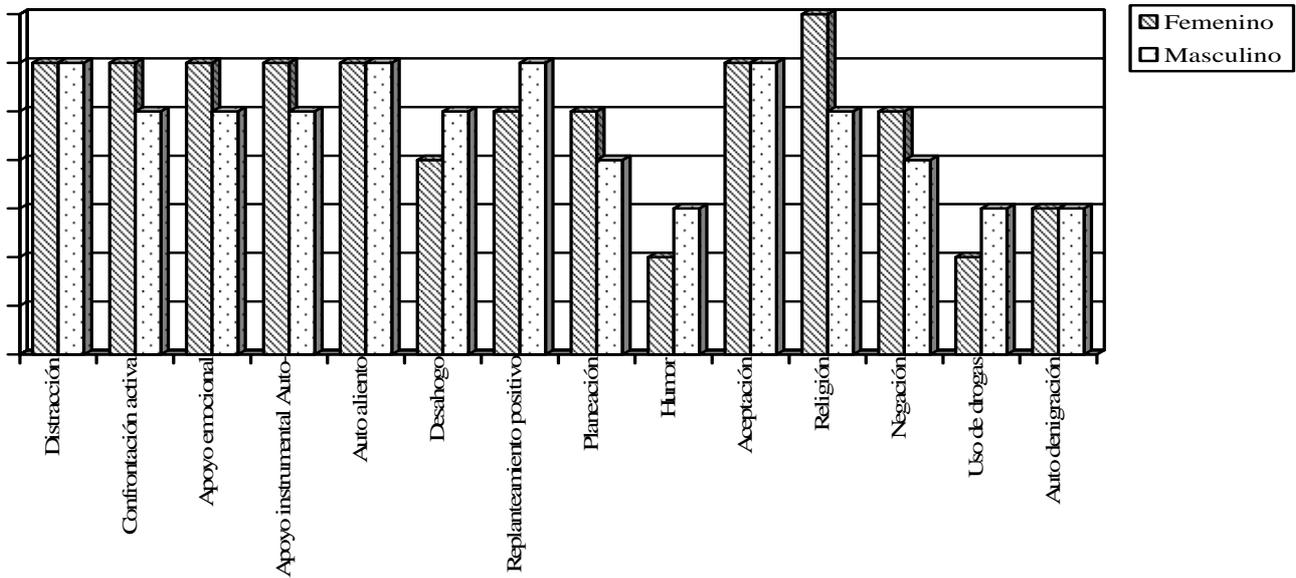
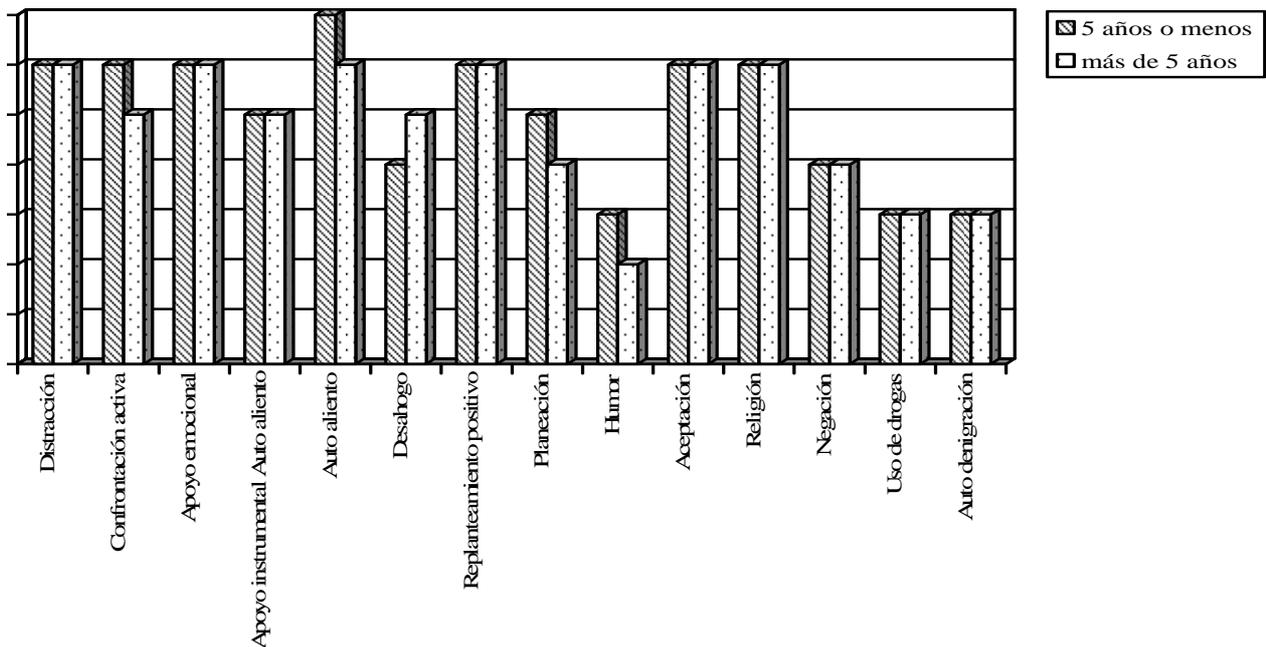
Fase II. Se trataron los datos mediante estadísticas descriptivas y se graficaron los resultados.

RESULTADOS

En la Figura 1 se muestra el puntaje promedio de los sujetos en relación con su género. Es posible apreciar que el estilo de afrontamiento más frecuente en las mujeres es el apego a la religión y que adoptan un mecanismo de negación de su realidad con más frecuencia que los hombres.

Por su parte, estos hacen más uso de las drogas y del humor, pero también recurren un poco más frecuentemente al replanteamiento positivo de su realidad y al desahogo de sus emociones. Sin embargo, con menos frecuencia que las mujeres, confrontan de manera activa y buscan apoyo emocional o instrumental.

En la Figura 2 se presentan los resultados de la comparación entre los pacientes que fueron diagnosticados hacía cinco años o menos y quienes tenían más de ese tiempo. Ahí se puede observar que en los primeros años de recibir el diagnóstico los pacientes recurren al autoaliento como principal estilo de afrontamiento de su condición; también muestran más capacidad para hacer planes sobre su persona y recurrir al humor. Los pacientes con más de cinco años de haber sido diagnosticados manifiestan una mayor recurrencia al desahogo de sus emociones y reducen ligeramente su capacidad de confrontación activa.

Figura 1. Género de los sujetos.**Figura 2.** Tiempo desde el Dx.

DISCUSIÓN

El apego a la religión y la negación en las mujeres de esta muestra de pacientes VIH positivos son estilos de afrontamiento caracterizados por una respuesta de evitación psicológica de su condición de salud que advierten sobre un mayor riesgo de sufrimiento emocional y un pronóstico de deterio-

ro corporal. Es por ello que estos pacientes probablemente requieran de una intervención psicológica que les ayude a encontrar mejores estilos. Los varones, por otra parte, necesitan ayuda para no recurrir al uso de sustancias o drogas y para buscar un mayor apoyo emocional, ya que se sabe que el apoyo emocional y el afrontamiento centrado en las emociones son predictores significativos de una

mejor calidad de vida (Seidl y cols., 2005). En ambos géneros, cuando han transcurrido más de cinco años desde el diagnóstico, los pacientes reducen su capacidad de confrontación activa y necesitan de mayor motivación para continuar su lucha contra la enfermedad.

Recientemente, se ha visto que la búsqueda en Internet de información relacionada con la salud puede conceptuarse como un estilo de afrontamiento activo (Kalichman, Cain, Cherry y cols., 2005), y es posible que tal estrategia pueda ser benéfica para la salud de la población estudiada. Dentro de estas posibilidades, existe por ejemplo la lista de recomendaciones que dispone en la red la Clínica Mayo (2009), un documento breve y directo para ayudar a los pacientes en el aspecto emocional al estar viviendo con la infección por VIH.

La psicoterapia de grupo, no obstante, es la estrategia de intervención psicológica que ha reportado mayores beneficios psicológicos para estos pacientes, particularmente cuando además tienen que lidiar con la experiencia de atestiguar la muerte de otros pacientes con el mismo diagnóstico. El proyecto de Sikkema, Hansen, Ghebremichael y cols. (en prensa) consigna la intención de trabajar con un grupo de 250 pacientes de ambos géneros. Estos investigadores, en estudios piloto previamente realizados, encontraron que de 199 pacientes, 80% reportó la pérdida, debida al sida, de su cónyuge, de algún miembro de su familia o de alguna amistad cercana. Así pues, se trata de un estresor adicional que habrá de considerar en la psicoterapia de grupo. Un buen ejemplo de una intervención psicológica con pacientes VIH positi-

vos se halla en el reporte de Chesney, Chambers, Taylor, Johnson y Folkman (2003) sobre la psicoterapia de grupo ofrecida a 128 pacientes durante tres meses, en la cual se les proporcionaba un entrenamiento en confrontación psicológica eficiente de su condición, adicionada con un componente de información activa sobre el control del VIH. Los resultados mostraron una amplia y significativa disminución del estrés percibido y de la ansiedad.

A pesar de todo, aún hay que tomar con reservas el posible efecto benéfico de las estrategias de afrontamiento psicológico de la enfermedad sobre la salud mental de los pacientes. La investigación de Aldwin y Revenson (1987) revela que no hay un claro consenso sobre qué estrategias de afrontamiento son más efectivas, por lo que todavía se está lejos de hallar una estrategia de afrontamiento “dorada” que pueda instantáneamente resolver los problemas y restaurar el equilibrio emocional. No obstante, el análisis indica que hay diversos factores que pueden influir en la relación entre el afrontamiento y sus efectos en la salud mental, sobresaliendo entre ellos el tipo de problema enfrentado y el grado de estrés experimentado. Un problema, por ejemplo, está en determinar si los esfuerzos inefectivos por afrontar el estresor producen depresión, o si es la depresión la causa del afrontamiento inadecuado. No obstante, parece claro que el escapismo y la autodenigración tienen efectos directos sobre los síntomas y el sufrimiento emocional, y que quizá haya que prestar más atención a otras estrategias de salud, como el desarrollo de un mayor sentido del humor (Martin y Lefcourt, 1983).

REFERENCIAS

- Aldwin, C.M. (2000) *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Aldwin, C.M. y Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Carrico, A.W., Johnson, M.O., Morin, S.F., Remien, R.H., Charlobois, E.D., Steward, W.T. y Chosnoy, M.A (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Epidemiology and Social AIDS*, 21(9), 1199-1203.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long? Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-99.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

- Chesney, M.A., Chambers, D.B., Taylor, J.M., Johnson, L.M. y Folkman, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: Results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1038-1046.
- Felton, B.J. y Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 343-53.
- Flores-Sarazúa, E., Borda-Más, M. y Pérez-San Gregorio, M.A. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con sida, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 285-300.
- Kalichman, S.C., Cain, D., Cherry, Ch., Pope, H., Eaton, L. y Kalichman, M.O. (2005). Internet use among people living with HIV/AIDS: coping and health-related correlates. *Patient Care and STDs*, 19(7) 439-448.
- Kang, E. (1999). Optimism, coping, and psychological distress among HIV-seropositive and AIDS-diagnosed men. *Dissertation Abstracts International* (Section B: The Sciences and Engineering), 60, 2947.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Martin, R.A. y Lefcourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1313-1324.
- Mayo Clinic (2009). Monitor your health. *Mayo Clinic Health Manager*. Disponible en línea: <http://www.mayoclinic.com/health/hiv-aids/DS00005/DSECTION=11>.
- Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Páez, D. y Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Adicciones*, 13(4), 393-398.
- Seidl, E.M., Zannon, C.M. y Troccoli, B.T. (2005). Persons living with HIV/AIDS: coping, social support and quality of life. *Psychol. Reflex. Crit.*, 18(2), 188-195.
- Sikkema, K.J., Hansen, N.B., Ghebremichael, M., Kochman, A., Tarakeshwar, N., Meade, C.S. y Zhang, H. (en prensa). A randomized controlled trial of a coping group intervention for AIDS-bereaved HIV-positive adults: Longitudinal effects on grief. *Health Psychology*.
- Temoshok, L. (1993). Emotions and health outcomes: Some theoretical and methodological considerations. En H. C. Traue y J. W. Pennebaker (Eds.): *Emotion inhibition and health*. Seattle, WA: Hogrefe y Huber Publishers.