



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Facultad de Psicología
Departamento De Personalidad, Evaluación Y Tratamiento
Psicológicos

Tesis Doctoral

ALTERACIONES EMOCIONALES, VARIABLES DE
PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PERSONAS AFECTADAS POR SIDA

ENRIQUE FLORES SARAZUA
Sevilla, 2003

ALTERACIONES EMOCIONALES, VARIABLES DE
PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PERSONAS AFECTADAS POR SIDA

Tesis realizada bajo la dirección de las profesoras Dña. Mercedes Borda Más y Dña. M^a Ángeles Pérez San Gregorio en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, que para la obtención del grado de Doctor presenta D. Enrique Flores Sarazúa.

*..... A mis niños
a los que aún siguen,
a los que por ahí siguen,
a los que ya no están...*

A mi Emilín...



... aún sigo creyendo que es posible

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Mercedes Bertha Mús, por tu apoyo incondicional, por tu confianza. Ole Tii.

A la profesora M^{ra} Angeles Utrero San Gregorio, por tu "incansable cercanía, por tu incomparable interés". Ole Tii.

A la profesora Ana López, por "tu contagiosa paciencia estadística", Ole.

A Consuelo, Abraham y Sandra, por vuestra gratuita paciencia en los interminables protocolos. Ole.

A Cártilas, A Dña. Purificación, a D. Germin, por permitir que esta "locura de Texas" se hiciera en vuestras centros, por cada casa. Ole.

A "mi equipo" del Centro de Dña "El Valle" y de la Casa de Acogida "Fuera Hermosa", a mi Rosa, mi Solé, mi Chiqui, mi Viqui, Juan Carlos, mi Pili, mi Ana, mi Rafa, mi Gloria, mi Jorge... "esos locos empeñados en vivir"... hemos vivido juntos y eso queda... Ole vosotros.

Al Centro de Acogida Municipal de Sevilla, A los (CICU) Macarena y Juan XXIII, al Centro "Miguel de Mañara", al Centro de Acogida del Arzobispado de Córdoba, por vuestro buen hacer a pesar de tantos "perros". Ole vosotros.

A mi padre, a mi madre, mi Carmela, mi tía, mi tía, mis tíos, mi Juanma y mi Lucía, por vuestra casa y tía, por estar ahí. Ole vosotros.

*A mi Dani, mi Emilio, mi Ábra, mi Sandra, mi Valle, mi
Agelo, mi Nacho, mi David, mi Iván, mi Dani, mi
Teman, mi Filippo, David, mi Roci, mi Concha, mi
Pablo...estáis siempre, sin pedirnos nada...sois mi
fuerza...Ole vosotros.*

*A Paco, desde siempre y para siempre mi Paco. Ole
nosotros.*

*Y a Tl.... ya lo sabes "...sin Ti no puedo hacer nada". Ole
Ti.*

Y, porque no, Ole yo, por tantos Si y tantos No....

***Y es posible que suenen demasiados "mi", y no es que os
considere "míos", sino que vuestro amor me hacer sentir os
ya parte mía.***

Ole que Ole.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

1.Estado actual del VIH/SIDA: aspectos médicos.....	1
1.1. VIH/SIDA:conceptos básicos.....	1
1.1.1. Características generales del VIH.....	1
1.1.2. Clasificación por el VIH y criterios diagnósticos de SIDA.....	2
1.1.3. Evolución natural de la enfermedad.....	4
1.1.4. Glosario de términos.....	8
1.2. Epidemiología.....	12
1.2.1. Situación mundial.....	12
1.2.2. Los países desarrollados.	13
1.2.3. El SIDA en España.	14
1.2.4. Andalucía y el SIDA	17
2.Estado actual del VIH/SIDA: aspectos psicológicos.....	22
2.1. Alteraciones emocionales.....	22
2.1.1. Aspectos psicopatológicos en VIH/SIDA.....	22
2.1.1.1. Epidemiología.	27
2.1.1.2. Diagnóstico y curso.	28
2.1.2. Manifestaciones clínicas mas importantes.	30
2.1.2.1. Trastornos de ansiedad.	30
2.1.2.2. Trastornos del estado de ánimo.	35
2.1.2.3. Otros trastornos.....	46
2.2. Personalidad.	58
2.2.1. Modelos explicativos.....	61
2.2.2. Evaluación y Diagnóstico.....	62
2.2.3. Clasificación de los Trastornos de Personalidad.....	66
2.2.4. Variables de personalidad.....	82
2.3. Estrategias de afrontamiento.	84
2.3.1. Concepto y Modelos explicativos.....	84
2.3.2. Evaluación	87
2.3.3. Estrategias de afrontamiento y enfermos de VIH/ SIDA... ..	89
2.3.4. Tipología de las estrategias de afrontamiento.....	93
3.Intervención integral en VIH/SIDA.....	97
3.1. Intervención médica.....	97
3.1.1.-Tratamientos antirretrovirales.....	97
3.1.1.1.-Evolución de la terapia antirretroviral.....	97

3.1.1.2.-Fármacos actuales: descripción y efectos secundarios.....	102
3.1.1.3.-Adherencia terapéutica: factores determinantes y estrategias para mejorarla.....	115
3.1.1.4.-Alternativas terapéuticas a los fármacos antirretrovirales.....	122
3.1.2.-Tratamientos psiquiátricos	124
3.1.2.1.-Trastornos afectivos.....	125
3.1.2.2.-Trastornos disociativos.....	128
3.1.2.3.-Trastornos de ansiedad.....	129
3.1.2.4.- Delirium.	130
3.1.2.5.- Demencia.	130
3.1.2.6.- Wasting Syndrome.....	131
3.1.3. Tratamiento de las politoxicomanías	131
3.1.3.1.Objetivos de los programas de intervención.	131
3.1.3.2.Tipos de programas de intervención.	132
3.2. Tratamientos psicológicos.....	137
3.2.1. Importancia de la intervención psicológica y objetivos.....	137
3.2.2. Counselling en pacientes con VIH/SIDA.....	139
3.2.3. Técnicas y programas específicos.....	151
3.2.3.1. Relajación.....	151
3.2.3.2. Técnicas operantes.....	153
3.2.3.3. Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	153
3.2.3.4. Técnicas cognitivas..	153
3.2.3.5. Habilidades de afrontamiento.....	155
3.2.3.6. Solución de problemas.....	157
3.2.4. Pacientes con SIDA en estadio terminal: cuidados paliativos.....	161
3.3. Intervención social.....	164
3.3.1. Importancia de la intervención social y objetivos.....	164
3.3.2. Exclusión social y el SIDA.....	172
3.3.3. La enfermedad del SIDA y las pensiones de invalidez.....	175
3.3.4. Grupos de ayuda mutua y organizaciones de voluntariado.	176
3.3.5. Las Organizaciones No Gubernamentales.	178
3.3.6. La intervención privada: Casa de acogida.	178

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

1. Objetivos.....	183
2. Hipótesis.....	184

III. MATERIAL Y METODO

1. Selección de los grupos muestrales.....	189
2. Descripción de los grupos muestrales.....	193
2.1. Grupo A). Personas con la enfermedad SIDA, con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social.....	193
2.2. Grupo B). Personas con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social.....	195
2.3. Grupo C). Personas que viven en una situación de exclusión social.	197
2.4. Grupo D). Población normal, sin patología detectada y en situación de adaptación socia.....	198
3. Descripción de los instrumentos empleados.	218
3.1. Material testológico.....	218
3.1.1. Entrevista semiestructurada de elaboración propia.....	218
3.1.2. Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD)	219
3.1.3. Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS).....	220
3.1.4. Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	220
3.1.5. Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II).....	222
4. Procedimiento de aplicación de las pruebas.....	230
5. Material informático y estadístico.....	232
5.1. Material informático.	232
5.2. Métodos estadísticos.....	232

IV. RESULTADOS

Hipótesis 1.1. y 1.2.....	234
Hipótesis 2.1.....	243
Hipótesis 3.1, 3.2 y 3.3.....	260
Hipótesis 1.3.....	266
Hipótesis 2.2.....	277
Hipótesis 3.4.....	299

V. DISCUSIÓN

1. Fundamentos conceptuales.....	318
2. Discusión de material y método.....	328
3. Discusión de los resultados.....	336
4. Proyecto de intervención.....	361

VI. CONCLUSIONES..... 367

VII. RESUMEN..... 371

VIII. REFERENCIAS..... 377

ANEXOS..... 396

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de la infección por VIH.....	2
Tabla 2: Enfermedades relacionadas con la infección por el VIH	3
Tabla 3: Situaciones clínicas diagnósticas de SIDA en el adulto	3
Tabla 4: Prevalencia mundial VIH/SIDA.....	13
Tabla 5: SIDA en España. Datos acumulados desde 1981.....	16
Tabla 6: SIDA en Andalucía. Datos acumulados desde 1981.....	17
Tabla 7: Trastornos psiquiátricos en los pacientes con infección por VIH.....	25
Tabla 8: Causas de trastornos psiquiátricos en pacientes infectados por VIH .	26
Tabla 9: Criterios diagnósticos generales para un trastorno de personalidad .	67
Tabla 10: Criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad.....	81
Tabla 11: Fármacos antirretrovirales.....	103
Tabla 12: Efectos secundarios neuropsiquiátricos.....	114
Tabla 13: Causas potenciales de incumplimiento del tratamiento y posibles estrategias de intervención.....	118
Tabla 14: Asociación entre situaciones específicas, dimensiones generales y renta en exclusión social.....	173
Tabla 15: Número de sujetos en los distintos grupos muestrales.....	199
Tabla 16: Distribución de frecuencias y porcentajes según sexo	200
Tabla 17: Edad media en los distintos grupos muestrales.....	200
Tabla 18: Distribución de frecuencias y porcentajes según lugar de nacimiento.....	200
Tabla 19: Distribución de frecuencias y porcentajes según lugar de residencia.....	201
Tabla 20: Distribución de frecuencias y porcentajes según ocupación.....	201
Tabla 21: Distribución de frecuencias y porcentajes según tipo de centro.	201

Tabla 22: Distribución de frecuencias y porcentajes según tiempo de estancia en el centro.....	202
Tabla 23: Distribución de frecuencias y porcentajes según ingresos económicos.....	202
Tabla 24: Distribución de frecuencias y porcentajes según fuente de los ingresos económicos.....	203
Tabla 25: Distribución de frecuencias y porcentajes según domicilio habitual.	203
Tabla 26: Distribución de frecuencias y porcentajes según propiedad del domicilio habitual.	204
Tabla 27: Distribución de frecuencias y porcentajes según si comparte el domicilio habitual.	204
Tabla 28: Distribución de frecuencias y porcentajes según si existen contactos familiares.	204
Tabla 29: Distribución de frecuencias y porcentajes según historia judicial: número de años en prisión, número de ingresos y número de juicios pendientes.....	205
Tabla 30: Distribución de frecuencias y porcentajes según situación judicial actual.....	205
Tabla 31: Distribución de frecuencias y porcentajes según tiempo de infección VIH/SIDA.....	206
Tabla 32: Distribución de frecuencias y porcentajes según vía de contagio de infección VIH/SIDA.....	206
Tabla 33: Distribución de frecuencias y porcentajes según categoría de infección VIH/SIDA.....	207
Tabla 34: Distribución de frecuencias y porcentajes según tiempo desde la última revisión médica.....	207
Tabla 35: Distribución de frecuencias según enfermedades que padece.....	208
Tabla 36: Número de enfermedades media en los distintos grupos muestrales.....	208

Tabla 37: Distribución de frecuencias y porcentajes según si recibe tratamiento antirretroviral.....	209
Tabla 38: Distribución de frecuencias y porcentajes de número de fármacos y tiempo de tratamiento en las personas VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral.....	209
Tabla 39: Distribución de frecuencias de tipo de tratamiento en las personas VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral.....	209
Tabla 40: Distribución de frecuencias y porcentajes según tratamiento que recibe (distinto del tratamiento antirretroviral)..	210
Tabla 41: Distribución de frecuencias y porcentajes según tipo de tóxico consumido.....	211
Tabla 42: Distribución de frecuencias y porcentajes según vía de administración de tóxico consumido.....	211
Tabla 43: Distribución de medias y desviación tipo según tiempo total de consumo y tiempo de abstinencia actual	212
Tabla 44: Distribución de frecuencias y porcentajes según duración del último consumo.....	212
Tabla 45: Distribución de frecuencias y porcentajes según programa mantenimiento con metadona (PMM).	212
Tabla 46: Distribución de frecuencias según salud mental: historia anterior (trastornos más frecuentes).....	213
Tabla 47: Distribución de frecuencias y porcentajes según salud mental: historia anterior (tiempo transcurrido desde el trastorno).....	214
Tabla 48: Distribución de frecuencias y porcentajes según salud mental: historia anterior (tratamiento realizado).....	214
Tabla 49: Distribución de frecuencias y porcentajes según salud mental: historia actual (trastornos mas frecuentes).....	215
Tabla 50: Distribución de medias y desviación tipo según salud mental: historia anterior (tiempo transcurrido desde el trastorno).....	215
Tabla 51: Distribución de frecuencias y porcentajes según salud mental: historia actual (tratamiento que realiza).....	216

Tabla 52: Distribución de frecuencias según salud mental: historia actual (tratamiento psiquiátrico que realiza).....	216
Tabla 53: Número medio de fármacos que reciben los distintos grupos muestrales.....	217
Tabla 54: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT1(Esquizoide)	235
Tabla 55: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT2 (Evitativa).	235
Tabla 56: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT3 (Dependiente).....	235
Tabla 57: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT4 (Histriónica).	235
Tabla 58: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT5 (Narcisista)	235
Tabla 59: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT6A (Antisocial).....	235
Tabla 60: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT6B (Agresivo-sádica).....	236
Tabla 61: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT7 (Compulsiva).....	236
Tabla 62: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT8A (Pasivo-agresiva).....	236
Tabla 63: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT8B (Autodestructiva).	236
Tabla 64: Prueba de homogeneidad de varianzas en las escalas de patrones básicos de personalidad clínica MCMI-II.	238
Tabla 65: ANOVA de un factor en las escalas de patrones básicos de personalidad clínica.....	239
Tabla 66: Comparaciones múltiples Post hoc para MT4 (Histriónica)	239
Tabla 67: Comparaciones múltiples Post hoc para MT5 (Narcisista)	240
Tabla 68: Comparaciones múltiples Post hoc para MT6B (Agresivo-sádica)	240
Tabla 69: Prueba de Kruskal-Wallis en las escalas de patrones básicos de personalidad clínica en los distintos grupos.....	241
Tabla 70: Prueba U de Mann-Whitney para MT1: Esquizoide.....	241

Tabla 71: Prueba U de Mann-Whitney para MT2: Evitativa	241
Tabla 72: Prueba U de Mann-Whitney para MT6A: Antisocial..	241
Tabla 73: Prueba U de Mann-Whitney para MT7: Compulsiva	241
Tabla 74: Prueba U de Mann-Whitney para MT8A: Pasivo-agresiva	242
Tabla 75: Prueba U de Mann-Whitney para MT8B: Autodestructiva	242
Tabla 76: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 1: "Me siento tenso o nervioso"	243
Tabla 77: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 2: "Todavía disfruto con lo que antes me gustaba".....	244
Tabla 78: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 3: "Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder" ...	244
Tabla 79: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 4: "Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas".....	244
Tabla 80: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 5: "Tengo mi mente llena de preocupaciones"	244
Tabla 81: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 6: "Me siento alegre"	244
Tabla 82: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 7: "Puedo estar sentado tranquilo y sentirme relajado".....	244
Tabla 83: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 8: "Me siento como si cada día estuviera más lento"	245
Tabla 84: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 9: "Tengo una extraña sensación como de "aleteo" en el estómago"	245
Tabla 85: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 10: "He perdido interés por mi aspecto personal".....	245
Tabla 86: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 11: "Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme"	245
Tabla 87: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 12: " Me siento optimista respecto al futuro"	245

Tabla 88: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 13: “Me asaltan sentimiento repentinos de pánico”	246
Tabla 89: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 14: “Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV “	246
Tabla 90: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HADA: Índice general de ansiedad.....	246
Tabla 91: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HADD: índice general de depresión.....	246
Tabla 92: Prueba de homogeneidad de varianzas en HAD	248
Tabla 93: ANOVA de un factor para HAD8.....	248
Tabla 94: Prueba H de Kruskal-Wallis en HAD	249
Tabla 95: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 1: “Me siento tenso o nervioso”	249
Tabla 96: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 2: “Todavía disfruto con lo que antes me gustaba”.....	249
Tabla 97: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 3: “Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder”	250
Tabla 98: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 4: “Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas”.....	250
Tabla 99: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 5: “Tengo mi mente llena de preocupaciones”.....	250
Tabla 100: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney HAD 6: “Me siento alegre”.....	250
Tabla 101: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 9: ”Tengo una extraña sensación como de “aleteo” en el estómago”. 250	
Tabla 102: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 11: “Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme”	250
Tabla 103: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 13: “Me asaltan sentimiento repentinos de pánico”.....	250

Tabla 104: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 14: “Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV”	251
Tabla 105: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HADA: Índice general de ansiedad (1-3).....	251
Tabla 106: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney HADD: índice general de depresión (1-3).....	251
Tabla 107: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 1 : Aprobación.....	251
Tabla 108: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 2: Amor.....	252
Tabla 109: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 3: Ejecución.....	252
Tabla 110: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 4: Perfeccionismo.....	252
Tabla 111: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 5: Derecho sobre los otros.....	252
Tabla 112: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 6: Omnipotencia.	252
Tabla 113: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 7: Autonomía.....	252
Tabla 114: Prueba de homogeneidad de varianzas el DAS	254
Tabla 115: ANOVA un factor para DAS.....	254
Tabla 116: Comparaciones múltiples post hoc para DAS 3: Ejecución.....	255
Tabla 117: Comparaciones múltiples post hoc para DAS 7: Autonomía.....	255
Tablas 118: Prueba de Kruskal-Wallis para DAS1, DAS4 y DAS 5.....	255
Tabla 119: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en DAS4: perfeccionismo.....	255
Tabla 120: Pruebas no paramétricas de Mann- en DAS 5: derecho sobre los demás.....	256
Tabla 121: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTA: Ansiedad.....	256
Tabla 122: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTN: Hipomanía.....	256
Tabla 123: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTD: Distimia.....	256
Tabla 124: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTSS: Pensamiento psicótico.	256

Tabla 125: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTCC: Depresión mayor.....	257
Tabla 126: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTPP: Trastorno delirante....	257
Tabla 127: Prueba de homogeneidad de varianzas en MCMI-II.....	258
Tabla 128: Prueba H de Kruskal-Wallis en MCMI-II.....	258
Tabla 129: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTA: Ansiedad.	258
Tabla 130: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTN: Hipomanía.....	259
Tabla 131: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTD: Distimia.	259
Tabla 132: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTSS: Pensamiento psicótico.....	259
Tabla 133: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTCC: Depresión mayor.....	259
Tabla 134: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTPP: Trastorno delirante.....	259
Tabla 135: Medias y desviación tipo (D.T) de LI: Confrontación.....	261
Tabla 136: Medias y desviación tipo (D.T) de LII: Distanciamiento.....	261
Tabla 137: Medias y desviación tipo (D.T) de LIII: Autocontrol.....	261
Tabla 138: Medias y desviación tipo (D.T) de LIV: Búsqueda de apoyo social	261
Tabla 139: Medias y desviación tipo (D.T) de LV: aceptación de la responsabilidad	262
Tabla 140: Medias y desviación tipo (D.T) de LVI: Huida-Evitación	262
Tabla 141: Medias y desviación tipo (D.T) de LVII: Planificación.....	262
Tabla 142: Medias y desviación tipo (D.T) de LVIII: Reevaluación positiva....	262
Tabla 143: Prueba de homogeneidad de varianzas en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman	263
Tablas 144: ANOVA de un factor para Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	264

Tabla 145: Comparaciones múltiples <i>a posteriori</i> en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman	265
Tabla 146: Estadísticos de contraste para Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman: Prueba de Kruskal-Wallis. .	265
Tabla 144: Matriz de componentes principales del DAS.....	278

***RELACIÓN DE
FIGURAS***

Grafico 1: Modalidades de tratamiento antirretroviral en consultas externas ..	99
Gráfico 2: Modalidades de tratamiento antirretroviral.....	100
Gráfico 3: Prevalencia de tratamiento antirretroviral en consultas externas...	101
Gráfico 4: Ciclo vital del virus VIH y sitio de acción de los Fármacos antirretrovirales.....	104
Gráfico 5: Medias de los distintos grupos en el MCMI-II (escalas básicas)....	237
Gráfico 6: Porcentaje de casos que superan la puntuación 74 en los distintos grupos en el MCMI-II (escalas básicas).....	237
Gráfico 7: Número de sujetos que según el HAD presentan ansiedad/depresión.....	247
Gráfico 8: Número de sujetos que superan los valores “0”, categorizados por el DAS como “área de fortaleza psicológica”.....	253
Gráfico 9: Porcentaje de casos que superan la puntuación 74 en el MCMI-II (síndromes clínicos y graves).....	257
Gráfico 10: Tiempo Centro en MCMI-II (escalas básicas).....	267
Gráfico 11: Tiempo de infección SIDA en MCMI-II (escalas básicas).....	270
Gráfico 12: Tiempo de tratamiento antirretroviral en MCMI-II (escalas básicas).....	271
Gráfico 13: Tóxicos consumidos en grupo SIDA en MCMI-II (escalas básicas).....	272
Gráfico 14: Tóxicos consumidos en grupo Drogadicción en MCMI-II (escalas básicas).....	273
Gráfico 15: Tiempo total de consumo en SIDA en MCMI-II (escalas básicas).	274
Gráfico 16: Tiempo total de consumo en Drogadicción en MCMI-II (escalas básicas).....	275
Gráfico 17: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Domicilio.....	279
Gráfico 18: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Domicilio.	280
Gráfico 19: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Domicilio.....	280
Gráfico 20: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Fuente de ingresos económicos.	282
Gráfico 21: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Fuente de Ingresos económicos.....	283

Gráfico 22: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Número de enfermedades.....	284
Gráfico 23: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Número de enfermedades.....	285
Gráfico 24: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Tiempo de abstinencia.....	288
Gráfico 25: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo de abstinencia.....	288
Gráfico 26: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Tiempo de abstinencia.....	289
Gráfico 27: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Duración del último consumo.....	290
Gráfico 28: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Duración del último consumo.....	291
Gráfico 29: Subescalas del Inventario MCCI-II en Duración del último consumo.....	291
Gráfico 30: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Tiempo total de consumo.....	293
Gráfico 31: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo total de consumo.....	293
Gráfico 32: Subescalas del Inventario MCCI-II en Tiempo total de consumo.....	294
Gráfico 33: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Metadona.....	296
Gráfico 34: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Metadona.....	296
Gráfico 35: Subescalas del Inventario MCCI-II en Metadona.....	297
Gráfico 36: Tiempo en Centro en Escalas de Modos de Afrontamiento	300
Gráfico 37: Domicilio habitual en Escalas de Modos de Afrontamiento.....	302
Gráfico 38: Cantidad de Ingresos económicos en Escalas de Modos de Afrontamiento.....	304
Gráfico 39: Contactos familiares en Escalas de Modos de Afrontamiento	306
Gráfico 40: Situación judicial actual en Escalas de Modos de Afrontamiento	308
Gráfico 41: Tiempo de la infección SIDA en Escalas de Modos de Afrontamiento.....	310
Gráfico 42: Tiempo de abstinencia actual en Escalas de Modos de Afrontamiento.....	311
Gráfico 43: Programa Mantenimiento Metadona en Escalas de Modos de Afrontamiento.....	313

Capítulo primero

INTRODUCCIÓN

1. ESTADO ACTUAL DEL VIH/SIDA: ASPECTOS MÉDICOS.

1.1. VIH/SIDA: CONCEPTOS BÁSICOS.

1.1.1. Características generales del VIH.

Hasta la actualidad se han identificado dos tipos de VIH: el VIH-1 y el VIH-2, como agentes causales de la mayoría de enfermedades relacionadas con el VIH (Flores, 1997), pero es el VIH-1 el que mayor incidencia presenta y por tanto en el que se centra la inmensa parte de la investigación.

El VIH-1 es un retrovirus perteneciente a la familia de los lentivirus citopáticos y es el responsable de una neurodegeneración progresiva lenta y de una inmunodeficiencia progresiva (Flores, 1997).

Las características fundamentales de este retrovirus son (Pascual, Corral y Ríos, 2000):

- Gran diversidad genética (virus ARN) y genoma muy complejo (lentivirus).
- Ciclo vital con dos fases: unión infectante (ARN) y provirus (ADN). Esta fase intermedia de integración en el genoma huésped le permite larguísimos períodos asintomáticos (latencia), a pesar de una viremia persistente.
- Se replica mediante un mecanismo inverso al habitual en los virus ARN. El papel fundamental lo juega una encima llamada transcriptasa inversa (TI).
- Sus células huésped son los linfocitos CD4, macrófagos, células nerviosas de microglía y células dendríticas residentes en mucosas (células de Langerhans).

1.1.2. Clasificación por el VIH y criterios diagnósticos de SIDA.

En Enero de 1993, *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), emite la segunda clasificación para el VIH. Se trata de un sistema clínico-inmunológico por el que los infectados se clasifican tanto en función de su eventualidad sintomatológica como de su recuento de linfocitos CD4.

Tabla 1: Clasificación de la infección por VIH (CDC, 1993).

		Categorías clínicas		
		A Asintomático	B Sintomático	C SIDA
Categorías Inmunológicas (según cifra de CD 4)	>500/ML (>29%)	A 1	B1	C1
	200-499/ML (14-28%)	A2	B2	C2
	<199/ML(< 14%) SIDA	A3	B3	C3

Como se muestra en la tabla 1, la categoría clínica A incluye a personas en primoinfección y asintomáticos, con o sin linfadenopatía generalizada persistente. La categoría B engloba a pacientes que presenten o hayan presentado síntomas debidos a enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionadas con la infección por el VIH o cuyo manejo y tratamiento suelen verse complicados debido a la presencia de esta última (tabla 2). En la categoría clínica C se integran

aquellos pacientes que presentan o hayan presentado alguna de las complicaciones diagnósticas de SIDA (tabla 3). En EEUU, se consideran SIDA los estadios C1, C2, C3, A3, B3, y en Europa, sólo los C1, C2, C3 (Pérez, Anglada y Menor, 2000).

Tabla 2: Enfermedades relacionadas con la infección por el VIH o cuyo manejo y tratamiento pueden complicarse debido a la presencia de ésta (CDC, 1993).

- Angiomatosis bacilar.
- Candidiasis oral (muguet).
- Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento.
- Displasia cervical o carcinoma *in situ*.
- Temperatura superior a 38.5 °C o diarrea más de un mes.
- Leocoplasia oral vellosa.
- Herpes zóster (dos episodios o uno que afecte a más de un dermatoma).
- Listeriosis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Neuropatía periférica.

Tabla 3: Situaciones clínicas diagnósticas de SIDA en el adulto (CDC, 1993)

- Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea más de un mes.
- Infección por CMV en el niño de más de un mes de edad (en otra localización distinta a hígado, bazo, ganglios linfáticos).
- Retinitis por CMV.
- Encefalopatía a nivel cerebral.
- Herpes simples que causa una úlcera cutánea de más de un mes de evolución, bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente más de un mes de edad.
- Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones, ganglios cervicales o hiliares).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt o equivalente.
- Linfoma inmunoplástico o equivalente.
- Linfoma cerebral primario o equivalente.
- Tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminada.
- Infección por *M.avium intracelulare* o *M.kansasii* diseminada o extrapulmonar.
- Infección por otras microbacterias extrapulmonar o diseminada.
- Neumonía por *P.carinii*.

- Neumonía recurrente (más de dos episodios por año).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sepsis recurrente por especies de Salmonella diferente de S. a typhi.
- Toxoplasmosis cerebral.
- Síndrome caquético (wasting síndrome).
- Carcinoma de cérvix invasivo.
- Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente o además de la pulmonar o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

1.1.3. Evolución natural de la enfermedad.

Existe evidencia de que el VIH, desde el momento que infecta al paciente, se replica de forma continua hasta alcanzar en cada paciente un nivel de equilibrio que depende de “factores virales” y de “factores del huésped”.

Dicho nivel de equilibrio se mantiene durante un cierto tiempo; posteriormente, varía según el estadio evolutivo de la infección. La historia natural de la infección por el VIH puede dividirse en tres fases: a) fase precoz o aguda, b) fase intermedia o crónica y c) fase final o SIDA (Domingo, 2001).

a) Fase precoz o aguda (primoinfección).

El mecanismo viral del VIH tiene afinidad por el linfocito T con fenotipo CD4, además de los monocitos y los macrófagos. Esto se debe a que una glucoproteína de la membrana viral tiene una afinidad elevada y selectiva por el receptor CD4 de la membrana del linfocito T. Después de la unión, el virus, inyecta su ARN en el linfocito T infectado; a continuación el ARN se transcribe al ADN mediante la acción de la transcriptasa inversa. El ADN resultante se incorpora al genoma de la célula huésped y es traducido eventualmente transcrito cada vez que el linfocito T se divide. Cuando las proteínas del virus son sintetizadas por el linfocito T infectado, los distintos componentes del virus pueden ensamblarse y generar nuevos virus que salen del linfocito una vez que éste se ha destruido (Flores, 1997).

A partir del momento del contagio, el virus se disemina a través del organismo invadiendo diversos órganos, principalmente los sistemas linfoganglionar y nervioso. A las 2-6 semanas de la inoculación, la mayoría de los pacientes tienen una carga viral muy elevada en plasma, encontrándose infectados una gran proporción de CD4. Un 50-70% de los casos desarrollan en este momento los síndromes y síntomas del denominado síndrome retroviral agudo, cuyas manifestaciones son similares a las de la mononucleosis infecciosa, con o sin meningoencefalitis asociada o a un episodio gripal. Este cuadro en muchas ocasiones pasa desapercibido y desaparece en el plazo de dos a tres semanas de forma espontánea, quedando posteriormente el paciente asintomático durante varios años. La disminución de linfocitos que se observa en este período determina ocasionalmente la aparición de infecciones oportunistas (Pérez *et al.*, 2000).

Durante este período no es posible detectar la presencia de anticuerpos específicos frente al VIH a pesar de existir niveles de viremia muy elevados. Sin embargo, al final de éste es posible encontrar actividad citotóxica CD8 frente al VIH. Esto sugiere que la respuesta celular es más precoz e importante en el control inicial de la replicación viral que la síntesis de anticuerpos (Domingo, 2001).

Entre la cuarta y duodécima semana desde la infección aparecen los diferentes tipos de anticuerpos contra el VIH y se pone en marcha la correspondiente respuesta inmune celular específica. Esta reacción es la principal causa del descenso de la carga viral y del aumento del recuento de CD4 que se observa a continuación. Se alcanza y se mantiene un equilibrio entre la enorme cantidad de viriones que son producidos y eliminados cada día y el gran número de linfocitos que son destruidos y generados en el mismo periodo. El nivel de este equilibrio se correlaciona con la evolución posterior de la enfermedad (Pérez *et al.*, 2000) y representa un dato de gran valor pronóstico (Domingo, 2001).

La adquisición y el curso de la evolución del virus depende de “factores virales” como son el inóculo infectivo (dosis de virus) y la virulencia intrínseca de la

cepa viral (capacidad de la misma para causar infección), y de los llamados “factores del huésped” que favorecen la resistencia a la infección por VIH. Entre estos últimos podemos destacar las alteraciones genéticas individuales (por ejemplo la alteración del correceptor CCR5), llegando éstas a ser tan decisivas que incluso se han detectado individuos cuyo sistema inmunológico es capaz de eliminar por completo la infección e impedir la ulterior diseminación del virus. Por el contrario se encontró que la vía y el mecanismo de transmisión no parecen desempeñar ningún papel en la evolución posterior de la infección (Domingo, 2001).

En cualquier caso, si el virus ha infectado el organismo, la respuesta antiviral es incapaz de erradicar el virus que ya se ha acantonado en las primeras horas de la infección en el organismo y se limita a contener la replicación viral. Se establece así una infección crónica persistente en el sujeto infectado.

b) Fase intermedia o crónica (asintomática).

Durante esta fase persiste una elevada actividad replicativa viral que es contrarrestada por la capacidad de regeneración de los CD4 (Pérez *et al.*, 2000). No es frecuente que en este período se manifiesten síntomas pero pueden presentar adenopatías, cifras reducidas de plaquetas o pequeños trastornos neurológicos (Domingo, 2001). A pesar de esta escasa expresividad clínica, dada la “intensa batalla” que continuamente se libra entre el VIH y el sistema inmunológico del huésped, no puede considerarse que se trate de un estado de latencia. La carga viral en los órganos linfoides supera en 10-10.000 veces la circulante, con tendencia final a igualarse. De cualquier forma, incluso sin el tratamiento antirretroviral, la duración de la fase intermedia es altamente variable; la mayoría de los pacientes (80-85%) tardan entre tres y diez años en evolucionar a SIDA. Existen, sin embargo, un grupo de pacientes, los llamados progresores rápidos (10%), que lo hacen antes de los tres años y en el extremo opuesto, se encuentran los sujetos restantes (5-10%) que tras 15 o 20 años continúan sin desarrollar SIDA, por lo que se denominan supervivientes a largo plazo (Pérez *et al.*, 2000).

c) Fase final o SIDA (estadio avanzado).

En esta etapa se produce un incremento de la actividad replicativa del virus. Este fenómeno de reactivación a partir del estado de latencia procesal es extraordinariamente rápido y progresivo y se ha estimado que tras la activación linfocitaria en tan sólo dos horas se completa la síntesis de todas las proteínas virales en la célula, detectándose viriones viables fuera de la célula entre cuatro y seis horas después de la reactivación (Alcami, 2001).

En este momento, el sistema inmunológico es incapaz de reponer los CD4 destruidos y, por tanto, su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se reduce progresivamente. Clínicamente los pacientes suelen presentar una grave alteración del estado general, así como infecciones oportunistas, determinadas neoplasias y ciertos trastornos neurológicos característicos (ver tabla 3). Es a partir de este momento cuando el individuo infectado es considerado enfermo de SIDA. La evolución natural de los pacientes cuando alcanzan esta fase es desfavorable, aproximadamente el 15-30% de los pacientes no sobreviven más allá de tres años. Los factores que suelen asociarse a una mayor mortalidad son la edad en el momento del diagnóstico de SIDA y la enfermedad oportunista que motivó dicho diagnóstico. En cuanto a la variable sexo, no se han observado diferencias entre mujeres y hombres (Pérez *et al.*, 2000).

En definitiva y como expresa Alcami: *“El estudio de la respuesta inmune frente al VIH presenta un balance paradójico. Por una parte, observamos que se produce una respuesta eficaz; incluso muy eficaz, ya que la carga viral tras el período de primoinfección disminuye en casi todos los pacientes en un 90%. Sin embargo, esta respuesta inmunitaria es incapaz de controlar completamente la infección y existe un reservorio de células infectadas que persisten durante años a pesar de la intensa respuesta antiviral. La impresión global no es que la respuesta inmune frente al VIH sea incompleta sino que llega “un minuto tarde” al “terreno de batalla”* (Alcami, 2001, pp. 22).

Este mensaje tiene una posible lectura negativa: una vez que el virus se ha “refugiado” en los reservorios linfoides, la erradicación (curación) será imposible y a lo largo de los años se generaran variantes virales más agresivas que acabarán destruyendo el sistema inmunológico. El mensaje positivo es que si mediante estrategias de vacunación logramos inducir una respuesta específica quizá el sistema inmunológico “no llegue tarde” y será capaz de impedir que el VIH establezca una infección crónica en órganos linfoides (Alcami, 2001).

1.1.4 Glosario de términos.

El abordaje de la infección VIH/SIDA desde el punto de vista psicológico conlleva el conocimiento de ciertos términos médicos. Sin esta información resultaría difícil entender la evolución de la enfermedad y, por tanto, la del paciente. A continuación detallamos brevemente los términos que consideramos esenciales.

➤ Carga Viral. (C.V).

Es el número de copias de ARN viral en la sangre. En otras palabras, es la cantidad de virus que existen en el organismo por unidad de volumen de sangre (López, 2001).

Los procedimientos empleados para medir de un modo aproximado la cantidad circulante de carga viral que se encuentra en el plasma (o cuantificación del RNA vírico) corresponden a técnicas de biología molecular (diagnóstico genético).

Hay que tener en cuenta, por último, que el VIH-1 circulante en plasma es una medida fiable de lo que ocurre en el sistema linfático, pero este retrovirus se encuentra además en otros tejidos del organismo.

➤ **Carga Viral Indetectable.**

Es el límite inferior de cantidad de virus por unidad de volumen en sangre que se puede medir con los métodos existentes de laboratorio; esta expresión no quiere decir que el virus esté erradicado del organismo (López, 2001)

➤ **CD4.**

Es una proteína que se encuentra en la superficie de algunas células, particularmente en las cooperadoras o linfocitos T4, en macrófagos o células dendríticas. Esta proteína es la que atrae al VIH debido a la afinidad con las protuberancias que éste tiene en su cubierta exterior (López, 2001).

El número de linfocitos T con fenotipo CD4 es el indicador más útil para estudiar la evolución del sistema inmunológico y la progresión de la enfermedad. Los valores normales de la población de linfocitos CD4 es mayor de 800 células/ml. Cuando los valores se sitúan por debajo de 500 células/ml el paciente infectado por VIH se encuentra en un estadio sintomático; en este caso aumenta el riesgo de infección y si es inferior a 50 células/ml aumenta el riesgo de mortalidad (Flores, 1997).

➤ **CD8.**

Es una proteína que se encuentra en la superficie de algunas células supresoras llamadas también T8, encargadas de reconocer y matar células cancerosas o infectadas (López, 2001).

➤ **Enfermedad oportunista.**

Son enfermedades producidas por gérmenes que en situaciones normales no producen enfermedad porque el sistema inmunológico es capaz de controlarlos. Estas enfermedades aparecen cuando el nivel inmunológico de la persona está

disminuido (CD4<100/200 células por ml). En pacientes seropositivos estas infecciones son la causa más importante de muerte (Alcami, 2001).

➤ **Individuos expuestos no afectados.**

Son personas que se exponen frecuentemente al VIH y que no se infectan. Parece ser que la insistencia de determinados fenotipos pudiera estar relacionado con la protección. Existen factores inmunológicos involucrados, tales como la hiperproducción de IL-2 por linfocitos CD4 y una actividad proliferativa de los linfocitos CD8 en respuesta a péptidos de VIH.

La ausencia de infección en sujetos expuestos se ha relacionado con la infección por cepas poco virulentas que actuaría como vacunas estimulando la respuesta inmunológica sin desarrollar infección. Lo que permanece sin respuesta es por qué en estos casos no es posible la detección de anticuerpos (Pascual *et al.*, 2000).

➤ **Pacientes progresores lentos.**

Existe un reducido porcentaje, que se estima en un 10% de los sujetos infectados por el VIH, cuya progresión hacia estadios avanzados de la enfermedad a los veinte años de infección todavía no se ha producido (Domingo, 2001). Son pacientes con carga viral inferior a 10.000 copias de ARN por ml y una cifra mantenida de CD4 (>500/ml). En ellos, los mecanismos efectores (CTL) frente al virus son superiores que en otros pacientes, lo que implica una replicación menos agresiva del virus. Además podría ser que alguno de estos pacientes estuviesen infectado por una cepa de virus menos agresivo, o deficiente en alguna de su proteína reguladora. Finalmente, parece ser que algunos factores genéticos podrían estar involucrados en una progresión lenta de la enfermedad (Pascual *et al.*, 2000).

➤ **Variabilidad Genética.**

Cada familia de virus desarrolla una serie de mecanismos de escape para evitar su eliminación por la respuesta inmune. En el caso de los lentivirus los mecanismos fundamentales de escape se basan en la variabilidad genética.

La elevada variabilidad del VIH es debida a la alta tasa de error de una proteína que realiza copias virales: la transcriptasa inversa. Esta falta de fidelidad en la copia del virus tiene como consecuencia una gran producción de virus defectuosos y por esto, se genera una alta diversidad en las proteínas del virus. Este es un mecanismo clásico de evasión inmune por parte de los virus ya que la elevada capacidad de mutación permite al VIH generar variantes capaces de escapar de la neutralización de los anticuerpos o de las células reactivas frente al virus (Alcami, 2001).

1.2. EPIDEMIOLOGÍA.

1.2.1. Situación mundial.

Veinte años después de la notificación de la primera prueba clínica del virus del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, esta enfermedad ha pasado a ser la más devastadora que jamás haya afrontado la humanidad. Desde que empezó la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, siendo actualmente la cuarta causa mundial de mortalidad (ONUSIDA, 2002).

Las mejores proyecciones actuales indican que hasta el 2010, otros 45 millones de personas contraerán el VIH. Concretamente, durante el año 2002 se han producido 5 millones de nuevas infecciones (ONUSIDA, 2002). En diversas partes del mundo desarrollado, la mayoría de nuevas infecciones se producen en adultos jóvenes, siendo particularmente vulnerables las mujeres jóvenes. Cerca de una tercera parte de las personas que actualmente viven con el VIH/SIDA tienen entre 15 y 24 años y en su mayor parte no saben que son portadoras del virus. Millones de personas no saben nada o muy poco del VIH para protegerse a sí mismas contra él (ONUSIDA, 2001).

En la siguiente tabla vemos un resumen de la situación mundial a nivel epidemiológico y de cuales son los grupos de riesgo.

Tabla 4. Prevalencia mundial VIH/SIDA (ONUSIDA, 2002).

	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA	Principal modalidad de transmisión
América del Norte	980.000	VSV.CDI.Hetero.
América Latina	1.500.000	VSV.CDI.Hetero.
Caribe	440.000	Hetero.VSV.
Europa Occidental	570.000	VSV.CDI.
Europa Oriental y Asia Central	1.200.000	CDI.
Asia Oriental y Pacífico	1.200.000	VSV.CDI.Hetero.
Asia Meridional y Suroriental	6.000.000	Hetero.CDI.
Africa del Norte y Oriente Medio	550.000	Hetero.CDI.
Africa Subsahariana	29.400.000	Hetero.
Australia y Nueva Zelanda	15.000	VSV.

VSV: varones que tienen relaciones con varones. CDI: consumo de drogas intravenosa .Hetero: Heterosexuales.

1.2.2. Los países desarrollados.

En Australia, Canadá y EEUU, así como en países de Europa Occidental, el incremento considerable en las prácticas de alto riesgo está provocando mayores tasas de infección de transmisión sexual y, en algunos casos, niveles más elevados de incidencia de VIH entre los varones con prácticas homosexuales (ONUSIDA, 2002). Las perspectivas de que vuelvan a dispararse las epidemias de VIH/SIDA cobran mucha importancia por el exceso de confianza del público y por el estancamiento, en algunos países, de los esfuerzos de prevención.

El aumento de las nuevas infecciones entre los varones con prácticas homosexuales es alarmante. En Madrid, las infecciones por el VIH notificadas durante el 2001 se multiplicaron casi por dos (del 1.16% al 2.16%). El incremento en la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual entre los varones con prácticas homosexuales (Ámsterdam, Sydney, Londres y California) confirma que se adoptan más conductas de riesgo que en los años 1980 y 1990. Por otro lado, se detectan tendencias similares entre las poblaciones heterosexuales de los mismos países, en particular entre los jóvenes.

Una posible explicación de esta situación de confianza que incrementa el número de nuevas infecciones, podría estar en los efectos visibles de la terapia antirretroviral, introducida en los países desarrollados en 1996. Los fallecimientos atribuidos al VIH, en los EEUU se redujeron de forma notable en un 42% en 1996-1997. El amplio acceso a la terapia antirretrovírica, ha dado pie a conceptos erróneos con respecto a la curación del SIDA, y por tanto como consecuencia de ello, a un aumento en el comportamiento de alto riesgo.

En los países desarrollados, se ha detectado que el VIH se está desplazando hacia las comunidades más pobres y más desfavorecidas, siendo además el incremento más llamativo en las mujeres de estas poblaciones (ONUSIDA, 2002).

En Europa occidental y central, la epidemia de VIH es el resultado de múltiples epidemias que difieren en cuanto a cronología, escala y población que afecta. Así, por ejemplo, Portugal afronta una epidemia potencialmente grave entre la población de consumo de drogas intravenosas. Desafortunadamente, en algunos de los países más afectados por la epidemia, los datos pertenecientes a la población drogodependiente son escasos y no muy fiables, por las características intrínsecas de este grupo (ONUSIDA, 2001).

1.2.3. El SIDA en España.

La estimación de casos nuevos diagnosticados en España en el año 2002 se sitúa en 2.437 casos. Esta cifra supone una estabilización en la incidencia en comparación con los 2414 casos diagnosticados en el año 2001, y con ello un cambio en la tendencia descendente de los años anteriores (Registro Nacional de Casos de SIDA, 2002).

Al hablar de casos de SIDA nos referimos a una consecuencia tardía por la infección por el VIH, que por tanto no refleja necesariamente la incidencia actual de nuevas infecciones.

Desde el año 1981, en el que comenzó la epidemia, se ha acumulado un total de 61.028 casos de SIDA, pero en el 53% de ellos se ha notificado ya su fallecimiento. Entre estos casos siguen predominando los hombres (79%). La edad media al diagnóstico de SIDA ha ascendido a 38'8 años. Afortunadamente la proporción de casos pediátricos (menores de 13 años) ha seguido descendiendo y se sitúa sólo en el 0,3%. La vía de transmisión más frecuente ha sido el compartir material de inyección por la vía parenteral de drogas (52%), lo que se confirma tanto en hombres (54%) como en mujeres (45%). La transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 27%, pero adquiere especial relevancia en las mujeres, donde representan el 44% de los casos. La tercera vía de transmisión más frecuente han sido las relaciones homosexuales no protegidas entre hombres, suponiendo el 13% de todos los casos y el 16% de los que afecta a hombres (Registro Nacional de los Casos de SIDA, 2002).

En las siguientes tablas se muestra el número y porcentaje por categoría de transmisión según la comunidad autónoma de residencia (tabla 5) y los casos en la Comunidad Autónoma Andaluza (tabla 6).

Tabla 5: SIDA en España. Datos acumulados desde 1981 (Registro Nacional SIDA. Dic. 2002)

CC.AA	Homo/bisex		UDVP		Hemoderivados		Transfusión		Madre-hijo		Heterosexual		Otros/N.C.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	718	8.1	6442	72.6	143	1.6	44	0.5	110	1.2	1114	12.5	308	3.5	8879	100
Aragón	93	7.6	727	59.4	31	2.5	6	0.5	21	1.7	278	22.7	68	5.6	1224	100
Asturias	125	10.9	709	61.9	12	1.0	14	1.2	9	0.8	207	18.1	69	6.0	1145	100
Baleares	402	21.2	978	51.6	23	1.2	12	0.6	33	1.7	363	19.2	84	4.4	1895	100
Canarias	555	33.1	609	36.3	26	1.6	12	0.7	18	1.1	326	19.4	131	7.8	1677	100
Cantabria	56	9.6	407	69.9	5	0.9	3	0.5	11	1.9	75	12.9	25	4.3	582	100
C.La Mancha	91	8.0	766	67.5	23	2.0	11	1.0	13	1.1	177	15.6	53	4.7	1134	100
Castilla León	146	6.3	1612	69.9	55	2.4	23	1.0	40	1.7	351	15.2	79	3.4	2306	100
Cataluña	2646	18.9	7922	56.7	112	0.8	52	0.4	203	1.5	2396	17.2	633	4.5	13964	100
C.Valenciana	676	12.8	3312	62.8	52	1.0	33	0.6	70	1.3	761	14.4	367	7.0	5271	100
Extremadura	45	5.3	610	72.1	19	2.2	4	0.5	14	1.7	88	10.4	66	7.8	846	100
Galicia	238	7.8	2057	67.2	60	2.0	31	1.0	13	0.4	552	18.0	109	3.6	3060	100
Madrid	2456	15.7	10533	67.5	134	0.9	78	0.5	230	1.5	1601	10.3	581	3.7	15613	100
Murcia	199	16.6	675	56.3	18	1.5	5	0.4	18	1.5	226	18.8	58	4.8	1199	100
Navarra	50	6.7	523	70.5	9	1.2	3	0.4	5	0.7	94	12.7	58	7.8	742	100
País Vasco	265	5.7	3491	75.0	56	1.2	24	0.5	61	1.3	616	13.2	142	3.1	4655	100
La Rioja	17	4.2	281	69.0	3	0.7	1	0.2	9	2.2	83	20.4	13	3.2	407	100
Ceuta	4	2.8	107	73.8	.	.	.	.	3	2.1	16	11.0	15	10.3	145	100
Melilla	8	11.9	45	67.2	.	.	2	3.0	2	3.0	7	10.4	3	4.5	67	100
Extranjero	91	42.5	71	33.2	1	0.5	5	2.3	2	0.9	27	12.6	17	7.9	214	100
Total	8881	13.7	41877	64.4	782	1.2	363	0.6	885	1.4	9358	14.4	2879	4.4	65025	100

Homo/bisex= hombres homo y bisexuales; UDVP= Usuarios de drogas por vía parenteral, incluidos los hombres homo y bisex usuarios de drogas por vía parenteral; Hemoderivado= receptores de hemoderivados; Transfusión= receptores de transfusiones sanguíneas; Heterosexual= relaciones heterosexuales de riesgo; Otros/N.C.= exposiciones de riesgo o no conocidas.

Tabla 6: SIDA en Andalucía. Datos acumulados desde 1981 (Registro Nacional de SIDA. Dic. 2002)

Provincia	Homo/ Bisex	UDVP	Hemo- deriv.	Trans- fusión	Madre- hijo	Hetero- sexual	Otros N.C	Total
Almería	38	377	10	3	6	128	22	584
Cádiz	67	1478	26	11	15	172	71	1840
Córdoba	20	473	11	6	6	87	14	617
Granada	50	561	7	3	18	102	50	791
Huelva	36	419	5	2	7	72	19	560
Jaén	17	298	10	1	9	72	14	421
Málaga	331	1561	38	12	34	271	61	2308
Sevilla	159	1275	36	6	15	210	57	1758
Total	718	6442	143	44	110	1114	306	8879

Homo/bisex= hombres homo y bisexuales; UDVP= Usuarios de drogas por vía parenteral, incluidos los hombres homo y bisex usuarios de drogas por vía parenteral; Hemoderivado= receptores de hemoderivados; Transfusión= receptores de transfusiones sanguíneas; Heterosexual= relaciones heterosexuales de riesgo; Otros/N.C.= exposiciones de riesgo o no conocidas.

1.2.4. Andalucía y el SIDA.

La evolución epidemiológica de la enfermedad es seguida por el Registro Andaluz de casos de SIDA desde que se diagnosticó el primer caso en 1984. Desde entonces la enfermedad ha tenido varios períodos bien definidos:

a) Un período de crecimiento que abarca desde el año 1984 hasta el año 1994, en el que a partir de los 90 y hasta 1994 la situación se caracterizó por un importante y constante crecimiento del número de casos de la enfermedad, en todas y cada una de las vías de transmisión. En el año 1992 se alcanza un número de casos acumulados de 2.273 con una tasa acumulada de 327,4 casos por millón de habitantes en Andalucía.

b) En un segundo período el número de casos se estabiliza (durante el año 1994) y comienza a descender a partir de 1995. Esta tendencia decreciente continúa en los años siguientes, de tal forma que los casos diagnosticados en 1998 no alcanzan la mitad de los casos diagnosticados en 1995.

c) A partir del año 2000, las vías de contagio han seguido la tendencia de los últimos años. Por un lado, el número de infecciones en los usuarios de drogas por vía parenteral han conseguido disminuir ligeramente, con un porcentaje del 72,6%, y por otro lado, los nuevos contagios por relaciones heterosexuales continúan ascendiendo (12,5%). Así mismo siguen descendiendo, con un porcentaje del 8,1%, el número de infecciones debida a prácticas homo/bisexuales.

La distribución de la infección por géneros es del 85% de varones frente al 15% de mujeres. En relación a la edad, el análisis epidemiológico sitúa a los jóvenes y a los adultos jóvenes (15-24 años y 25-34 años, respectivamente) como los grupos en los que se da mayor prevalencia. Así pues, actualmente se detecta que la aparición de la enfermedad se desplaza progresivamente a edades más avanzadas (el 57% se sitúa entre los 25 y los 34 años), pudiendo deberse este hecho a que la mejora de los tratamientos están retrasando la aparición de los síntomas y por tanto los diagnósticos de casos (Registro Andaluz de los Casos de SIDA, 2002).

Desde el punto de vista cualitativo, la epidemia en Andalucía participa de las características generales que la definen en nuestro país: el predominio de los varones usuarios de drogas por vía parenteral y la elevada prevalencia de infectados en la población penitenciaria (Cañas, Pompeyo, Lozano y Torres, 2001).

Por último, la monitorización de esta epidemia presenta una peculiaridad fundamental: el prolongado período de incubación hasta la aparición de la enfermedad, que condiciona que la incidencia de casos de SIDA refleje

infecciones adquiridas muchos años atrás. La disminución de la incidencia de casos de SIDA y el descenso de la mortalidad derivada de la generalización de los tratamientos antirretrovirales de “alta eficacia” ha prolongado el período de incubación y, consecuentemente, ha incrementado el número de los infectados que aún no han desarrollado SIDA (Cañas *et al.*, 2001). Por tanto, los datos que actualmente manejamos posiblemente desvelen una situación que podría sorprendernos en los próximos años.

Por otro lado, por lo que se refiere a la prestación sanitaria en enfermos VIH/SIDA, el Defensor del Pueblo Andaluz en 1997 (Chamizo, 1997), ofrece una panorámica de los distintos recursos, o dispositivos asistenciales, en los que la persona con VIH/SIDA puede participar desde que se realiza el diagnóstico de infección VIH. A continuación detallamos parte de este documento.

El primer paso es el diagnóstico de la enfermedad. Éste se realiza en los servicios de especialidades de los hospitales, aunque las personas pueden llegar remitidos desde distintos recursos (centros de salud, hospitales, instituciones penitenciarias, unidades de atención a toxicómanos, etc.). Una vez diagnosticada la infección VIH/SIDA, desde el hospital se asume la responsabilidad clínica y sanitaria del enfermo, siendo generalmente los facultativos de infecciosos los que se configuran como responsables asistenciales del paciente.

La participación de los dispositivos de atención primaria en el seguimiento de la enfermedad es diversa e irregular; depende de los centros de salud y de los propios hospitales. La síntesis de la situación, la formula el Coordinador de la Comisión Asesora del SIDA: *“En general, el estado reinante depende de la propia demanda del paciente y de las voluntades de los médicos de cabecera, además del tipo de centro sanitario de Atención Primaria. Reina la desigualdad. Hay centros y profesionales que funcionan bien y otros que apenas intervienen”* (Chamizo, 1997; pp.56).

El segundo paso es la asistencia especializada, en el cual podemos incluir:

a) Atención en consulta externa

El tratamiento de la enfermedad una vez diagnosticada se suele iniciar y seguir a través de la visita médica en consulta externa del hospital. En general, no hay lista de espera propiamente dicha para acceder a la asistencia médica especializada. Por medio de la consulta externa se formaliza el tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Los plazos de revisión pueden variar entre los distintos centros y según los casos clínicos, aunque lo común es realizar una citación trimestral siguiendo las recomendaciones del Plan Nacional de SIDA. En general, a juicio de los facultativos de infecciosos, la asistencia sanitaria que se está prestando a través de la consulta externa es correcta y permite realizar un adecuado seguimiento de la enfermedad.

b) Hospital de día

Esta unidad se configura como un dispositivo esencial para la atención a los enfermos de SIDA. Se trata de una permanencia en régimen de mañana o por unas horas en el hospital para recibir una asistencia sanitaria especializada intensiva: recibir transfusiones, tratamiento, etc., pero sin precisar internamiento u hospitalización completa. El hospital de día se conforma por una o varias habitaciones provistas de sillones cómodos en los cuales los enfermos reciben la asistencia que precisan. Este recurso queda indicado especialmente para los enfermos que sufren un estado avanzado de la enfermedad y necesitan una asistencia sanitaria muy continuada. Realiza una función de amortiguación de la demanda cuando esta desborda a la oferta de camas del hospital.

c) Asistencia domiciliaria

Se trata de aproximar la asistencia al domicilio del enfermo. Esta modalidad está especialmente indicada para los pacientes que se encuentran en fase

avanzada de la enfermedad y no pueden trasladarse al hospital, bien por el estado de salud que padecen, o bien porque necesitan ir con mucha frecuencia y es recomendable evitarles ese desplazamiento.

d) Hospitalización

Cuando el estado de salud de los enfermos demanda una asistencia sanitaria permanente se procede al internamiento del paciente en el Centro Hospitalario. Es común que la Unidad de Infecciosos tenga asignada una serie de camas dentro del Departamento de Medicina Interna, y que a su vez, en el ámbito de la asistencia infecciosa, se adscriban un número de camas a los enfermos de SIDA. Estos límites reducen considerablemente la capacidad asistencial de los hospitales para intervenir en los procesos de SIDA. El conjunto de los profesionales entrevistados han informado de la enorme presión asistencial que soportan. El índice de ocupación de las camas supera el 100 por 100 de las plazas disponibles.

e) La prestación farmacéutica

Los pacientes requieren una prestación farmacológica intensa y compleja. Afortunadamente el sistema público sanitario en España permite la dispensación gratuita de los medicamentos que requieren los enfermos de SIDA pese al gasto que ello reporta para los presupuestos públicos.

Los antirretrovirales se dispensan directamente en los servicios de farmacia de los hospitales públicos. Se les suele entregar dosis para dos meses. El coste de la medicación es aproximadamente 9.000 € /año por enfermo de SIDA.

2. ESTADO ACTUAL DEL VIH/SIDA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

2.1. ALTERACIONES EMOCIONALES.

2.1.1. Aspectos psicopatológicos en VIH/SIDA.

La salud consiste no sólo en evitar la enfermedad, sino también en saber integrar ésta en nuestra vida. La gran dureza del VIH-SIDA reside en las complicaciones que conlleva la cronicidad, el carácter invalidante, y un largo etcétera que la convierten en una fuente inagotable de estímulos estresantes, lo que supone una impresionante prueba de adaptación para cualquier persona, capaz de incapacitarla, temporal o permanentemente. Debido a ello, los pacientes infectados por el VIH, suelen tener, a lo largo de su vida, una mayor prevalencia de alteraciones psiquiátricas que el resto de la población (Calvo, 1995; Iraurgi, 2003).

Las personas VIH-SIDA deben enfrentarse, además de con la propia enfermedad, con diversas situaciones que contribuyen a aumentar el malestar emocional. Prieto y Penasa (1998) describen las siguientes:

1. Una enfermedad traumática, dolorosa y con expectativas escasas de curación. El fallecimiento de afectados por la misma enfermedad repercute negativamente en esas expectativas.
2. El deterioro progresivo de la imagen corporal resulta muy ansiógeno, lo cual incide negativamente en la autoestima.
3. El futuro se presenta inevitablemente incierto. El paciente pierde la motivación para las expectativas de futuro previas a la infección, con el consecuente estancamiento en muchas áreas del desarrollo personal.

4. El rechazo por parte de la sociedad, generalmente ligado a la desaprobación de determinados hábitos en relación con las vías de transmisión, puede ocasionar desadaptación en distintos niveles.
5. La seropositividad afecta también a la actividad sexual, que deja de proporcionar placer por los sentimientos de ansiedad y de culpa, que acompañan a quien sufre la enfermedad.
6. Las relaciones de pareja, familiares y amigos, también se cuestionan por el temor al contagio, a la pérdida y al rechazo.
7. Los sentimientos de culpabilidad son intensos en el paciente, quien se siente responsable de haber contraído la enfermedad y teme haberla contagiado a otras personas.
8. La situación de aislamiento, debido a un progresivo deterioro físico, psicológico y de soporte sociofamiliar son frecuentes en los pacientes VIH/SIDA.

Todo ello sugiere que la elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes VIH/SIDA responde no sólo a factores orgánicos sino a otros de distinta índole, como son los factores emocionales, relacionales, socioeconómicos, etc. De hecho, son muchos los estudios que ponen de manifiesto la influencia de los factores psicológicos sobre la respuesta del sistema inmunológico (Ader, Felten y Cohen, 1991; Billings, Folkman, Acrey y Moskowitz, 2000). Uno de los factores psicológicos más estudiados es el estrés (Ader y Cohen, 1993; Borrás, 1995; Cohen y Williamson, 1991; Thornton, Tropo y Burgess, 2000) y su repercusión en el sistema inmunológico. La revisión de la literatura científica pone de manifiesto resultados poco consistentes acerca de la dirección de la relación (Fuste y Ruíz, 2000a). Uno de los argumentos que se propusieron para explicar esta falta de unanimidad es la diferencia entre el tipo de estrés estudiado: estrés agudo frente a estrés crónico (Vassend y Halvorsen, 1987). Sin embargo, dicho argumento

parece hoy superado puesto que en ambos tipos de condiciones encontramos resultados discordantes (Fuste y Ruíz, 2000a).

Así pues, aunque son muchos los trastornos psiquiátricos asociados a la infección por VIH, también lo son sus posibles causas. Esto hace necesario un correcto diagnóstico y tratamiento, como única vía para mejorar la calidad y expectativas de vida de estos pacientes.

La etiología de los trastornos psicopatológicos, en estos pacientes, puede encontrarse en alteraciones orgánicas. Por ello, en presencia de síntomas psiquiátricos ha de descartarse de forma cuidadosa una causa orgánica subyacente, fundamentalmente en las fases avanzadas de la enfermedad y en pacientes sin antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Como regla orientativa, podíamos señalar que con infección VIH e inmunodepresión leve-moderada ($CD4 >200$ ml), suelen predominar los trastornos psiquiátricos funcionales o secundarios al abuso de sustancias, mientras que en las fases avanzadas de la infección (pacientes sintomáticos, $CD4 < 200$ ml) son más frecuentes los trastornos de causa orgánica. Estos pueden estar asociados al consumo de drogas, a la afectación del sistema nervioso central por el VIH, a las infecciones oportunistas, a las alteraciones metabólicas secundarias a trastornos sistémicos o a los efectos adversos de los fármacos utilizados en el tratamiento (Lahulla y Sanz, 1998).

Por último, destacamos en las tablas 7 y 8 los trastornos mentales más frecuentes y sus causas en los pacientes con infección por VIH/SIDA:

Tabla 7: Trastornos psiquiátricos en los pacientes con infección por VIH (Lahulla y Sanz, 1998).

Trastornos mentales orgánicos.

Delirium.

Deterioro cognitivo y demencia.

Síndrome maníaco.

Trastorno orgánico de la personalidad.

Psicosis orgánica.

Trastorno orgánico del estado de ánimo: ansiedad, depresión mayor o trastorno bipolar maníaco.

Trastorno orgánico por drogas y/o alcohol: abuso de drogas y alcohol, síndrome de abstinencia.

Trastornos mentales funcionales

Reacción de adaptación con ánimo ansioso.

Reacción de adaptación con ánimo depresivo.

Reacción de adaptación con otros síntomas: mixtos (ansiedad – depresión, trastornos de conducta, otros).

Depresión mayor.

Psicosis reactiva breve.

Suicidio.

Insomnio.

Reacciones de duelo patológico.

Comorbilidad con Trastornos psiquiátricos funcionales.

Enfermos con cualquier enfermedad psiquiátrica e infección por VIH asociada.

Tabla 8: Causas de los trastornos psiquiátricos en pacientes infectados por VIH. (Lahulla y Sanz, 1998)

<p>Trastornos psiquiátricos orgánicos.</p> <p>Abuso de sustancias (alcohol, drogas) y síndromes de abstinencia.</p> <p>Afectación estructural del Sistema Nervioso Central (SNC) por :</p> <ul style="list-style-type: none">• VIH (encefalopatía / demencia por VIH).• Infecciones Oportunistas: toxoplasmosis, meningitis tuberculosa y criptocócica, neurófisis, leucoencefalopatía multifocal progresiva, encefalitis herpética, citomegalovirus, etc.• Tumores: linfoma cerebral.• Accidentes cerebrovasculares.• Traumatismos craneales. <p>Alteraciones metabólicas del SNC por trastornos sistémicos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipoxia.• Alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido- base.• Insuficiencia renal.• Sepsis.• Insuficiencia hepática. <p>Efectos secundarios de los fármacos.</p> <p>Trastornos psiquiátricos funcionales.</p> <p>Reacciones psicológicas a la enfermedad. Comorbilidad con cualquier enfermedad psiquiátrica.</p>

2.1.1.1. Epidemiología.

En el momento actual, son escasos los datos epidemiológicos que se presentan sobre los trastornos psiquiátricos en la población VIH/SIDA y, con frecuencia, los resultados son discordantes (García-Camba, 1998). Entre los factores que contribuyen a la escasez de datos fiables se encuentran los siguientes (Prieto y Penasa, 1998):

- La mayoría de los datos se extraen de estudios que se refieren a los casos enviados al psiquiatra desde la interconsulta hospitalaria. Estos datos no son equiparables a la prevalencia real de casos psiquiátricos en pacientes VIH/SIDA.
- En una parte importante de los trabajos publicados, las muestras estudiadas están formadas por varones homosexuales o bisexuales, con un nivel de educación media o alta y de raza blanca, lo que no es generalizable al resto de la población VIH/SIDA.
- En muchos estudios no se ha tenido en cuenta el estadio clínico, con la posible manifestación psiquiátrica que ello conlleva, ni se han utilizado criterios de investigación como los establecidos por la O.M.S.

No obstante y a pesar de estas limitaciones, los últimos datos ofrecidos por A.P.A. (American Psychiatric Association, 2002) hablan del 60% de trastornos depresivos, el 25% de trastornos de ansiedad, y el 50% de trastorno de abuso de drogas en población infectada por el VIH.

Queda, de cualquier forma, una laguna epidemiológica con respecto a los individuos que pertenecen a colectivos más desfavorecidos y que son el objeto de nuestro estudio.

2.1.1.2. Diagnóstico y curso.

El diagnóstico psiquiátrico en un paciente con SIDA resulta complejo de determinar, por un lado, por el solapamiento de los múltiples diagnósticos en el mismo paciente, y por otro lado, por la posible base orgánica de los cuadros psiquiátricos. Además encontramos una gran dificultad para establecer diagnósticos diferenciales entre los procesos funcionales y los orgánicos, por presentar, tanto los trastornos psiquiátricos como la infección VIH/SIDA, síntomas somáticos semejantes, como son, entre otros, la astenia, la anorexia y el insomnio. Un aspecto, además a considerar, es la psicopatología previa, que complica la manifestación neuropsiquiátrica de la infección por VIH (Prieto y Penasa, 1998). Así, por ejemplo, los adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) presentan un trastorno categorizado como psiquiátrico (trastorno relacionado con sustancias) y frecuentemente existe además una comorbilidad de otros diagnósticos (McDaniel *et al.*, 2000; Swell, Goggin, Rabkin, Ferrando, McElhiney y Evans, 2000). De forma semejante, en personas homosexuales se ha informado de elevada presencia de trastornos mentales previos al diagnóstico de infección. Del mismo modo, los pacientes con hemofilia previa a la aparición de la infección SIDA presentaban mayor morbilidad psiquiátrica (Ayuso, 1997).

En cuanto al curso, inicialmente, cuando la persona recibe el diagnóstico de infectado, aunque su nivel de desarrollo sea asintomático, la reacción inicial, sea inmediata o algo diferida en el tiempo, es de un estado de shock, incluso a pesar de que se trate con frecuencia de un diagnóstico esperado. La persona se va a encontrar inmersa en una situación de aturdimiento y confusión, que le va a llevar a presentar un cuadro de agitación cognitiva, sin poder fijar la atención y con gran dificultad para relacionarse con el exterior. Es muy posible que la información que se le proporciona acerca de la enfermedad no sea adecuadamente procesada y que en consecuencia la falsee, ya sea construyendo falsas esperanzas o, por el contrario, con un pesimismo extremo que la lleve al borde del suicidio o simplemente a que "no se entere de nada" (Valverde, 1996).

Algunas personas expresan un intenso estado emocional que llegan a manifestar de formas diversas, como, por ejemplo, episodios de llanto incontrolado, temblor generalizado, reacciones agresivas, inmovilidad y mutismo (Calvo, 1993).

A partir del estado de shock inicial, la reacción emocional evolucionará dependiendo de distintos factores, entre los que destacamos (Valverde, 1996):

- La evolución de la infección. La estabilización durante mucho tiempo en una fase asintomática suele implicar una conducta de “olvido”, que puede incluso llegar a eliminar las reacciones emocionales descritas. Sin embargo, esto puede suponer un riesgo, ya que también amortiguará o suprimirá el comportamiento de prevención, tanto ante sí mismo como ante los demás.
- El grupo de riesgo al que pertenece el paciente. Mientras que en los casos de infección por vía sexual es relativamente posible el mantenimiento de una conducta de precaución, en el caso de la drogadicción, una vez más debido a la escasa resistencia a la frustración y a la extrema primariedad del comportamiento y al fatalismo propio de esta población, cabe esperar que la reacción ante el diagnóstico no suponga una modificación de los hábitos de vida o que éstos duren poco tiempo.
- La respuesta del contexto. Sobretudo a nivel familiar y en función del nivel de seguridad emocional que se ofrezca al enfermo.
- Las características personales previas, estrechamente relacionadas con el contexto afectivo y con el desarrollo personal del individuo.

Tras este momento, distintos autores coinciden en que fluyen una serie de sentimientos conflictivos: ira, culpa, fatiga, miedo, desesperanza, resignación y autocompasión, entre otros. Estos sentimientos no son etapas y no surgen en un

orden determinado. Algunas personas, experimentan más de uno a la vez y/o distintos sentimientos a lo largo del tiempo. Las consecuencias más relevantes son el desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión en un número considerable de pacientes (Combs y Livingston, 2001; Pernas *et al.*, 2001).

2.1.2. Manifestaciones clínicas más importantes.

2.1.2.1. Trastornos de ansiedad.

Bien sea como síntoma, síndrome o trastorno, la ansiedad acompaña a la persona afectada por el VIH desde el inicio, incluso antes de conocer el diagnóstico (“miedo a hacerse las pruebas”). La razón es evidente: la infección por el VIH supone no sólo una gran amenaza para la vida sino también un profundo riesgo para la forma de vivir (Iraurgi, 2003).

Existen dos grandes grupos de problemas asociados al VIH que generan ansiedad:

a) Un primer grupo, de tipo reactivo, donde los estímulos generadores de ansiedad más importantes son: la posibilidad de ser descubierto o identificado como homosexual o adicto a las drogas, el rechazo del grupo o de la familia, la posibilidad de perder el trabajo, el miedo a contagiar a seres queridos, el “fin de la vida sexual”, la amenaza de infecciones de todo tipo y la pérdida de independencia física y económica (Calvo, 1993; Prieto y Penasa, 1998).

b) Un segundo grupo, de etiología neuropsiquiátrica, donde la ansiedad se deriva de aspectos secundarios a la inmunodepresión o como resultado directo del VIH en el SNC (Calvo, 1995). Tiende a manifestarse en estadios más avanzados de la enfermedad. Es importante señalar que algunos fármacos antirretrovirales pueden causar efectos secundarios, tales como, la agitación (Flores, 1997) y, en ocasiones, puede ser interpretado como ansiedad.

En el abordaje del VIH/SIDA se considera esencial llevar a cabo una evaluación detallada para poder establecer un buen diagnóstico diferencial. En la evaluación de la ansiedad en el VIH/SIDA, como en las demás enfermedades crónicas, hay que considerar que las posibles causas de las alteraciones conductuales en la persona son permanentes, el enfermo permanece de forma crónica enfrentada a la fuente de estrés (Calvo, 1995). En el VIH/SIDA, la gran oscilación del estado de salud de los afectados, así como la carencia de terapia “curativa” hace que la ansiedad exista en todo momento pero que ésta oscile en intensidad (Combs y Livingston, 2001).

Hoy día, los profesionales de la psicología contamos con algunos instrumentos que nos pueden ayudar en la evaluación de la ansiedad. Entre estas pruebas encontramos pocas adaptadas a la población española VIH/SIDA. Las más usadas en la infección VIH/ SIDA han sido las siguientes:

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushane, 1970): La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. La primera (Ansiedad/Estado), evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (Ansiedad/Estado), señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Endler, Hunt y Rosenstein, 1962): Calvo (1995), utiliza una versión modificada para la valoración de la ansiedad en la población VIH/SIDA de esta prueba. Presenta doce situaciones relacionadas con el VIH/SIDA, con una hoja de respuesta de catorce items (por ejemplo, “el corazón me late más deprisa”, “sudo”, siento náuseas”, etc.) y cinco grados alternativos de elección de respuesta (desde “en absoluto” a “muchísimo”).

- IDDA-EA o Inventario Diferencial de Adjetivos para la Evaluación del Estado de Ánimo (Tous y Andrés, 1991): Es una prueba de autoevaluación del potencial energético en los factores de activación, estrés y arousal utilizando como estímulos listas de adjetivos. Está compuesta por 28 pares de adjetivos antónimos separados entre sí por una escala de siete puntos (desde -3 pasando por 0, hasta +3) donde el individuo debe señalar aquella alternativa que mejor refleja su estado de ánimo en el momento de la evaluación.

A pesar de la útil información que las pruebas antes citadas aportan, las limitaciones existentes, tales como la dificultad de generalización de las pruebas por la baremación o las dificultades taxonómicas por el constante cambio en las medidas diagnósticas (Swell *et al.*, 2000), se aconseja que el diagnóstico, en los cuadros de ansiedad, se base en la entrevista clínica.

En la infección por VIH puede presentarse una amplia variedad de síndromes de ansiedad que oscilan desde los períodos cortos de ansiedad que acompañan a un trastorno adaptativo, hasta los estados de ansiedad más graves que acompañan a las crisis de angustia, al trastorno por estrés postraumático o al trastorno obsesivo-compulsivo (Flores, 1997).

En este contexto tendríamos que hacer mención especial a un trastorno definido en la última década por Ayuso (1997) denominado “Reacción de estrés agudo asociado al VIH”. Se trata de un cuadro transitorio que aparece en un individuo tras la notificación de la seropositividad o cuando, tras llevar un período de tiempo como portador asintomático, es informado de la progresión de la infección hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La aparición de los síntomas está muy vinculada en el tiempo con las circunstancias estresantes, y por lo general, remite en horas o días. Los síntomas se manifiestan con gran variabilidad, pudiendo encontrarse cuadros completamente distintos en personas con “igual situación”. Aparecen pensamientos intrusivos y rumiaciones relacionadas con la incertidumbre respecto a la salud, al futuro, al riesgo de

contagio para los demás y con la idea de la muerte. Suelen estar también presentes los síntomas vegetativos de las crisis de angustia. En los cuadros de mayor gravedad, pueden aparecer conductas de aislamiento social, expresiones de rabia, sentimientos de desesperanza y alteraciones de conducta. Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de ser informado el sujeto y desaparecen en dos o tres días.

Desde una perspectiva clínica, la sintomatología ansiosa más frecuente en pacientes VIH- SIDA podríamos resumirla en las siguientes respuestas:

- A nivel fisiológico: tensión muscular (dolores de cabeza, cuello), náuseas, vómitos, diarreas, problemas digestivos con una consecuente pérdida de peso, aumento de la sudoración, taquicardia, sensación de ahogo, boca seca, perturbaciones del sueño, fatiga física, visión borrosa e incluso, en casos de ansiedad crónica, puede afectar e inflamar las glándulas linfáticas.
- Nivel cognitivo: problemas de atención–concentración, confusión mental, falta de memoria, humor lábil, respuestas anticipatorias negativas, pensamientos catastrofistas (Calvo, 1995). Así mismo, en el campo de lo emocional, aparecen sentimientos de pérdida de la vida, de rabia, vergüenza, ruina, furia y responsabilidad (Antoni y Cruess, 2000). Estos síntomas ocurren preferentemente al principio de la infección, tras un cierto tiempo se produce una relativa extinción o reducción a causa de la habituación (Valverde, 1996).
- A nivel motor: inquietud y movimientos bruscos, respuestas de evitación y escape, disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales (Calvo, 1995) y llanto incontrolado e insomnio (Valverde, 1996).

Es importante destacar, que parte de estas reacciones, especialmente las respuestas fisiológicas, presentan cierta similitud a los síntomas que se identifican con el complejo relacionado con el SIDA. Una inadecuada atribución por parte del afectado por VIH puede contribuir a interpretar dichas reacciones como síntomas de la enfermedad, aumentando por consiguiente el cuadro de ansiedad, convirtiéndose en una reacción circular que se autoalimenta (Calvo, 1995).

En cuanto al curso de la ansiedad a través de la infección, los trastornos adaptativos suelen aparecer asociados a acontecimientos claves en el curso de la enfermedad, tales como, la comunicación diagnóstica VIH, el inicio del tratamiento antirretroviral, la aparición de síntomas que afectan al estado general (pero que no son criterio SIDA), la comunicación diagnóstica de SIDA y la primera hospitalización (Remor, Carrobles, Arranz, Martínez-Donate y Villa, 2001). Algunos pacientes además añaden, que la impredecibilidad de la progresión de la enfermedad, la disminución de las poblaciones linfocitarias, la incertidumbre derivada de la investigación de nuevos síntomas y los miedos al aislamiento y al abandono provocan fuertes sentimientos de ansiedad. Junto a esto, la preocupación obsesiva por los síntomas que lleva a la creencia de sufrir la enfermedad y la observación compulsiva del cuerpo pueden contribuir al incremento de la misma y a la manifestación de un trastorno obsesivo compulsivo (Flores, 1997).

Por regla general, al inicio del proceso existe un estrés mayor que a medida que la enfermedad progresa. No obstante, los infectados por el VIH asintomáticos presentan mayor ansiedad, según transcurre el tiempo, que los propios pacientes afectados de SIDA, en los que la ansiedad va disminuyendo a medida que progresa la enfermedad (Remor *et al.*, 2001). La reducción progresiva de las manifestaciones de ansiedad se dará según el enfermo vaya asimilando la infección, o vaya afianzándose el mecanismo defensivo de la negación. En el caso de la población ADVP (Adicto a Droga por Vía Parenteral), es más frecuente ésta última razón.

Por lo que se refiere a la evolución clínica de los cuadros de ansiedad, durante las fases tempranas la sintomatología suele ser más heterogénea, mientras que en las fases avanzadas ésta se homogeniza alrededor de síntomas de enfermedades oportunistas y de efectos secundarios a la medicación (Zaleski, 2000).

Recientemente, con los nuevos tratamientos antirretrovirales, aparece una nueva situación ansiógena: la ansiedad por el optimismo de una “segunda vida” (Síndrome de Lázaro). Los especialistas de las distintas áreas que atienden al enfermo VIH/SIDA han de tener en cuenta esta nueva posible fuente de estrés para poder afrontarla del modo adecuado .

Por último, uno de los grandes puntos de atención de búsqueda de estos últimos veinte años, en el campo del VIH/SIDA, ha sido la relación existente entre la ansiedad y la respuesta inmunológica. Los estudios, en ese sentido, no son concluyentes, por una parte han mostrado que las situaciones estresantes están relacionadas con la disminución de los linfocitos CD4 y con el enlentecimiento de la progresión del VIH a nivel clínico (Cohe, Miller y Rabin, 2001), pero por otra parte, existen investigaciones que muestran que la relación de variables tales como situaciones estresantes y niveles de depresión no se relaciona con marcadores de la progresión inmunológica (McDaniel *et al.*, 2000). Tal vez , en los próximos años, podamos dar una respuesta en uno u otro sentido con el fin de avanzar en la intervención en personas VIH/SIDA.

2.1.2.2. Trastornos del estado de ánimo.

Trastornos depresivos.

Los trastornos depresivos ha sido ampliamente estudiados en las personas con VIH/SIDA. Según estos estudios, el incremento de prevalencia de la

sintomatología depresiva en VIH/SIDA viene explicado por varias causas, entre las cuales podemos destacar:

- La reactivación de síntomas depresivos que le llevaron a tener mayor riesgo de contraer VIH. Concretamente en la población ADVP (Adicto a Droga por Vía Parenteral) y en el colectivo “sin hogar” pre-existen alteraciones emocionales y problemas de adaptación (Zaleski, 2000).
- El estigma social que deja aislados a estos pacientes. De un modo similar a la anterior vivencia del cáncer, que era motivo de miedo y vergüenza, el estigma ha sido transferido al VIH/SIDA (Rokach, 2000a).
- La reacción a los problemas psicosociales vinculados a la infección (Ayuso, 1997).
- El efecto de la supresión del sistema inmune hace emerger síntomas físicos (sobretudo durante la fase terminal), lo cual influye en el estado anímico de la persona (Zaleski, 2000).
- Los medicamentos usados para tratar la infección y el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas pueden incrementar la respuesta depresiva (García–Camba, 1998).
- Una tasa elevada de depresión se observa entre los pacientes con trastornos neurológicos que afectan a estructuras subcorticales y en pacientes con demencia-SIDA. La implicación neuropatológica del circuito anatómico formado por la corteza prefrontal, la amígdala, el núcleo pálido y el tálamo podrían explicar en parte esta prevalencia (Flores, 1997).

El estudio de la clínica depresiva en VIH plantea un problema frecuente, similar al que ocurre en los cuadros afectivos que aparecen en pacientes con otras patologías médicas. Los síntomas por infección por VIH hacen, en ocasiones, difícil la evaluación de los síntomas somáticos que pudieran estar vinculados con la presencia de un trastorno depresivo premórbido (Ayuso, 1997).

El diagnóstico se va haciendo más complejo a medida que la enfermedad progresa, apareciendo síntomas que se solapan con los depresivos (Flores, 1997). El insomnio, la pérdida de peso y la fatiga son de aparición común en pacientes con SIDA sin sintomatología depresiva. Debido a ello, en pacientes en estadio sintomático de la enfermedad, el diagnóstico de un episodio depresivo sólo debe hacerse si aparecen otros síntomas afectivos con un nivel de significación clínica como el ánimo depresivo, la falta de interés, la anhedonia, los sentimientos de minusvalía, los sentimientos de culpa, la indecisión o la ideación suicida.

La evaluación de estos síntomas cognitivos de la depresión debe hacerse de una manera cuidadosa, que permita diferenciar, por ejemplo, la disminución de las actividades debido a la fatiga de aquéllas causadas por la pérdida de interés. Por otra parte, los sentimientos de culpa, característicos de las depresiones moderadas o graves, deben diferenciarse de los autoreproches vinculados con los antecedentes de consumo de sustancias o con el hecho de tener una enfermedad de transmisión sexual (Ayuso, 1997). Además, en la evaluación de la clínica cognitiva hay que prestar especial interés al enlentecimiento de los procesos mentales y del funcionamiento motor por su posible implicación en los trastornos neuropsiquiátricos (García-Camba, 1998).

En cuanto a las medidas de evaluación, en ausencia de medidas específicas, los instrumentos generales más usados en la evaluación de los trastornos depresivos en pacientes VIH/SIDA son los siguientes:

- Autoevaluación de la Depresión (Zung, 1965) SDS: Consiste en 20 frases relacionadas con la depresión (por ejemplo “me canso por

cualquier cosa”) que el sujeto evalúa en una escala tipo LiKert de cuatro puntos en términos de frecuencia. Es una escala que ha sido adaptada al castellano (Conde y Esteban, 1975). Aunque la SDS es fácil de aplicar y corregir, su uso parece cada vez menor ya que no es suficientemente sensible al cambio terapéutico (Hamilton y Shapiro, 1990; Hellund y Vieweg, 1979). Además existen dudas sobre su validez de contenido: no tiene ítems de culpa y apenas cubre ítems somáticos, lo que hace poco recomendable su uso (Snaith, 1987).

- Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRSD)(Hamilton, 1967): Es la escala de heteroevaluación más utilizada internacionalmente. Publicada en 1960, la forma más utilizada es la revisada en 1967. La HDRS contiene 17 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas. Algunos se evalúan en una escala de 0 a 2 y otros en una escala de 0 a 4. La HDRS incorpora ciertos aspectos que son difíciles de evaluar a través de instrumentos autoaplicados: conciencia de enfermedad, retardo o conciencia psicomotora y presencia de ideas delirantes depresivas, siendo además una de las características de esta escala el que posee muchos ítems somáticos. Uno de los problemas de la escala es que deja cierta varianza sin control: como no se especifican detalladamente los procedimientos de valoración, cada clínico decide aspectos tan importantes como lo que significa intensidad “moderada, ligera o grave” (Thompson, 1989). Pero a pesar de estos problemas, tanto la fiabilidad interjueces como la correlación con la impresión clínica global de expertos es buena (Bech, Bolwing, Kramp y Rafaelsen, 1975). En cuanto a la validez, la escala separa razonablemente bien diferentes grupos de pacientes en función de su gravedad (Schwab, 1985).

- Inventario de Depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) BDI. Es un instrumento de 21 ítems que evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos. Cada ítem está compuesto por cuatro alternativas, ordenadas de mayor a menor gravedad (0 a 3 puntos). La tarea del sujeto es elegir aquella frase que se aproxime más a como se ha sentido durante la última semana. Los estudios psicométricos con el BDI son casi exhaustivos (Beck, Steer, y Garbin, 1988) y es junto con la HRDS, la escala más utilizada. La fiabilidad dos mitades es alta o muy alta y su consistencia interna es muy alta (Vázquez y Sanz, 1991).

- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies, Depresión Scale, CES-D): Fue desarrollada por el Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental. Los ítems se derivan de otros inventarios de depresión tipo autoinforme. El propósito de esta escala fue determinar el nivel de sintomatología depresiva. La escala está compuesta por 20 ítems en los que se recogen afirmaciones en primera persona respecto a síntomas depresivos específicos. Para puntuar se utiliza una escala de 0 a 3. La fiabilidad test-retest es de $r = 0,54$ y la validez es de $r = 0,37$ a $0,90$ (Buela-Casal, Sierra y Cano, 2001).

La limitación principal de estos instrumentos es la tendencia a sobreestimar la presencia de alteraciones depresivas (Richarson et al., 1999). Por ello, es en la entrevista clínica donde se ha de hacer una valoración diagnóstica certera. Sin embargo se ha de tener en cuenta, entre otros, las relaciones temporales entre el comienzo del cuadro afectivo y los síntomas neurovegetativos específicos, los cambios en la progresión de la enfermedad por VIH y los distintos tratamientos farmacológicos (Flores, 1997).

Por otro lado, debido a la complejidad de la patología y a la escasa existencia de medidas específicas, resulta particularmente difícil establecer el diagnóstico diferencial entre: a) reacción de adaptación, b) depresión orgánica, c) trastornos afectivos y apatía, d) retraimiento propio del complejo demencia-SIDA (García–Camba, 1998) y e) los efectos secundarios de los distintos tratamientos (Flores, 1997).

Centrándonos en la clínica del cuadro, podemos señalar que la reacción depresiva más frecuente manifestada en los tres niveles de respuestas es la que a continuación detallamos:

- A nivel fisiológico: pérdida de apetito, trastornos del sueño (hipersomnias, dificultades para conciliar el sueño), pérdida o disminución de la libido, dolor, malestar físico, fatigabilidad muscular, decaimiento, pérdida de energía y llanto.

- A nivel cognitivo: enlentecimiento de pensamiento, dificultades de concentración y memoria, preocupaciones excesivas por la salud, dificultades en la toma de decisiones, pérdida de interés por actividades gratificantes (Calvo, 1995) y además, abstracción selectiva, generalización, maximización de los eventos negativos y minimización de los positivos (García, 1993). La conocida triada cognitiva de Beck (Beck *et al.*, 1979) se pone de manifiesto en los enfermos VIH/SIDA. El primer elemento de esta triada “la percepción negativa de uno mismo” es la que aparece con mayor frecuencia. Las personas con la infección VIH/SIDA, en la mayoría de los casos, han realizado algunos de los llamados comportamientos de alto riesgo, relacionados éstos con la sexualidad o con el uso de sustancias por vía endovenosa, y sobre estas conductas determinadas personas infectadas hacen consideraciones morales conllevando cogniciones y una valoración global negativas de su persona (García, 1993). Algunos, incluso, creen que han sido castigados por un “estilo de

vida desviado” (Pérez, Pérez y Pascual, 1998). El segundo elemento que describe Beck es “la percepción negativa del futuro”. Las noticias de difusión general habitualmente describen situaciones dramáticas de la enfermedad y la palabra SIDA se asocia a grandes deterioros somáticos. La posibilidad de que aparezcan incapacidades está presente y los planes a medio y largo plazo están hipotecados. Por último, el tercer elemento es “la percepción negativa del entorno”, fruto ésta del estigma social del que son objeto las personas con VIH/SIDA.

Con frecuencia se observa, en estos pacientes, sentimientos de indefensión aprendida. El enfermo conoce la inexistencia de un tratamiento que cure. Se siente indefenso. Esto provoca sentimientos de culpabilidad que desencadenan en una considerable pérdida de la autoestima. La percepción de la situación como irremediable lleva al desarrollo de un fatalismo, sumiendo a la persona en una profunda apatía que se manifiesta, a nivel cognitivo, con una inhibición hacia cualquier tipo de planteamiento conllevando un aislamiento en las relaciones sociales, un reducción de la actividad social y un inmersión en una intensa pasividad (Valverde, 1996).

- A nivel motor: con frecuencia la persona con VIH/SIDA presenta agitación psicomotriz o elentecimiento, irritabilidad, quejas somáticas, descenso del nivel de actividad y aislamiento (Calvo, 1995).

Relacionado con la clínica depresiva, resulta interesante detenernos en dos síntomas que la literatura científica analiza en torno al VIH/SIDA: la apatía y la fatiga. La “apatía” es definida como una disminución en el plano conductual, cognitivo y emocional caracterizado por no iniciar actividad, por una pérdida de interés generalizada y por una disminución de la intensidad de la emoción (Castellón, Hinkin, Wood y Yaremo, 1998). La “fatiga”, sin embargo, nos habla de un estado de debilidad, de somnolencia, que en VIH se manifiesta

independientemente del esfuerzo (Ferrando, Evans, Goggin, Swell, Fishman y Rabkin, 1998). Ambas, en las personas con VIH/SIDA, pueden cursar independientemente de un trastorno depresivo o incluso ser la única manifestación del mismo.

Otro síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH es la ideación suicida. Estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población. En este sentido, el uso de los registros de casos de suicidio en nuestro medio para el estudio de este problema tropieza con dificultades importantes. Por un lado, se desconoce la cifra real de prevalencia de infección por VIH en la población general, por otro lado, existe una tendencia a registrar las muertes por sobredosis de drogas en adictos conocidos como accidentales o involuntarias, si bien en muchos casos son el resultado de un acto suicida planificado. Pero quizás, el mayor problema en nuestro país, en este sentido, radica en la escasa fiabilidad de los datos sobre suicidios aportados por el Instituto Nacional de Estadística, puesto que son obtenidos a partir de la información aportada por las instituciones judiciales (Ayuso, 1997).

Los estudios de pacientes remitidos para valoración en servicio de interconsulta y psiquiatría de enlace en España parecen indicar que la presencia de ideación suicida está vinculada con la psicopatología previa y con la situación de riesgo para contraer la infección, y que éste es, además un síntoma que tiende a ser poco reconocido por parte de los médicos encargados primariamente de la asistencia a los enfermos (Ayuso, 1997). Para este autor, la ideación suicida puede ser la manifestación de una enfermedad depresiva, pero también puede ser la expresión del deseo del paciente de tener un último control sobre su vida cuando los síntomas se vuelven intolerables. Esto es lo que se ha denominado "suicidio racional", como entidad distinta a la acción suicida llevada a cabo en el contexto de un intenso malestar emocional o de un delirium orgánico.

Los métodos más empleados en pacientes con infección VIH/SIDA en los episodios de suicidio son los siguientes: sobreingesta de medicación (35%), armas de fuego (25%) y ahorcamiento (13%) (Flores,1997). En este contexto también hemos de tener en cuenta que algunos enfermos incurren en una modalidad de suicidio pasivo, abandonan el seguimiento y el tratamiento médico y se dejan “consumir” por la enfermedad o el abuso de drogas (Lahulla y Sanz, 1998).

Parecen existir dos momentos en el curso de la enfermedad que presentan especial vulnerabilidad a la ideación suicida: el primero, inmediatamente después de establecerse el diagnóstico. En ese momento, el riesgo de suicidio es elevado debido al devastador efecto psicológico que provoca el diagnóstico SIDA, con intensos sentimientos de pánico, culpa, depresión y desesperanza. El segundo es posterior, en el curso de la enfermedad, en el que puede producirse otro periodo de alto riesgo relacionado con factores biológicos, incluido el efecto directo del virus en el SNC o el desarrollo de delirium (Rubio, 1998). Paralelamente los estresores psicosociales pueden actuar como factores precipitantes. En personas con VIH/SIDA se incluyen, entre otros, el estigma social (Jackson, 1997), la retirada de apoyo familiar, la disminución o la pérdida de capacidades laborales y la pérdida de redes sociales (Rubio, 1998).

En líneas generales, a medida que progresa la enfermedad, el curso de los trastornos depresivos en el enfermo VIH/SIDA va en aumento. Este se inicia, aproximadamente un año y medio antes del diagnóstico de SIDA y continúa su progresión a partir de la confirmación del mismo (Prieto y Penasa, 1998). Sin embargo, la alta eficacia de los nuevos tratamientos antirretrovirales consiguen que, en ocasiones, el progreso de la enfermedad sea muy lento con la consecuente repercusión positiva en el estado de ánimo de las personas con VIH/SIDA.

Por ultimo añadir que los trastornos depresivos exacerbaban el deterioro físico en personas con infección VIH/SIDA. Existe un incremento del riesgo de alteraciones físicas y de la mortalidad, particularmente es destacable el efecto que

los trastornos depresivos tienen sobre el sistema inmune (Aguirre, 1998; Schmitz y Aystal, 2000).

Episodios maníacos.

Este cuadro se caracteriza por un ánimo exaltado, irritabilidad, euforia y labilidad afectiva (Ayuso, 1997).

En un paciente VIH/SIDA la aparición de un episodio maníaco puede ser consecuencia de un trastorno bipolar primario o secundario a otras circunstancias. En este sentido, se han descrito cuadros maníacos secundarios a la propia enfermedad (García-Camba, 1998), o relacionados con la terapia antirretroviral (Zidovudina) (Mijch, Judd, Lyketsos, Ellen y Cockram, 1999), con el consumo de drogas, con el desarrollo de trastorno afectivo mental orgánico secundario a agentes oportunistas (infección del SNC: toxoplasmosis, meningitis por criptococos) o con tumores (Flores, 1997).

Entre las hipótesis propuestas para explicar la aparición de estos síndromes en este grupo de enfermos, se ha investigado la posible implicación de la afectación producida por el VIH en zonas subcorticales de cerebro, dado que éstas interfieren en la regulación de los estados afectivos y que pueden provocar oscilaciones en el ánimo, además de un deterioro cognitivo. Se propone, por el alto índice de correlación que presentan los síndromes maníacos con los procesos demencia-SIDA (en sujetos sin antecedentes personales y familiares) que la génesis del cuadro afectivo sea la misma que la de la demencia-SIDA: los incrementos de las concentraciones intracelulares de calcio (McDaniel *et al.*, 2000).

Es importante señalar que algunos de los fármacos utilizados para el tratamiento de las distintas complicaciones (enfermedades oportunistas, neoplasias, etc.) pueden desencadenar cuadros maníacos. Así, por ejemplo, el uso de esteroides anabolizantes está cada vez más extendido para conseguir una

ganancia de peso e incrementar el tamaño de la masa muscular en pacientes con esta enfermedad pero, a la vez, se ha descrito el desarrollo de cuadros maníacos (Ayuso, 1997).

En cuanto a la evaluación y diagnóstico, resulta de interés (por la gran posibilidad orgánica en la etiología del cuadro), llevar a cabo una serie de pruebas fisiológicas tales como la neuroimagen morfológica, los valores de linfocitos T con fenotipo CD4 y el examen de LCR. El cuadro clínico en sí ofrece pocas dificultades diagnósticas, pero a medida que la enfermedad progresa, aparece una mayor posibilidad de errar en la etiología del cuadro. Se debe anotar, por tanto, las relaciones temporales entre cambio en la enfermedad por VIH, en la medicación y la aparición de episodios.

Existen algunos instrumentos que han sido utilizados en la evaluación de síndromes maníacos, entre ellos destacamos los siguientes:

- Escala de Estado Maníaco (Beigel, Murphy y Bunney, 1971) MS: Es un instrumento de 26 ítems, en los que se evalúa la “frecuencia” y la “gravedad” del síntoma mediante dos escalas Likert (de 1 a 5). La MS se diseñó como una escala de observación hospitalaria, requiere cierto entrenamiento, y el paciente es evaluado tras observar su conducta durante aproximadamente ocho horas. La escala tiene altos índices de fiabilidad interjueces, validez concurrente con criterio de expertos y sensibilidad al cambio.
- Escala de Manía de Bech-Rafaelsen (Bech *et al.*, 1975): Posiblemente es el instrumento más utilizado actualmente. Es autoaplicado y consta de 11 ítems, con definiciones precisas para evaluar la gravedad de cada ítem. Es una escala bastante homogénea: correlaciones ítem-total entre 0.72 y 0.94 y una buena fiabilidad interjueces.

Respecto al curso, la mayor parte de los casos aparecen en pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y en su seguimiento longitudinal se ha podido observar un desarrollo posterior de demencia y el fallecimiento a los pocos meses de la presentación del trastorno (Ayuso, 1997).

2.1.2.3. Otros trastornos

Trastornos neurológicos

Resulta relativamente habitual identificar trastornos neurológicos en las personas infectadas por el VIH. Se trata de aspectos secundarios a la inmunodepresión (infecciones oportunistas por hongos, virus, bacterias y protozoos) o como resultado directo de los efectos del VIH sobre el sistema nervioso (Calvo, 1995).

El VIH penetra de forma muy precoz en el sistema nervioso central (SNC) y puede ser responsable de graves complicaciones neurológicas de la enfermedad. Sin embargo, se desconocen datos que indiquen que se produzca una infección directa de la neurona por el VIH. Hasta el momento, la neuropatogénesis del VIH no está del todo clara, pero en los últimos años, la investigación en este ámbito ha alcanzado progresos importantes en lo que respecta al conocimiento del paso del virus al SNC y al papel que desempeñan las proteínas virales o los productos celulares en la lesión del tejido neuronal (Ayuso, 1997).

Actualmente, se cree que el VIH es un elemento necesario, pero probablemente no suficiente, para explicar la lesión neuronal que, en último término, es la responsable del cuadro de demencia asociado al VIH. Los macrófagos son las células que contienen un mayor número de virus de este tipo. No está claramente establecido si se trata de macrófagos derivados de la circulación general sanguínea que se introduce en el cerebro o si, por el contrario, se tratan de macrófagos residentes en la microglia cerebral que son secundariamente infectados tras el paso del virus al cerebro. También se ha

postulado que la infección de los astrocitos por parte del VIH pudiera ser responsable del daño neuronal y de la alteración de la integridad de la barrera hematoencefálica. Estas circunstancias permitiría la entrada en el SNC de las células infectadas y de productos tóxicos. En la actualidad se cree que el daño celular se produce principalmente por mecanismos indirectos, a través de la producción de sustancias tóxicas por parte de los macrófagos de la microglía en relación con la infección por el VIH. De hecho, se considera que en el daño neuronal intervienen los canales de calcio. Una activación exagerada de éstos produce una entrada masiva de calcio dentro de las neuronas y esto conlleva la lesión neuronal (Ayuso, 1997).

En cuanto a detección de los trastornos neurológicos es evidente la idoneidad de las técnicas anatómicas y fisiológicas. Pero es interesante la evaluación de las funciones neuropsicológicas por ser de gran interés para detectar las zonas dañadas y estimularlas (si fuese posible) para una mejora de la calidad de vida de estos pacientes. En este apartado, seguimos el trabajo realizado por Arranz (1990) donde describe el uso de una batería de evaluación neuropsicológica. Dicha batería consta de las siguientes pruebas: Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Dígitos (WAIS), Claves (WAIS), Test del Trazo (forma A y B), inversión de los días de la semana y meses, y finalmente escritura espontánea y automática. Las funciones cognitivas valoradas son: aprendizaje-memorización (RAVLT), memoria inmediata (Dígitos WAIS), flexibilidad cognitiva (Test del Trazo-Forma B), atención concentración (Dígitos del WAIS e inversión de meses y días de la semana) y perceptivo-motriz (Test del Trazo-Forma A, Grafismo y Claves del WAIS). La selección de las pruebas constituyentes de la batería se basó en la sensibilidad de las mismas para ser indicadores de las alteraciones cognitivas y motoras más características de las encefalopatías por VIH, así como por su simplicidad y brevedad en la aplicación (20 a 25 minutos) y corrección.

Obviamos la descripción de las pruebas de Dígitos y Claves del WAIS dada su popularidad. Únicamente señalar que las puntuaciones inferiores a 5 son consideradas como indicativas de disfunción, y entre 6-7 se valora como probable.

El RAVLT está compuesto por dos listas de quince palabras. La prueba consiste en la memorización, tras su lectura, de la primera lista en una serie de cinco repeticiones, tras cada una de las cuales el sujeto debe verbalizar todas las palabras que recuerde. Se lee entonces una única vez la segunda lista a memorizar y el sujeto debe verbalizar todas las palabras que recuerde. Tras esto y sin que medien más lecturas, se pide de nuevo al sujeto que verbalice la primera lista. Treinta minutos más tarde, tras realizar otras tareas diferentes, se realiza una comprobación de la retención. Si se obtiene una puntuación menor de 35 se considera la existencia de la disfunción, entre 35-40 se estima como probable. Por otro lado, el Test de Trazo-Forma A está compuesto por una hoja de papel con 25 círculos numerados del 1 al 25, distribuidos de forma no ordenada. La tarea del sujeto consiste en dibujar un trazo que una sucesivamente los círculos del número 1 al 25 sin saltarse ninguno y en el menor tiempo posible. Una puntuación inferior a 49 es indicativa de disfunción, entre 40-49 sería probable. El Test de Trazo-Forma B es muy similar al anterior, pero en este caso se añade a la serie numérica (1 al 13) una serie alfabética (de la A a la L) que el sujeto debe ir uniendo alternativamente por un trazo (1-A-2-B-3-C, etc.). Cuando la puntuación obtenida está por debajo de 99 se considera la existencia de una disfunción, entre 90-99 se considera probable. Como criterio genérico, en la batería de evaluación neuropsicológica que estamos describiendo, si una persona con la infección VIH/SIDA obtiene al menos en un test una puntuación que indique la existencia de una disfunción, o dos tests con una puntuación indicativa de disfunción probable, se considera que dicha persona presenta de un protocolo neurológico alterado.

El diagnóstico neuropsiquiátrico en el VIH/SIDA es complejo, por eso es necesario un diagnóstico diferencial que debe tener en cuenta las siguientes posibles causas: infección del SNC por el VIH y/o trastornos relacionados, infecciones oportunistas y tumores, consecuencias metabólicas de la enfermedad sistémica por el VIH, trastornos psiquiátricos primarios (que incluyen los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas), otras implicaciones neurológicas de la infección VIH y los efectos secundarios de la medicación (Flores, 1997).

Por otro lado, y en cuanto el curso se refiere, los estudios apuntan a un agravamiento de los trastornos neurológicos según progresa la enfermedad. En particular, se ha observado que pacientes en estadios avanzados (aumento de la carga viral o declive importante del sistema inmunitario) tienden a desarrollar mayores disfunciones neuropsicológicas (Basso y Bornstein, 2000).

Por último, conviene señalar, que la extrapolación de los datos derivados de la investigación neuropsicológica es difícil debido a que se ha demostrado que factores como el tipo de drogas de abuso, el tratamiento recibido, la coexistencia de manifestaciones depresivas y/o ansiosas, el nivel educativo, la edad y el grupo de riesgo influyen en el rendimiento neuropsicológico (Ayuso, 1997). Todas estas variables hacen que el grupo estudiado sea muy heterogéneo y que los resultados obtenidos en otros países no puedan generalizarse a nuestra población.

A continuación detallamos aquellos trastornos neurológicos más frecuentes en las personas con VIH/SIDA.

a) Demencia

Alrededor de la tercera parte de los pacientes con SIDA llegan a presentar complicaciones neurológicas atribuibles directamente a la acción ejercida por el VIH en el cerebro (Lahulla y Sanz, 1998). En el caso de la demencia la prevalencia alcanza entre un 15%-20% (McDaniel *et al.*, 2000).

En el diagnóstico de demencia se toma de referencia la historia clínica y la exploración neurológica y psiquiátrica. Para documentar los datos obtenidos se recomiendan las siguientes exploraciones: neuropsicológica, neuroimagen, estudio de LCR y estudio analítico (Flores, 1997).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el complejo demencia-SIDA se caracteriza por una disfunción cognitiva, afectiva, conductual y motora. Los déficits

cognitivos afectan al control y a la rapidez del movimiento motor fino, a la concentración, a la atención, a la función ejecutiva y al rendimiento visoespacial. Los pacientes describen pérdidas de memoria a corto plazo, dificultades en encontrar las palabras y, además, en tareas secuenciales que al principio eran automáticas, posteriormente requieren un mayor esfuerzo de concentración para ser resueltas, lo cual apunta hacia un deterioro de la memoria implícita. La afasia y la agnosia no tienden a aparecer hasta el estadio final de la enfermedad. Con respecto a la conducta, los pacientes refieren apatía, hipotimia, abulia, aislamiento social y anergia; pueden también aparecer manía e hipomanía. La disfunción del sistema motor origina en el paciente un enlentecimiento psicomotor, torpeza, ataxia y dificultades en la escritura. Asimismo, se han observado episodios psicóticos en estadios avanzados de la enfermedad.

El curso longitudinal del complejo-SIDA puede fluctuar entre los distintos pacientes. Algunos muestran un deterioro progresivo con el tiempo y otros continúan estabilizados dentro de la gravedad. En periodos de infección interrecurrentes o de alteraciones metabólicas la gravedad de la disfunción cognitiva aumenta, la constelación de signos y síntomas empeora y provoca un mayor deterioro de la función cognitiva (Flores, 1997).

En este contexto es de gran importancia establecer un diagnóstico diferencial, ya que la forma de inicio del cuadro puede ser con una clínica propia de los trastornos psiquiátricos (Prieto y Penasa, 1998).

Por último, los datos sobre el curso y los factores que inciden sobre este trastorno no están claros, pero en general podemos decir que el pronóstico es notablemente desfavorable. La media de esperanza de vida a partir del diagnóstico es en torno a seis meses (Ayuso, 1997).

b) Delirium

El delirium se ha descrito en el contexto de la demencia asociada a VIH y de la meningitis aséptica que se puede desarrollar tras la seroconversión. Puede

estar también relacionado con situaciones de hipoxia (neumonía), meningitis por criptococos, infecciones sistémicas, lesiones ocupantes de espacio en el cerebro (toxoplasma, linfomas, accesos), alteraciones metabólicas y por el uso de agentes psicotrópicos (antidepresivos, anticolinérgicos), tóxicos (abstinencia, abuso), y déficit de vitaminas del complejo B.

El delirium que se instaura sobre una demencia tiende a agravar su curso, mientras, en cambio, cuando acontece en el momento de la seroconversión suele resolverse completamente en pocos días. En el resto de los cuadros, el pronóstico y el curso depende del proceso causante subyacente y del tratamiento adecuado.

El cuadro clínico se caracteriza por una afectación del nivel de conciencia, con una reducción de la capacidad para mantener, focalizar o cambiar la atención hacia los estímulos del entorno. Pueden aparecer alteraciones perceptivas en forma de alucinaciones e ilusiones. Así mismo, aparecen alteraciones del ritmo vigilia-sueño y alteraciones en la motricidad, con cuadros de agitación o cuadros hipocinéticos. Es característico que este síndrome aparezca de forma brusca, con instauración completa en el curso de horas. Su intensidad varía a lo largo del día, por las características de las fluctuaciones en el nivel de conciencia. Su pronóstico es bueno, hacia la recuperación completa, si se corrige el factor médico responsable del trastorno. En cambio, la recuperación no es completa si el cuadro de delirium se superpone a una demencia (Ayuso, 1997).

c) Mielopatía asociada al VIH

Otra manifestación asociada al VIH/SIDA es la mielopatía. Se trata de una complicación neurológica grave que aparece en pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y se caracteriza por una afectación de la médula espinal. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por parestesias espáticas, con una afectación predominante de la columna posterior. La afectación sensorial característica es la sensibilidad vibratoria y propioceptiva además de la alteración de la memoria y de la incontinencia afectiva. En algunos casos coexiste con

demencia (Ayuso, 1997) y comparten las manifestaciones clínicas, de ahí la importancia del diagnóstico diferencial.

d) Meningitis

Se ha descrito la aparición de una meningitis aséptica aguda en momentos de la seroconversión que parece representar la respuesta primaria del SNC a la infección al VIH. Los síntomas son cefaleas, dolor retroorbital, meningismo, fotofobia y cuadro transitorio de encefalopatía. Se suele resolver en un periodo que oscila entre una y cuatro semanas.

e) Complejo cognitivo motor

Los síntomas y signos, así como las alteraciones detectadas en las pruebas neuropsicológicas son cualitativamente iguales a la asociada a la infección por VIH. La diferencia fundamental entre ambas entidades estriba en el grado en que las alteraciones cognitivas determinan un impacto en las actividades de la vida cotidiana del sujeto. Los pacientes suelen presentar con mayor frecuencia: tendencia al olvido, lentificación de pensamiento, dificultades para concentrarse, torpeza en la marcha y en los movimientos y disminución de intereses. El diagnóstico en pacientes que consumen tóxicos requiere tener en cuenta que las quejas subjetivas respecto al funcionamiento cognitivo y las alteraciones en las pruebas neuropsicológicas puedan estar vinculadas al uso de tóxicos.

El curso clínico de los pacientes con esta entidad no está claramente establecido. En algunos pacientes, los déficits cognitivos evolucionan y se desarrollan progresivamente en demencia, mientras que en otros pacientes se estabilizan e incluso llegan a invertirse. Los estudios de seguimiento longitudinal de la evolución de la infección han podido demostrar que el riesgo de mortalidad aumenta en aquellos pacientes que, en estadíos asintomáticos, presentan una alteración leve o moderada (Ayuso, 1997).

Trastorno por abuso de sustancias

La práctica de compartir material de inyección por consumidores de droga ha constituido el principal mecanismo de expansión del VIH. De hecho el trastorno por abuso de sustancias incrementa casi en doce veces el riesgo de contraer infección VIH (MC Daniel *et al.*, 2000). La gravedad de la infección VIH y su rápida extensión en la población inyectora de droga (60%-70% de los ADVP son portadores de anticuerpos) facilita el consenso en torno al paradigma de la toxicomanía como problema de salud pública (Hernández, 1998).

Fundamentalmente para una persona con VIH/SIDA no es recomendable el abuso de sustancias por distintos motivos. Por un lado, la persona que está bajo los efectos de algún tóxico, difícilmente lleva adelante el complejo cumplimiento de todo lo que exige la infección por VIH (tratamiento, hábitos saludables, citas médicas, profilaxis, etc.). Por otro lado, hay estudios que han hallado una mayor replicación del VIH, y una reducción de la inmunidad celular en personas con consumo de opiáceos (Ayuso, 1997).

Existe una serie de factores que hacen que la evaluación y diagnóstico diferencial en esta población sean altamente complejos. Por una parte, los consumidores de tóxicos frecuentemente mezclan distintas sustancias (incluida el alcohol) y es difícil diferenciar entre la sintomatología producida por los diferentes tóxicos y la producida por cualquier otro tipo de trastorno (funcional u orgánico) (García-Camba, 1998). Por otro parte, existe gran comorbilidad psiquiátrica con trastornos del eje I. Asimismo, los síndromes de intoxicación y abstinencia pueden superponerse con otros trastornos psiquiátricos o empeorar los ya existentes (demencia, delirium, depresión, ansiedad, etc.) y, sobretodo, la información que se obtiene de los propios pacientes es poco fiable (Flores, 1997).

Valga a modo de conclusión el decir que la gran problemática de esta población, además de la anteriormente descrita, es la inabordabilidad, por no acceder, en ocasiones, a la red normalizada de recursos sanitarios o por la gran

dificultad que nos plantea a nivel conductual (no cumplimiento de una mínima normativa). Es por ello que algunos autores han descrito al colectivo droga-marginación-SIDA como: “*los nuevos marginados del siglo XXI: la peste del final del milenio*” (Pérez *et al.*,1998, pp. 14).

Trastornos psicóticos

Entre los trastornos psiquiátricos que aparecen en los pacientes con infección por VIH se han descrito cuadros psicóticos con alucinaciones visuales y/o auditivas o contenidos delirantes (persecutorios o de grandeza) o ambos. Estos síntomas pueden aparecer en el contexto de un deterioro cognitivo o pueden constituir la única manifestación psicopatológica.

Varios son los factores que podrían explicar la aparición de un síndrome psicótico en estos pacientes:

- Efecto directo del VIH sobre el cerebro. En algunos pacientes estos síntomas pueden suponer el inicio de una encefalopatía por VIH que posteriormente progresa a demencia.
- Infección del SNC por parte de otro virus, como el virus del herpes simple, el virus de Creutzfeld-Jacob o el citomegalovirus.
- Primer episodio de una enfermedad del espectro de la esquizofrenia que, de manera coincidente, tienen una infección por VIH.
- Una o más circunstancias estresantes que desencadenan una psicosis reactiva breve.
- Efecto de drogas consumidas por el paciente.

Los datos relativos al seguimiento son escasos debido, fundamentalmente, a la gran dificultad de esta población para acceder al sistema de salud pública y cumplir el tratamiento (Flores, 1997). Aún así, los estudios sugieren que en la mayoría de los casos los síntomas psicóticos asociados a la infección VIH parecen ser la manifestación de una encefalopatía. La presencia de atrofia cortical, en el

momento de la evaluación psiquiátrica, motivada por los síntomas psicóticos, aporta que en un 50% de los sujetos la enfermedad psicótica va precedida por una degeneración cerebral apreciable. Además, la remisión de la psicosis se asocia frecuentemente con un empeoramiento de la demencia. Por ello, algunos autores han propuesto que existe una “ventana de vulnerabilidad” al desarrollo de la psicosis en la infección por VIH que aparece de forma característica en el marco de una disfunción cerebral moderada o discreta (Ayuso, 1997).

Dolor

La evaluación del dolor y su adecuado tratamiento es primordial en el cuidado de los pacientes VIH/SIDA. De hecho, entre los miedos más frecuentemente manifestado por estos pacientes se halla “el miedo al sufrimiento y al dolor”, incluso por encima de “el miedo a la muerte”. Por otra parte, el dolor es de interés en nuestro campo de estudio, por el hecho de que las vías aferentes del dolor atraviesan el sistema límbico, y puesto que es sabida la importancia de éste en los aspectos emocionales, parece esperable que la percepción del dolor pueda ser alterada por manifestaciones emocionales tales como los cuadros de ansiedad y/o de depresión (Flores, 1997).

La psiquiatría de interconsulta presenta una atención especial y estudia la particularidad de la población con trastorno por abuso de sustancias, puesto que, aunque existen investigaciones que hablan de una igualdad entre los sujetos adictos y no adictos en cuanto a la prevalencia del dolor (Breitbart, Rosenfeld, Fassik, Kaim, Funesti y Stein, 1997), es evidente que se pueden abordar de forma inadecuada los síndromes de dolor cuando no se realiza un adecuado diagnóstico diferencial (intoxicación, síndrome de abstinencia).

En este sentido, los síndromes de dolor más frecuentes entre los pacientes seropositivos son: las neuropatías, las miopatías y las cefaleas. La neuropatía periférica afecta al 36% de los pacientes con SIDA, se presenta como una polineuropatía sistémica distal que puede estar causada por infección VIH y

exacerbada por fármacos antirretrovirales. En los pacientes con estadio avanzado resulta difícil establecer el origen de la neuropatía. Finalmente, el diagnóstico diferencial se establece sobre la base de una exploración neurológica y pruebas de laboratorio (Flores,1997).

Trastornos sexuales

Las quejas sobre la función sexual son frecuentes en pacientes con VIH/SIDA y pueden presentarse en todos los estadios de la enfermedad sistémica, aunque la evidencia existente sugiere etiologías diferentes a medida que progresa la enfermedad. Así, factores tales como el estrés, el sentimiento de culpa y la depresión mayor son las causas más probables de disfunción sexual entre los pacientes seropositivos en las etapas iniciales de la enfermedad mientras que en estadios más avanzados son los factores neurológicos y endocrinos los que suelen desempeñar un papel etiológico (Flores, 1997).

Estudios efectuados en homosexuales seropositivos y en pacientes seropositivos con hemofilia destacaron una tasa entre el 22% y el 28% de disfunción sexual. Las quejas de pérdida de interés, disfunción eréctil y eyaculación retardada eran las más frecuentes, pero sólo la tasa de eyaculación retardada (20%-38%) diferenciaba de forma significativa al grupo de seropositivos. Por otro lado, se ha observado que las mujeres seropositivas con enfermedad avanzada y que usaban drogas por vía parenteral mostraban una mayor reducción de la libido (Flores, 1997).

Trastornos somatomorfos: hipocondriasis.

En la categoría VIH sin síntomas asociados las personas conocedoras de su "serostatus" suelen desarrollar otras alteraciones emocionales, las de mayor frecuencia son las relacionadas con las respuestas de ansiedad y respuestas depresivas, pero en la mayoría de los estudios consultados aparecen respuestas de hipervigilancia respecto a los estados de salud. La autoobservación se dirige

fundamentalmente a los cambios somáticos, especialmente a aquellos que tienen alguna relación con las enfermedades asociadas al SIDA como: alteraciones del sistema respiratorio, infecciones, cambios en la piel, estados febriles, cansancio generalizado, trastornos gastrointestinales, etc. Esto nos lleva a pensar que casi cualquier cambio que se produzca en el organismo puede interpretarse como sintomatología asociada (García, 1993).

En el curso del SIDA, un cierto nivel de autovigilancia tiene una función adaptativa y unas consecuencias positivas para el sujeto. Detectar tempranamente alteraciones en el organismo permite una rápida intervención, como es el caso de las infecciones oportunistas que tienen tratamiento eficaz. El dato anterior unido a las recomendaciones que se dan a las personas afectadas de acudir en cuanto se noten cualquier síntoma, justifican y mantienen este comportamiento. El problema comienza cuando la autoobservación rebasa el límite razonable, evidentemente difícil de operativizar, pero que puede evaluarse según la intensidad o la incapacitación que genera en la persona y en las respuestas de evitación que aparecen asociadas a la autovigilancia.

Cuando estas respuestas dejan de cumplir una función de alerta para la intervención generan normalmente estados de ansiedad. Si éstos son intensos o se prolongan en el tiempo tienen efecto inmunodepresor. En esta línea, se han observado, incluso que, personas con VIH/SIDA evitan el contacto social por temor a contagiarse de enfermedades transmisibles aeróbicamente.

Sin embargo, la problemática en torno a la hipervigilancia no es generalizable a todo el colectivo VIH/SIDA. Concretamente en el grupo de ADVP, los estudios describen unos niveles mínimos de interés por la salud. Aparentemente su comportamiento es el de evitación, y en algunos casos incluso el de olvido (García, 1993).

2.2. PERSONALIDAD

La personalidad de los enfermos, ya sea normal o patológica, ha sido considerada de manera implícita en la historia de la medicina, más aún de la especialidades psiquiátricas. Sin embargo, no existe una categorización de consenso internacional hasta que en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría propuso por medio de sus Manuales una clasificación multiaxial en la que hacía especial atención a los trastornos de la personalidad, dedicándoles un eje aparte. En esta nueva categorización, se presenta la comorbilidad como posible, se amplía el círculo de los individuos susceptibles de tratamiento y se centra a los investigadores en el estudio de las personalidades patológicas. Tanto es así que los trastornos de la personalidad han sido considerados por Saiz (2002) como los *“trastornos de los 90”*.

Los avances metodológicos desde entonces han sido considerables, sin embargo el estudio de la personalidad anómala sigue presentando limitaciones sustanciales. De este modo, el afán de encasillar a los enfermos en una categoría determinada puede llevarnos a exagerar la intensidad de algunas características anómalas, a minimizar otras y a olvidar a la persona en su conjunto. Por otro lado, aún se carece de una teoría de personalidad que ayude a resolver las múltiples incógnitas que existen en relación con las personalidades anómalas (Saiz, 2002).

Por otra parte, uno de los argumentos que está cobrando importancia en los últimos años en la investigación de las diferencias individuales es la relación entre el estrés, el sistema inmune y los trastornos de personalidad (Fuste y Ruíz, 2000b).

Ya en 1984, Jemmot y Locke aportaron la idea de valorar dichas variables en las investigaciones sobre psicoimmunología. Sin embargo, no es hasta fecha reciente en que se pone de manifiesto con mayor hincapié la necesidad de analizar el papel que juegan las diferencias individuales en la psiconeuroimmunología (Benschop, Jabaaij, Oostveen, Vingehoets y Baillieux,

1998) y más aún como herramienta para entender mejor las relaciones entre estrés, conducta y respuesta inmunológica, pues algunos autores aluden a estas diferencias como posible explicación del escaso efecto hallado de algunos estresores sobre la respuesta inmune (Kwang *et al.*, 1998).

En los últimos años son escasos los estudios que han evaluado dimensiones de personalidad y las han relacionado con el sistema inmune (Fuste y Ruíz, 2000b). No obstante, algunas investigaciones han utilizado, por ejemplo, el número de anticuerpos, como medida de actividad inmunológica, y han encontrado una correlación positiva significativa entre neuroticismo y leucocitos circulantes en sangre (Jemmot y Locke, 1984). Ahora bien, la gran mayoría de trabajos revisados no miden la funcionalidad propiamente dicha del sistema inmune sino que algunos autores la infieren a partir de la presencia o ausencia de sintomatología específica de determinadas enfermedades infecciosas y otros lo hacen a partir del número de células o parámetros del sistema inmune (número de linfocitos, cantidad de inmunoglobinas, número de leucocitos) que cuentan a partir de una muestra de sangre, no representando, ninguna de las medidas citadas, la respuesta específica del sistema inmune (Roitt, 1988).

En este mismo sentido, resulta interesante señalar los estudios realizados por diferentes autores en el campo de la psiconeuroinmunología. Así, Fuste y Ruíz (2000b) analizan la relación entre personalidad y sistema inmunológico, en un estudio donde el indicador del sistema inmunológico es la tumefacción de la piel (medido a través del test de hipersensibilidad retardada). Estos autores hallaron una relación positiva y significativa del prurito cutáneo con extroversión. Sin embargo, los datos no presentaron la consistencia esperada por lo que estos resultados han de ser considerados con cierta cautela. Otros autores a destacar son Sonkey, Vasudeva y Kumar (1989) que intentan averiguar cuáles son las características de personalidad asociadas a un grupo de sujetos con alergia respiratoria. Los resultados no mostraron un perfil específico de personalidad asociado a las personas con alergia.

Por otra parte, y desde la perspectiva de la investigación centrada en variables y trastornos de personalidad y sistema inmunológico, Friedman y Roseman (1974) encontraron una serie de limitaciones y dificultades, que se han mantenido hasta nuestros días y que son las siguientes:

- El desconocimiento de la relación temporal entre un determinado rasgo de personalidad o patrón de conducta y su supuesta influencia en la actividad inmunológica.
- La relación causal, no totalmente delimitada aún, entre variables y fenómenos inmunológicos y el pronóstico de enfermedad.
- Las dificultades intrínsecas de todo estudio de seguimiento y la larga duración requerida en cualquier investigación longitudinal o prospectiva cuyo objetivo sea relacionar los resultados de pruebas psicológicas y acontecimientos susceptibles de ocurrir en un futuro normalmente bastante lejano (inicio de la enfermedad, evolución, muerte).
- La dificultad de conseguir una unificación de criterios entre distintos autores respecto a la definición de los constructos o variables de personalidad, patrón de conducta y sus respectivas estrategias de medición o evaluación.

Centrándonos en la infección VIH/SIDA, algunas investigaciones inciden en que la evolución de la respuesta emocional en las personas con VIH/SIDA dependerá de los trastornos de personalidad previos al diagnóstico (Ayuso,1997; Valverde,1996). Por tanto, la presencia de los trastornos de personalidad influyen sustancialmente en el curso de la enfermedad VIH/SIDA.

Así como en otras alteraciones psicopatológicas es clara la posible causalidad de VIH/SIDA, en los trastornos de personalidad sólo se ha podido

establecer que el VIH/SIDA podría encontrarse entre los factores etiológicos en enfermos VIH/SIDA con deterioros cognitivos o procesos degenerativos de tipo demencia-SIDA (Lluch, Salvador, Gatell y Cirera, 1989; Salvador, Lluch y Ayuso, 1995).

Por último, hemos de decir que a pesar de que existen algunas investigaciones que se han centrado en los trastornos de personalidad en personas con VIH/SIDA es notoria la escasez de las mismas y el gran número de incógnitas que aún quedan por aclarar en este campo (Fuste y Ruíz, 2000a).

2.2.1. Modelos explicativos

Uno de los modelos biológicos pioneros y básicos en el estudio de los trastornos de personalidad y las enfermedades médicas es el de Eysenck (1973). Este autor trata de explicar las diferencias individuales en función de tres dimensiones: neuroticismo-estabilidad, introversión-extroversión y psicoticismo-normalidad. Estas tres dimensiones no resultarían dicotómicas sino un *continuum* a lo largo del cual podrían situarse todos los individuos, cada una de ellas caracterizada por rasgos o factores comunes formando así distintos tipos de personalidades. Eysenck va más allá de un modelo simplemente descriptivo, e intenta establecer a nivel causal, las bases biológicas de la personalidad, relacionando tal y como se ha descrito la dimensión neuroticismo con el sistema límbico, la introversión con el sistema reticular activador ascendente y el cortex y por último el psicoticismo con la actividad androgénica.

Eysenck concluye que las personas con puntuaciones bajas en neuroticismo, psicoticismo y puntuaciones altas en extraversión, están genéticamente predispuestas a presentar patrones de depresión e indefensión ante situaciones estresantes, provocando aumentos del nivel de cortisol en sangre, lo cual tiene un efecto inmunodepresor (Eysenck, 1985).

A pesar de que las pruebas que presenta y en las que se basa para definir su teoría son, en algunos casos, poco específicas o no tienen en cuenta variables externas, el modelo de personalidad se considera paradigmático y pionero en el estudio de las diferencias individuales y sistema inmune, siendo la base de modelos sucesivos y marcando el patrón metodológico que se debe seguir (Catarineu y Gili, 1998).

Aunque Eysenck (1973) y otros autores como López y Ceckley (1941) ya habían sugerido una etiología orgánica endógena en los trastornos de personalidad (manifestado como trastorno del carácter), el estudio de esta consideración de la naturaleza biológica no ha sido retomado hasta años recientes (Hare y Jutai, 1988).

2.2.2. Evaluación y diagnóstico

La evaluación de la personalidad, independientemente de la población que sea objeto de estudio, es una tarea compleja. Las dificultades más frecuentes son las siguientes: la escasez de pruebas específicas con baremación adecuada a la población estudiada y el desconocimiento del comportamiento y rasgos de personalidad previos (Ayuso, 1997). Es por esto, que la evaluación transversal, en este tipo de trastornos, suele resultar insuficiente y en ocasiones engañosa.

Hemos de añadir, que la complejidad de esta tarea está mediatizada por la información que nos ofrece el propio paciente y ésta dependerá de si, por una parte, el sujeto no se muestra discorde con sus rasgos anómalos y, por otra parte, de si la propia naturaleza de los rasgos le permite aportar la información sin alterarla [como por ejemplo ocurre en la personalidad histriónica (las exageraciones) o en la personalidad antisocial (las falsedades)].

En ocasiones, se considera útil para garantizar que la información obtenida del enfermo sea fidedigna la entrevista de un acompañante. Aunque en pacientes

VIH/SIDA, normalmente la evaluación queda relegada a entrevistas clínicas y pruebas diagnósticas, por el aislamiento social que sufren estos pacientes.

Centrándonos en las medidas psicológicas, son distintas las pruebas usadas en el estudio de la patología infecciosa y las variables de personalidad, así existen trabajos que utilizan como medida de personalidad instrumentos como el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) (Smith y Lazarus, 1990; Totman, Kiff, Redd y Craig, 1980), el Test de Apercepción Temática (TAT) (Jemmot *et al.*, 1983), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Heisel, Locke, Kraus y Willian, 1986), el Millon Behavioral Health Inventory (MBHI) (Vassend y Halvorgen, 1987) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ) (Daruma, 1996). Sin embargo, Saiz (2002) señala que, si bien en la práctica clínica, la información que se obtiene no es definitiva para la evaluación y el diagnóstico, los tests de personalidad sí son instrumentos idóneos para la investigación de este área. El más usado actualmente para la evaluación de los trastornos de personalidad es el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)(Millon, 1999). La razón de esta preferencia es la información clara que aporta: diez escalas básicas de personalidad, tres de personalidad patológica, seis síndromes clínicos de moderada gravedad y tres de gravedad severa.

Por otra parte, en lo referente al diagnóstico de estos trastornos en la población VIH/SIDA, se utiliza el modelo categorial propuesto por la American Psychiatric Association en sus Manuales Diagnósticos y Estadísticos (DSM). En este modelo se agrupan los rasgos anómalos, configurando entidades nosológicas cualitativamente distintas. Esta clasificación se basa en el modelo médico que plantea que al igual que un conjunto determinado de signos y síntomas forman un cuadro clínico diferenciado, un conjunto de rasgos anómalos forman un tipo patológico de personalidad o un trastorno de personalidad. No obstante, se ha de tener presente algunas limitaciones importantes, como las siguientes (Saiz, 2002):

- Las fronteras de la personalidad patológica entre sí y de éstas con la normalidad son difíciles de marcar. Además, las transiciones son frecuentes en la práctica.
- Las características propias de diversas categorías pueden encontrarse en un mismo individuo. Tales combinaciones, hacen difícil establecer un diagnóstico. Por esto, son poco frecuentes los trastornos de personalidad típicos.
- Los rasgos peculiares de cada sujeto estudiado suelen ser minimizados y, en cambio las similitudes con aquellos que han sido asignados a la misma categoría, se exageran.
- El número de categorías, según algunos autores, resulta insuficiente para clasificar las múltiples personalidades anómalas.

Para dar respuestas a estas limitaciones el DSM permite asignar varios diagnósticos de trastornos de personalidad, siendo frecuente la combinación de dos o tres trastornos en un mismo individuo. Ahora bien, puesto que cada diagnóstico se operativiza como un prototipo formado por muchas características (criterios diagnósticos) y dado que para realizar un diagnóstico sólo es necesario presentar un subconjunto de ellos, encontramos que existe mucha variabilidad entre individuos con igual diagnóstico (Millon y Davis, 1996).

Por todo lo expuesto hasta ahora, se puede observar que en el estudio de los trastornos de personalidad, los criterios diagnósticos son clave para un diagnóstico correcto. Por ello es importante, la diferenciación entre los criterios diagnósticos, los rasgo de personalidad y los trastornos propiamente dichos (Roca y Bernardo, 1998a).

La DSM-IV-TR (APA, 2002) define los rasgos de personalidad como formas de ser o pautas de sentir, de relacionarse y de pensar sobre el ambiente y uno mismo, y éstas, además, se manifiestan en amplios contextos sociales y personales. Los rasgos patológicos (operativizados en criterios diagnósticos), sin embargo, constituyen las formas de presentación de los trastornos de la

personalidad. Estos rasgos aparecen precozmente, son duraderos, generalizados y, además, originan desadaptaciones desproporcionadas u ocasionan sufrimientos importantes. Si éstos son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de personalidad. La característica principal de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de la expectativas de la cultura del sujeto (American Psychiatric Association, 2002).

Por otra parte, el grupo de trabajo de los trastornos de la personalidad que ha elaborado el DSM-IV-TR, señala una posible alternativa al enfoque categorial: la perspectiva dimensional. Ésta expone que los trastornos de personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad y que se pueden mezclar imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos. Así cada rasgo de la personalidad se enmarca a lo largo de un continuum, como si se tratase del peso, la presión arterial o el coeficiente de inteligencia. Este intento de ordenar cuantitativamente los trastornos de la personalidad sigue la tradición psicológica. En este sentido, diversos autores han tratado de identificar las dimensiones fundamentales que subyacen a la totalidad del campo del funcionamiento normal y patológico de la personalidad. Los modelos dimensionales propuestos por éstos, tienen mucho en común y su conjunto parece cubrir los aspectos más importantes de las alteraciones de personalidad (American Psychiatric Association, 2002). Sin embargo aún falta un modelo teórico de la personalidad que sea aceptable en la práctica y proporcione las dimensiones sobre las que se basa su funcionamiento normal y patológico (Saiz, 2002).

Centrándonos en el diagnóstico de los trastornos de personalidad en personas con VIH/SIDA, éste resulta particularmente complejo debido, por una parte, a las dificultades intrínsecas en la evaluación de los problemas de personalidad, y por otra parte, a la alta frecuencia de estos trastornos en los grupos de riesgo (particularmente en ADVP) y a la dificultad en el diagnóstico

diferencial entre los trastornos funcionales y los orgánicos en esta población (Salvador *et al.*, 1995).

Por último, y en cuanto a la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población VIH/SIDA, Rundell, Wise y Ursano (1986), utilizando criterios DSM-III encontraron que el 18% de los sujetos VIH/SIDA encuestados presentaban un trastorno de personalidad como diagnóstico principal (un trastorno antisocial y un trastorno de personalidad con reacción catastrofista ante el diagnóstico). Otros cuatro pacientes recibieron el diagnóstico adicional de algún trastorno de personalidad probablemente de tipo orgánico. En otro estudio controlado (Perkins, Davidson, Leserman, Liao y Evans, 1993) se evaluaron 58 sujetos homosexuales seropositivos asintomáticos y 53 seronegativos, encontrando una prevalencia de trastornos de personalidad significativamente mayor entre los sujetos seropositivos (33%) respecto a los seronegativos (15%). Además, dentro de la muestra de portadores, aquellos con trastorno de personalidad tenían mayores niveles de malestar emocional.

En poblaciones VIH/SIDA psiquiátricas, Ayuso, Lastra y Montañés (1995), en un estudio compuesto por una muestra de 50 enfermos con VIH ingresados en psiquiatría, informan de que existe una prevalencia de un 12% de trastornos de personalidad. Por otra parte, Navia y Price (1987) señalaron cambios de personalidad en el 37,9% de una muestra de pacientes con demencia-SIDA (n=112).

2.2.3. Clasificación de los trastornos de personalidad

Antes de pasar a desglosar los distintos trastornos de personalidad, nos parece útil recordar la definición y los criterios diagnósticos que se recogen en la DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) en relación con los mismos.

Como se indica en la tabla 9, el trastorno de la personalidad es un patrón general, permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Tiene su

inicio en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para la persona.

Tabla 9. Criterios diagnósticos generales para el trastorno de personalidad (DSM-IV-TR) (APA, 2002)

- a. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de la expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 1. cognición (por ejemplo, formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
 2. afectividad (por ejemplo, gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
 3. actividad interpersonal.
 4. control de impulsos.
- b. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- c. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- d. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- e. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- f. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Aunque la DSM-IV-TR es el sistema taxonómico más usado, nos parece interesante, aunque sea brevemente, citar las diferencias con la CIE-10. A pesar de su gran parecido, los dos sistemas modernos de clasificación presentan algunas diferencias (Saiz,2002):

1. Nombran de forma distinta a categorías similares: así la personalidad antisocial, ansiosa y anancástica en la CIE-10, corresponden a la personalidad antisocial, evasiva y obsesiva en el DSM-IV-TR.
2. Incluyen trastornos en una clasificación y no en otra: la personalidad narcisista y agresivo-pasiva se encuentra exclusivamente en el DSM-IV-TR, y la personalidad emocionalmente inestable con dos subtipos (impulso y límite) y los cambios persistentes de la personalidad en la CIE-10.
3. Clasifican algunos trastornos en distintas categorías. Así, por ejemplo, la CIE-10 considera al trastorno esquizotípico como un trastorno psicótico y, sin embargo, el DSM-IV-TR lo incluye con los trastornos de la personalidad.
4. A diferencia del DSM-IV-TR, la CIE-10 no codifica los trastornos de la personalidad y los mentales en ejes separados.
5. En lo que se refiere a la personalidad patológica que no encaja en las categorías propuestas, la CIE-10 la asigna a los trastornos mixtos, mientras que el DSM-IV-TR aconseja incluir todos los diagnósticos posibles o incorporarlos a los trastornos de personalidad no especificados.
6. Los dos sistemas de clasificación tienen en cuenta los datos aportados por los informantes; sin embargo, la CIE-10 les concede mayor importancia diagnóstica que el DSM-IV-TR.
7. La CIE-10 no reúne a las diversas anomalías de la personalidad como el DSM-IV-TR, que describe tres (A, B y C).

Trastornos de personalidad (tipología)

Con carácter introductorio, utilizamos la descripción breve de las características fundamentales de los distintos trastornos de personalidad que nos ofrece Saiz (2002).

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

1. El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interprete maliciosamente las intenciones de los demás.
2. El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional
3. El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
4. El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
5. El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
6. El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.
7. El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
8. El trastorno de personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
9. El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y de gran apego a los demás, relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
10. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Por otro lado, el trastorno de la personalidad no especificado es una categoría disponible para dos casos: 1) el patrón de la personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y comparte características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad, ó 2) el

patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación.

Atendiendo a las similitudes descriptivas que definen a los trastornos de la personalidad, la DSM-IV-TR los divide en tres grupos:

- El grupo A comprende los trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos cuya peculiaridad común es la rareza y la excentricidad en las personas con estos rasgos.
- El grupo B incluye personalidades antisociales, límites, histriónicas y narcisistas. Los rasgos anómalos en estas personalidades les confiere un aspecto “teatral”, emocional e indeterminado.
- El grupo C contiene la personalidad evasiva (avoidant), dependiente y obsesiva–compulsiva. Las personas con características de este grupo se presentan temerosos y angustiados.

Trastornos de personalidad más frecuentes en individuos con infección por el VIH/SIDA.

En general, los trastornos de personalidad son más frecuentes en individuos con infección por el VIH/SIDA que en el resto de la población, y concretamente el trastorno límite de personalidad es el que presenta mayor prevalencia (Perkins *et al.*, 1993). Investigaciones posteriores han confirmado este dato, de hecho, en un estudio longitudinal, Jacobsberg, Frances y Perry (1995), observaron que aproximadamente las dos quintas partes de los sujetos seropositivos podían ser diagnosticados de trastorno de personalidad. Estos individuos no sabían que eran portadores del VIH, lo que hace a la infección VIH una variable sin sesgo de “respuesta esperada”.

Asimismo, en el estudio de Brooner, Herbst y Schmith (1993) se observó la presencia de trastorno de la personalidad antisocial en el 30-50% de quienes abusaban de opiáceos. Estos presentaban mayores tasas de infección por VIH y mayores trastornos de conducta que aquellos drogodependientes sin trastorno de personalidad.

Una explicación a esta incidencia mayor de ciertos trastornos de personalidad en la población VIH/SIDA nos la ofrece recientemente Millon y Davis (2001). Según estos autores, los trastornos de personalidad suelen estar asociados a una mayor impulsividad y ésta se ha vinculado a comportamientos de alto riesgo. Por definición, los individuos impulsivos no tienden a pensar en las consecuencias de sus actos. Así por ejemplo, las personas con un trastorno límite de la personalidad suelen presentar cambios emocionales repentinos y actos impulsivos, tales como abuso de alcohol y sustancias. Además, se ha observado que las personas con gran impulsividad, mantienen múltiples relaciones sexuales y en la mayoría de las ocasiones sin medidas profilácticas, siendo este comportamiento uno de los denominados de alto riesgo en el contagio del VIH. De igual modo, entre los sujetos con trastornos de personalidad antisocial existe una proporción significativamente mayor de individuos que comparten jeringuillas.

A continuación, describimos otras posibles hipótesis que nos plantean estos autores para explicar la mayor incidencia del VIH/SIDA en algunos trastornos de personalidad. Señalan, como primer caso, la posibilidad de que algunas personas con trastorno de personalidad narcisista presenten sentimientos de “invulnerabilidad” y por ello crean innecesario medidas preventivas con respecto al VIH. Por otra parte, sugieren que las personas con trastorno de personalidad dependientes pueden tener dificultades para rechazar comportamientos de alto riesgo (compartir jeringuillas, sexo sin protección). Por último añaden, que posiblemente los individuos con rasgos sádicos pueden infectar a los demás deliberadamente y las personas con trastorno de personalidad antisocial pueden mentir a cerca de sus antecedentes sexuales o de su condición de ser VIH o SIDA (Millon y Davis, 2001).

A pesar de las investigaciones que se han expuesto, sigue siendo necesario realizar estudios para poder comprobar otras hipótesis que relacionen los trastornos de personalidad con el VIH/SIDA.

A continuación detallamos aquellos trastornos de personalidad que bajo nuestro criterio presentan mayor interés para nuestro estudio.

Personalidad antisocial.

Como dato introductorio, es interesante señalar que las personas con trastorno de personalidad antisocial difícilmente participan en investigaciones del campo de la Psicología; esto conlleva una dificultad añadida en los estudios en este trastorno. Aún así, es el tipo de trastorno de personalidad más estudiado hasta el momento actual.

La característica esencial del trastorno de personalidad antisocial (como se muestra en la tabla 10) es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Este patrón también ha sido denominado psicopatía (Cleckley, 1941), sociopatía o trastorno disocial de la personalidad (Millon y Davis, 2001).

Estas personas pueden presentar disforia, quejas tensionales, incapacidad para tolerar el aburrimiento, respuestas irreflexivas, bajo nivel de tolerancia a la frustración, comportamiento irresponsable y estado de ánimo depresivo.

Además, frecuentemente, carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás. Suelen ser explotadores en sus relaciones sexuales, tener un historial de muchos acompañantes sexuales y no haber tenido nunca una relación monógama duradera, siendo esta conducta uno de los factores de alto riesgo VIH.

Tienden a transgredir la norma, a culpar a otros y ofrecen racionalizaciones verosímiles sobre su conducta. Pueden tener un concepto de sí mismo engreído y

arrogante y ser excesivamente obstinados, autosuficientes o prepotentes, no manifestando la menor autocrítica. Normalmente muestran una elocuencia gratuita o encanto superficial y “verbo fácil”. Estas características pueden resultar esencialmente distintas en el medio carcelario o forense, y en los diferentes niveles socioeconómicos (American Psychiatric Association, 2002).

Desde el punto de vista de la evaluación psicológica, conviene señalar que el estudio de los rasgos psicopáticos se basa fundamentalmente en las acciones de los sujetos, puesto que su lenguaje es poco fiable. El reconocimiento de una característica antisocial no se consigue en la entrevista tras la exploración transversal psicopatológica. Por ello, todos los rasgos, y en particular los sociopatas, han de considerarse a través de la amnésis personal, que implica una visión longitudinal de toda su vida y puesto que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno, puede ser especialmente útil integrar la información obtenida en la evaluación clínica con la información obtenida de fuentes colaterales (Saiz, 2002). Actualmente la escala más utilizada en la valoración de las conductas antisociales es la elaborada por Hare (1991). Ésta consta de 20 ítems y puesto que su aplicación en la clínica es limitada, no nos detenemos a detallarla.

Considerando la evolución del trastorno, cabe señalar, en primer lugar, que el curso de este trastorno es crónico, pudiendo hacerse menos manifiesto o remitir a lo largo de la vida (especialmente hacia la cuarta década de la vida).

Los problemas graves de comportamiento aparecen a una edad temprana (mentiras, desobediencias, robo, crueldad). En el ámbito escolar, el rendimiento suele ser deficiente, a pesar de poseer una inteligencia normal y se advierte una conducta indisciplinada. En la adolescencia, la mayor fuerza física y el desarrollo de la inteligencia se ponen al servicio de rasgos psicopáticos. Por otra parte el surgimiento de la sexualidad así como el consumo de alcohol y de otras sustancias adictivas, complican aún más las características de la personalidad psicopática. En este periodo son frecuentes las fugas del hogar y las acciones

delictivas. Con frecuencia, en familias de bajos recursos, la escasez de posibilidades económicas conduce tempranamente al individuo al conflicto social (American Psychiatric Association, 2002).

Con la madurez, puede aparecer un descenso del comportamiento antisocial. Parece ser que la persona “*se cansa*” de contravenir sistemáticamente la norma, y empieza a considerar los sentimientos de los demás, a tener en cuenta la consecuencias de sus actos y, sobre todo, a tomar conciencia de lo anómalo de su comportamiento, surgiendo así la motivación para el cambio hacia comportamientos adaptativos. Este cambio en la edad adulta, puede verse afectado por factores tales como el abuso del consumo de bebidas alcohólicas y de sustancias adictivas complicando el curso de la personalidad antisocial (Sainz, 2002).

Respecto al diagnóstico diferencial conviene determinar con exactitud qué tipo de manifestaciones concretas presentan la persona con trastorno de personalidad antisocial, para evitar un diagnóstico erróneo. Así, entre los comportamientos con cierta similitud se encuentran los que a continuación detallamos.

El primer comportamiento a diferenciar es la delincuencia. Si bien la personalidad antisocial tiende al comportamiento delictivo, la mayoría de los individuos que vulneran la ley no presentan rasgos antisociales descritos (limitadas reacciones ansiosas, deficientes sentimientos nobles, etc.). Por ello, se ha de tener prudencia al valorar a delincuentes habituales adolescentes y adultos jóvenes si no se encuentran tales rasgos antisociales, pues podemos establecer un diagnóstico que etiquete a la persona, y que le impida evolucionar a modos adaptados de comportamiento.

Otro comportamiento que puede causar dificultad en el diagnóstico es el derivado del trastorno relacionado con sustancias. En este último, no se ha de establecer el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad a no ser que los signos del trastorno hayan aparecido en la infancia y hayan continuado hasta

la edad adulta. Cuando el consumo de sustancias y el comportamiento antisocial hayan empezado en la infancia y continúen en la edad adulta, se diagnosticará tanto trastorno relacionado con sustancias como trastorno antisocial de la personalidad, siempre que cumplan los criterios para ambos trastornos, aunque algunos actos antisociales sean consecuencia del trastorno relacionado con sustancias (APA, 2002).

Corroborando lo dicho anteriormente, citamos un estudio de “Programa Mantenimiento Metadona” donde se efectuó un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad en el 42% de los casos estudiados. Los autores concluyen que quizás los criterios DSM para trastorno antisocial no sean capaces de discriminar individuos con rasgos verdaderos y aquellos en los que son una consecuencia de su drogodependencia (Gángara y Medina, 1998)

Otro estudio que relaciona ambos trastornos es el que nos ofrecen Millon y Davis (2001). Estos autores encuentran en su muestra que hasta un 64% de los pacientes con dependencia de alcohol presentaban un trastorno de personalidad antisocial. Con respecto a las personas que eran dependientes a opiáceos aparecía un trastorno antisocial de la personalidad entre el 30% y el 50% de los pacientes, encontrándose en éstos además una mayor tasa de uso intravenoso de la droga, una mayor promiscuidad sexual, un mayor porcentaje de seropositividad VIH y más alteraciones de conducta. Finalmente, en personas con dependencia a la cocaína el porcentaje de presencia del trastorno de personalidad antisocial fue del 42%.

Para explicar esta alta prevalencia de trastornos de personalidad antisocial en las personas con trastornos relacionados con sustancias, Millon y Davis (2001) nos ofrecen distintas hipótesis. En primer lugar, señalan que las personas con trastorno antisocial no presentan “escrúpulos morales” que puedan moderar el consumo de sustancias y no se preocupan de las consecuencias negativas de este abuso. En cambio, la gratificación inmediata que proporcionan muchas sustancias se ajusta bien a la tendencia de las personas con trastorno de

personalidad antisocial a buscar sensaciones de manera ininterrumpida. En segundo lugar, el consumo de sustancias prohibidas legalmente supone una transgresión de la norma, característica básica en este tipo de trastorno. Por último, las personas con trastorno de personalidad antisocial pueden consumir sustancias para disminuir o camuflar efectos negativos tales como la ansiedad y la depresión (Millon y Davis, 2001).

En cuanto a la etiología de este tipo de trastorno de personalidad, la mayoría de los estudios sobre los posibles factores causales de la personalidad antisocial carecen de rigor metodológico. Prueba de ello es que, en ocasiones, el concepto del trastorno se equipara al de comportamiento delictivo. En otros estudios existen demasiadas variables extrañas que pueden interferir en los resultados.

A pesar de ello, uno de los factores más estudiados en la posible génesis de los trastornos antisociales son los factores genéticos. En diversos estudios sobre la concordancia de gemelos monocigóticos y dicigóticos en el comportamiento delictivo, se observa una diferencia significativa que indica la importancia de los factores genéticos. Así mismo, determinadas investigaciones con hijos adoptivos (Saiz, 2002) señalan una mayor proporción de delincuentes entre aquellos niños cuyos padres biológicos tienen antecedentes penales. Sin embargo, otros estudios (Bohman, 1982) en el mismo campo y con padres biológicos delincuentes y con problemas de alcoholismo, muestran que existe una mayor disposición a presentar problemas de abuso del alcohol pero no a una predisposición antisocial.

En cuanto a la influencia de los factores ambientales en la posible causalidad en el trastorno antisocial, se ha señalado que distintas situaciones familiares, como pueden ser una prolongada privación materna, discordias familiares, separaciones, comportamiento antisocial paternos, alcoholismo y drogadicción, pueden contribuir al desarrollo de un trastorno antisocial de la personalidad (Sainz, 2002).

Por último, destacar que se han hallado ciertos déficits cognitivos en las personas con trastorno antisocial de la personalidad. Se han encontrado reducciones de las ondas cerebrales relacionadas con el procesamiento de los potenciales evocados y alteraciones en las pruebas neuropsicológicas de función frontal (López y Ceckey, 1941). En este mismo sentido, otros autores añaden que esta hipofunción frontal influye en la capacidad para discriminar los contenidos emocionales (Hare y Jutai, 1988). Estos déficits podrían explicar las dificultades de los individuos con rasgos antisociales para apreciar los mensajes emotivos de otras personas.

Trastorno límite de la personalidad.

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad, como se cita en la tabla 10, es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una manifiesta impulsividad. Esto conlleva que sus relaciones íntimas sean inestables, que presenten baja tolerancia al abandono y que su propia identidad se encuentre alterada (American Psychiatric Association, 2002).

Es frecuente que presenten un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento que están a punto de lograr un objetivo, malogrando éste (por ejemplo, abandonando programas terapéuticos tras meses de estancia, no cumpliendo tratamientos médicos largos). Suele ser habitual en estas personas, la pérdida constante de trabajo, las interrupciones en los estudios y las rupturas matrimoniales. Son propensos a los comportamientos irreflexivos, incluso llegando a mostrar conductas autoagresivas, que suelen conllevar un gran peligro, sobre todo para él mismo y sus familiares. Entre ellos, se incluyen la tendencia a los juegos de azar, a derrochar el dinero, a los atracones de comida y/o el abuso de sustancias adictivas (Millon y Davis, 2001).

Respecto a la evolución del trastorno, señalar que en el curso de los trastornos límite de la personalidad existe una gran variabilidad. El patrón más

habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsos, y una frecuente utilización de los recursos de salud mental y medicina general. El deterioro causado por el trastorno es mayor en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente. En este sentido, una proporción notable de estas personas experimentan una evolución más favorable, entre la cuarta y quinta década de su vida, llegando incluso a lograr cierta estabilidad en sus relaciones y en su actividad profesional (Saiz, 2002).

Trastorno narcisista de la personalidad.

La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Las personas con este trastorno se muestran vanidosas, se creen merecedoras de un trato especial y de admiración, presentan fantasías de logros y éxitos, y sus relaciones interpersonales se encuentran alteradas, basadas generalmente en la envidia y en la soberbia (APA, 2002).

La autoestima de estas personas es muy vulnerable convirtiéndole en un individuo sensible al “ultraje de la crítica o la frustración”, aunque tal vez no lo demuestren abiertamente.

Con respecto al curso del trastorno, aunque no existe mucha bibliografía al respecto, parece ser que en la mayoría de los casos permanece estable a lo largo de la vida de la persona (Saiz, 2002).

Por último y a pesar de la escasez de estudios al respecto, se ha observado que en determinadas personas con trastorno narcisista de la personalidad se puede encontrar una mayor prevalencia de trastornos por abuso de alcohol, opiáceos, cocaína y estimulantes. Parece ser, que la alteración de conciencia por el uso de las sustancias tóxicas, consigue disminuir los sentimientos de baja autoestima y de frustración de estas personas. Así mismo, los efectos de estas

sustancias pueden restaurar sus ilusiones de superioridad y competencia durante algún tiempo. Por otro lado, cuando los rasgos narcisistas son secundarios a un trastorno antisocial de la personalidad, el abuso de sustancias parece ser mayor (Millon y Davis, 2001).

Trastorno de personalidad por evitación.

El patrón esencial del trastorno se caracteriza por sentimientos de extrema susceptibilidad al posible desaire, que lleva a la inhibición social, pese al deseo de ser aceptado (tabla 10). El término “evasivo” fue introducido por Millon (1969), autor que ha hecho más aportaciones para delimitar esta categoría de personalidad. En cierto sentido, evitativo corresponde a tímido, de ahí que a veces se usen los dos vocablos como sinónimos (Saiz, 2002).

Las manifestaciones clínicas más relevantes en este trastorno son, entre otras, las siguientes. En primer lugar el miedo al desprecio al mismo tiempo que el deseo de aceptación. La hipersensibilidad al rechazo se halla frecuentemente ligada a un deseo excesivo de ser aceptado y de tener relaciones interpersonales, de ahí el conflicto que suele existir entre estos dos rasgos: sentir pavor ante la eventualidad de un menosprecio y al mismo ansiar aprobación y estima. Además, la misma preocupación por no ser denigrados los hace parcos en palabras, suponiéndoles un gran esfuerzo preguntar o hacer una petición. Por ello, el lenguaje suele ser tenso, lleno de vacilaciones y sin un contenido apropiado.

En segundo lugar, la persona con trastorno de personalidad por evitación, suple su necesidad de relaciones interpersonales con el recurso de la imaginación, “volviéndose hacia su mundo interior” en el que predominan contenidos de menosprecio y humillación que representa el pasado o posibles circunstancias futuras. Así, en su propio aislamiento tienden a perpetuar sus temores, protegiéndose de circunstancias que le podrían causar rechazo o vergüenza pero también dificultando tener relaciones satisfactorias.

Por último, señalar que se suelen mostrar vigilantes. Su máxima preocupación en una interacción personal está en captar señales de rechazo o de impacto de sus palabras o acciones. Esto se conoce como interferencia cognitiva y sin duda es otro componente que actúa en contra del funcionamiento normal de los individuos evitativos (American Psychology Association, 2002).

En cuanto al curso añadir, que aunque existen pocos datos al respecto, podemos decir que el trastorno de personalidad por evitación alcanza su auge en la madurez de la persona y se mantiene de forma crónica a lo largo de la vida.

Tabla 10. Criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad (DSM-IV-TR) (APA, 2002)

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL	TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD	TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD	TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACION
<p>A.Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivos de detención. 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. 4. Irritabilidad y agresividad, indicado por peleas físicas repetidas o agresiones. 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas. 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros. <p>B.El sujeto tiene al menos 18 años. C.Existen pruebas de trastorno antisocial que comienza antes de la edad de 15 años. C. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el trastorno de una esquizofrenia o un episodio maníaco.</p>	<p>Un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. 2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4. Impulsividad en, al menos, dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo. 5. Comportamiento, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación. 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo. 7. Sentimientos crónicos de vacío. 8. Ira inapropiada e intensas dificultades para controlar la ira. 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. 	<p>Un patrón general de grandiosidad, una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia. 2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios. 3. Cree que es “especial” y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas que son especiales o de alto status. 4. Exige admiración excesiva. 5. Es muy pretencioso. 6. Es interpersonalmente explotador. 7. Carece de empatía. 8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él. 9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios. 	<p>Un patrón de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo. 2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar. 3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado. 4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales. 5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad. 6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás. 7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

2.2.4. Variables de personalidad.

Para terminar este capítulo de personalidad nos gustaría detenernos en dos variables que en nuestra población objeto de estudio son interesantes analizar puesto que pueden ayudarnos a entender por qué las diferencias individuales influyen en el correcto afrontamiento de la enfermedad VIH/SIDA.

La primera variable que estudiamos es el rasgo de Dureza (Hardiness). Es un constructo de personalidad que ha sido relacionado con el Patrón de Conducta Tipo A (Kobasa, Maddi y Zola, 1983). Dicho constructo representaría elevados niveles de compromiso, control y desafío para el crecimiento personal por parte del individuo, y actuaría como factor protector de las consecuencias del estrés. Las personas que presentan este rasgo se caracterizan por implicarse intensamente en las actividades que realizan, creer que pueden influir en los acontecimientos que determinan su vida y actuar en consonancia con dicha creencia, así como considerar el cambio como un fenómeno normal y estimulante para el desarrollo personal. Esta definición es parecida a la dada para definir el Patrón de Conducta Tipo A, pero existen entre ambas un importante elemento diferenciador: uno de los aspectos que caracteriza el rasgo Dureza es el interés y satisfacción por la actividad mientras que el Patrón de Conducta Tipo A se caracteriza por una mayor impaciencia y competitividad (Roca, Trujols, Tejero y Pinet, 1995). El sujeto con Patrón tipo A estaría más motivado extrínsecamente y en la persona con Dureza se daría una motivación intrínseca (Friedman y Roseman, 1974). Esta intensa motivación en la participación de “sus actividades” nos hace pensar que potenciar este constructo podría ser una garantía de la adherencia al tratamiento en la población VIH/SIDA.

Una segunda variable es la Alexitimia. Es uno de los rasgos de personalidad que tradicionalmente se ha asociado a trastornos psicósomáticos y a diferentes enfermedades crónicas, encontrando algunos autores una relación significativa entre niveles de Alexitimia y trastorno por el uso de sustancias psicoactivas. Etimológicamente significa “incapacidad para leer emociones” y aunque se trata

de un constructo originariamente psicoanalítico ha sido definido operacionalmente por Friedman y Roseman (1974) como :

- a. Dificultad en identificar y describir sentimientos.
- b. Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales.
- c. Procesos imaginativos restringidos (ausencia o pobreza del pensamiento simbólico y de la capacidad de fantasear).
- d. Estilo cognitivo concreto, basado en la realidad y externamente orientado (pensamiento orientado).

En personas con VIH/SIDA que presenten rasgos de Alexitimia puede existir dificultades en la evaluación de su clínica por el hecho de que la persona es incapaz de leer sus emociones y diferenciarlas de sus sensaciones corporales. Por ello es interesante detectar este rasgo en las personas VIH/SIDA para poder hacer una evaluación que no se centre exclusivamente en la información que aporta el sujeto.

2.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

2.3.1. Concepto y modelos explicativos.

Fuste y Ruíz (2000b), en un estudio reciente, señalan que los mecanismos de afrontamiento hacen referencia a la capacidad que el sujeto tiene para hacer frente al efecto del estrés. Añade que con esta capacidad el sujeto emite una respuesta emocional tras la valoración que hace de la situación.

Gard, un año antes, ofrece una visión algo más amplia. Conceptualiza las estrategias de afrontamiento como un conjunto dinámico de respuestas cuya expresión está basada en las situaciones estresantes, ambientales y en factores personales del individuo (Gard,1999).

Bajo estas definiciones existen modelos teóricos que les dan solidez. A continuación, nos detenemos en aquellos que consideramos más importantes para el desarrollo de nuestro estudio.

Modelo Transaccional de Stress

El Modelo Transaccional de Stress de Lazarus y Folkman (1984) está basado en la premisa de que la relación estrés-distrés es un proceso dinámico que abarca ambiente y factores personales. Según estos autores existen dos procesos primarios en el modelo transaccional, el primero es cómo una situación es valorada cognitivamente y el segundo proceso es cómo el individuo afronta la situación. Así entonces, cuando una situación es inicialmente experimentada, el individuo evalúa cognitivamente la situación para determinar si es estresante. Una situación puede ser estresante si se determina que puede ser peligrosa para el bienestar de la persona (evaluación primaria) y si excede sus recursos para afrontar al estresor (evaluación secundaria). Siguiendo la evaluación, los individuos emplean varias estrategias de afrontamiento que estiman pueden ser potencialmente efectivas en el afrontamiento de situaciones estresantes. Si las situaciones estresantes se

pueden controlar, el estrés es olvidado o minimizado, si la situación se nos escapa de las manos, el individuo experimenta mayor estrés (Gard,1999).

Lazarus y Folkman (1984) hablan de dos categorías en las estrategias de afrontamiento: las estrategias centradas en el problema y las estrategias centradas en la emoción. Las primeras son aquellas conductas que buscan activamente soluciones para los estresores específicos (causa del problema), las segundas intentan aliviar inmediatamente el estrés (emoción) sin afrontar la causa.

En el caso de las enfermedades crónicas, incluida el VIH/SIDA, las personas que utilizan un afrontamiento centrado en el problema, frecuentemente presentan conductas como búsqueda de información y llamadas a otros para pedir ayuda. Sin embargo, los que usan estrategias centradas en la emoción, incluyen comportamientos como apartarse de otros, ignorar selectivamente las situaciones negativas, la imaginación, la evitación y la distancia emocional (Song,1999).

Lazarus propone que las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones fundamentales: mantener o alterar la situación que produce estrés (coping centrado en el problema) y regular la respuesta emocional que los eventos estresantes proporcionan (coping centrado en la emoción). La primera es más apropiada cuando las situaciones son evaluadas como susceptibles de cambio e incluye la resolución de conflictos personales o interpersonales, y/o la búsqueda de información. El coping centrado en la emoción es empleado cuando las situaciones son menos cambiables e incluye esfuerzos cognitivos y conductuales para cambiar el significado de una situación que no puede modificarse. Este tipo de coping incluye el replanteamiento y los esfuerzos conductuales para hacerse sentir mejor.

La estrategia es adecuada cuando es acorde con el estresor. En general, las estrategias de afrontamiento son adaptativas si se utilizan las centradas en el problema cuando este es cambiante y las centradas en la emoción cuando no lo es (Heckman *et al.*, 2001).

En contra de lo postulado, estos autores no encuentran una correlación negativa entre estilo de afrontamiento activo y evitativo, lo que supone que no son polos de un mismo constructo, sino que son constructos diferentes. Por ello, en un mismo individuo pueden encontrarse ambos estilos de afrontamiento (Schmitz y Aystal, 2000).

Modelo de Temoshock.

Temoshock (1983), ha elaborado una teoría según la cual todo trastorno somático o físico sería la consecuencia de una desadaptativa transformación de la información. Si la información es bloqueada sistemáticamente en un nivel (endocrino, inmune, etc.) es debido a una ecuación en la que el locus de control, las estrategias de afrontamiento y la severidad del estresor serán los factores determinantes. Según este modelo en la medida que el sujeto sea incapaz de resolver un conflicto el sujeto enfermará de un trastorno somático o mental.

A pesar de la interesante aportación de los distintos modelos, Lazarus y Folkman son quienes más han trabajado en este tema y de quienes tomaremos el modelo en nuestro trabajo. Ellos mismos admiten distintas influencias en la conceptualización de las estrategias de afrontamiento. Sirva a modo de conclusión esta ampliación que los mismos autores, años más tarde hacen de su modelo (Folkman y Moskowitz, 2000):

- Las estrategias de afrontamiento, incluyen pero no limitan la regulación del estrés y el afrontamiento de problemas causados por el estrés.
- Las estrategias de afrontamiento están influenciadas por la evaluación de las características del contexto, incluida su controlabilidad.
- Las estrategias de afrontamiento están influenciadas por la personalidad.
- Las estrategias de afrontamiento están influenciadas por los recursos sociales.

2.3.2. Evaluación

En la evaluación de las estrategias de afrontamiento en personas afectadas por VIH/SIDA hay que tener en cuenta una serie de elementos que nos ayudaran a contextualizar la información aportada por los instrumentos de evaluación. Concretamente en la entrevista clínica valoraremos los siguientes componentes:

- Estrategias de afrontamiento anteriores: ¿Cómo ha afrontado la adversidad el paciente en el pasado?, ¿de qué mecanismos de afrontamiento dispone?
- Apoyo social: ¿De qué personas dispone?, ¿quién constituye el sistema de apoyo del paciente?, ¿cómo percibe el paciente el apoyo que le dan?
- Apoyo corporativo o institucional: ¿Dispone el paciente de una fuente de ingresos, atención médica, empleo, etc.?

Según Ayuso (1997), deben valorarse cuáles son los recursos personales y el apoyo con que cuenta antes de realizar la prueba porque así los pacientes se encuentran en mejor situación para apreciar sus recursos internos y externos. Se le puede preguntar cómo cree él que podría reaccionar, a quien se lo contaría, cómo cree que reaccionarían las personas de su entorno, cómo ha reaccionado a situaciones adversas en el pasado, y qué posibilidades tendría de encontrar apoyo en su familia, en su pareja, en el trabajo, en las amistades, en otros profesionales sanitarios o en otras entidades no sanitarias (grupos de voluntarios, asociaciones religiosas, etc.).

Para entender cómo el sujeto va a afrontar el VIH/SIDA tenemos que valorar factores como su historia anterior, estilos de vida, redes sociales, escala de valores y niveles de información sobre la enfermedad (García, 1993). De hecho, se ha encontrado en pacientes con VIH/SIDA, que la escasez de redes sociales afecta a las estrategias de afrontamiento limitando las perspectivas de futuro (Rokach, 2000b).

Además, hemos de tener en cuenta el estilo de afrontamiento premórbido puesto que puede ser tan importante como un estresor específico relacionado con el VIH/SIDA, en la limitación de la capacidad de afrontamiento. De igual forma, la presencia de un trastorno del eje II, debe ser evaluada, ya que aumenta el riesgo de un afrontamiento psicológico pobre (Flores, 1997).

Por último, para hacer una evaluación correcta de las estrategias de afrontamiento conviene considerar la enfermedad desde una perspectiva global. Por ello, hemos de tener presente el estadio en el que se encuentra la persona, el tratamiento que recibe, las infecciones oportunistas, etc., puesto que son factores que pueden alterar el estilo de afrontamiento de la persona. Así por ejemplo, el hecho de padecer un cuadro como demencia-SIDA, aún en estadios iniciales, conlleva enlentecimiento, escasa capacidad de concentración y dificultades en la resolución de problemas (García-Camba,1998), lo cual puede ser confundido con un estilo de afrontamiento evasivo.

Las pruebas más usadas en esta población son las siguientes:

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento con respecto al SIDA (IEAS) (Namir, Wolcott, Fawzy y Alumbaugh, 1990): Se trata de un autoinforme de 47 ítems. Las respuestas se valoran en una escala Likert de cinco puntos, en las que las opciones varían desde el uno y al cinco. El inventario evalúa la frecuencia con que la persona adopta determinadas respuestas cognitivas y conductuales para afrontar la enfermedad. El inventario se encuentra dividido en tres subescalas: afrontamiento activo-cognitivo, afrontamiento activo-conductual y afrontamiento de evitación.
- Cuestionario CM (Coping Measures) Billings et al.,(2000). Desde una perspectiva teórica los autores organizan las escalas de valoración y afrontamiento en tres dominios, según su foco primario en la valoración de la situación, según el manejo de la realidad y según el control y la expresión de las emociones activadas por la situación. El cuestionario incluye las siguientes subescalas: afrontamiento centrado en la valoración (compuesta

por cuatro ítems con una fiabilidad de $\alpha= 0,53$), afrontamiento centrado en el problema (compuesta por siete ítems con una fiabilidad de $\alpha=0,63$) y solución de problemas (compuesta por cinco ítems con una fiabilidad de $\alpha=0,66$), afrontamiento centrado en la emoción (contiene seis ítems con una fiabilidad $\alpha=0,63$) y descarga emocional (compuesta por seis ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,41$). De esta manera el cuestionario está compuesto por 28 ítems que se puntúan según una escala de cuatro puntos.

- Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarús y Folkman (1986): un cuestionario que a través de sus 50 ítems se evidencian ocho subescalas: confrontación (compuesta por seis ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,70$), distanciamiento (compuesta por seis ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,61$), autocontrol (compuesta por siete ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,70$), búsqueda de apoyo social (compuesta por seis ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,76$), aceptación de la responsabilidad (compuesta por cuatro ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,66$), huida-evitación (compuesta por ocho ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,72$), planificación (compuesta por seis ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,68$) y reevaluación positiva (compuesta por siete ítems con una fiabilidad $\alpha= 0,79$). A pesar de ser el cuestionario original del que se han derivado la mayoría de los cuestionarios posteriores ha recibido múltiples críticas (Parkes, 1984; Séller, Weintraub y Carver, 1986; Solomon, Mikulincer y Avitzur, 1988; Vitaliano, Russo, Carr, Mauro y Becker, 1985).

2.3.3. Estrategias de afrontamiento y enfermos de VIH/SIDA.

En un estudio realizado con pacientes oncológicos durante más de diez años (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson, 1988) se señala la importancia de las estrategias de afrontamiento como factor amortiguador del estrés y consiguientemente como variable capaz de influir en el desarrollo de determinadas enfermedades. Como en muchos campos de la psicología clínica y de la salud, la psicooncología ha servido como base para abrir líneas de investigación. Más recientemente, existen trabajos que relacionan los estilos de

afrontamiento con la función inmunitaria (Dykema, Bergbower y Peterson, 1995; Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyer, 1991; Swindells, Mohr y Justis, 1999), donde se pone de manifiesto que éstos median en el desarrollo de ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune. Desde ahí parte el estudio de los estilos de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA, encontrándose básico para una mejora de la calidad de vida de estos pacientes el potenciar su capacidad de afrontamiento (Roca *et al.*, 1995).

Para Ayuso (1997), estos modos de afrontamiento son uno de los factores que más contribuyen a la aparición de problemas de salud mental una vez que se recibe el diagnóstico de seropositividad. La influencia es tal, que si sus mecanismos de afrontamiento son insuficientes pueden surgir reacciones de descontrol con riesgo autolesivo (García-Camba, 1998).

Una persona con VIH/SIDA, en etapas iniciales, ha de hacer frente a múltiples retos y numerosas circunstancias adversas. En este sentido, los procesos de afrontamiento le ayudarán a mantener el control sobre su vida y a encontrar el suficiente bienestar psicológico (Blannon, 2001).

Por otro lado, algunos autores señalan que la creencia en el control personal sobre la enfermedad está positivamente asociado con el ajuste psicológico en enfermedades crónicas, incluso en estados avanzados de la enfermedad. En este mismo sentido, la percepción de control de la enfermedad se asoció con menor número de síntomas depresivos y ansiosos y con un mayor grado de adaptación (Remor *et al.*, 2001). El sentido de control es el concepto básico en las estrategias de afrontamiento. Una persona con SIDA se ve obligada a renunciar a su creencia de control sobre su enfermedad cada vez que sufre una nueva infección oportunista, al mismo tiempo, ha de adoptar nuevas creencias respecto a la habilidad de control sobre algunas de las consecuencias negativas de esta enfermedad, como pueden ser, en cómo afecta ésta a sus relaciones personales y a su aspecto personal (Kenneth y Judith, 1998).

Aunque la persona presente un alto grado de cumplimiento del tratamiento antirretroviral y mantenga unos hábitos saludables de vida, el control que suele tener el individuo sobre las consecuencias de la infección suelen ser escasas (Tsasis, 2000). Esto hace que aparezcan en la persona VIH/SIDA estados de indefensión. Este estado presenta un efecto de bloqueo producido por percepciones erróneas y por la percepción de no control (“no puedo hacer nada”, “no depende de mí”). Con este tipo de atribuciones los cambios de hábitos o la creación de hábitos saludables se dificultan (García, 1993).

En lo referente a la sensación de control, añadir que frecuentemente se asocia un mayor nivel de adaptación cuanto mayor es esta sensación. Sin embargo, en las personas VIH/ SIDA, dado la naturaleza de la propia enfermedad y el estado actual de los tratamientos, las consecuencias de la sensación de control son mucho más complejas. En algunas situaciones tener control disminuye los niveles de estrés y en otras, el tener demasiada sensación de control, cuando aparecen síntomas físicos, hace que aumente, puesto que aparecen sentimientos de indefensión. Por eso, determinados autores, ven importante diferenciar entre lo que es percepción de control y control. Algunos creen (Reed, Taylor y Kemeng, 1993; Thompson, 1989; Witenberg, 1983) que tener ilusión de control es lo más importante para tener el control, otros autores (Wallston, Kenneth, Kaplan, y Maides, 1976), sin embargo, sugieren que una persistente creencia de control en situaciones donde existe relativamente poco control puede ser maladaptativo. La percepción de control puede ayudar a la adherencia al tratamiento, mediando entonces entre el estrés y el funcionamiento inmune .

La percepción de control es definida como la creencia de que uno puede determinar su propio estado interno (Walston *et al.*, 1987). Una de las grandes objeciones ofrecidas a esta conceptualización es que normalmente es un buen constructo en personas sanas, pero que ha de cambiar para adaptarse a personas con enfermedades graves (Shachar, 1999).

Determinados estudios sugieren que la gran mayoría de la población mantiene frecuentemente exageradas creencias de control y un irreal optimismo sobre el futuro y que estas ilusiones positivas son psicológicamente adaptativas (Taylor y Brown, 1988). En el caso de las personas afectadas por el VIH/SIDA, este falseamiento de la realidad, que en principio es por definición negativo, se puede convertir en adaptativo.

Recientes investigaciones sugieren que la aceptación realista de una condición de deterioro y posible muerte puede tener negativas consecuencias que quizás sobrepasen los efectos beneficiosos. En este sentido, estos estudios aportan que las personas con mayor aceptación realista de su situación tenían menor tiempo de supervivencia al VIH que los sujetos con poca aceptación realista. Esto contradice a las investigaciones de Kluber-Ross donde los estilos de afrontamiento realistas aseguran una mayor aceptación. Según Kenneth y Judith (1998), en la infección VIH/SIDA, no podemos seguir el modelo de Kluber-Ross porque variables como la inseguridad, la variabilidad y la impredecibilidad del VIH/SIDA marcan diferencias con las demás enfermedades crónicas y degenerativas.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que un optimismo irreal sirve como defensa para el impacto de las distintas situaciones. En cambio, otros autores plantean que lo que consiguen es un mal ajuste. Así Kang (1999), plantea que el estilo de afrontamiento de evitación está relacionado con el optimismo, concretamente los sujetos con estilo de afrontamiento evasivo percibían las consecuencias de la infección VIH como menos severas consiguiendo menor nivel de estrés.

Toda esta visión, contradice el grupo de investigación clásica donde se afirma que las personas con alto nivel de sensación de control tienen mayor atención a su salud (Fontaine, McKenna y Cheskin, 1997) y por tanto presentan un mejor ajuste a la infección VIH/SIDA (Zaleski, 2000).

La explicación a estos aparentes resultados contradictorios la podemos hallar en los estudios realizados en los casos de personas “VIH progresores lentos” (personas con infección VIH cuya progresión hacia estadios avanzados de la enfermedad no se ha producido a los 20 años de infección) por Kang (1999). Este autor ha planteado que los tipos de estrategias empleadas por personas con VIH/SIDA pueden ser varias en el continuum que es el VIH/SIDA. El responder a la demanda diaria del VIH exige el empleo de distintos modos o estilos de afrontamiento. Las personas en estadios asintomáticos, por ejemplo, usan más frecuentemente el estilo de afrontamiento de evitación y de distanciamiento, y en cambio, en las personas sintomáticas VIH/SIDA, es el estilo de afrontamiento centrado en la emoción el que más se usa, probablemente porque el curso de la enfermedad es menos controlable que en los estados asintomáticos (Kang, 1999).

Así, podemos concluir que tener mayor o menor sensación de control produce mayor o menor estrés según el momento (estadio) en el que se encuentre la persona. En fases más asintomáticas, la sensación de control y el control real sobre la enfermedad es mayor, por lo que será más adaptativo, en fases avanzadas el optimismo irreal será lo más adaptado para que la persona no caiga en un estado de indefensión aprendida.

2.3.4. Tipología de las estrategias de afrontamiento.

Como hemos ido viendo en el desarrollo de este capítulo, en el estudio de las estrategias de afrontamiento aún no existe un modelo teórico único que centre la investigación y que sirva de consenso a los clínicos.

Esto queda especialmente patente cuando intentamos ver los distintos tipos de estrategias de afrontamiento. Cada autor plantea una tipología distinta como veremos a continuación.

Unos de los primeros autores en hacer un estudio riguroso sobre los modos de afrontamiento son Lazarus y Folkman. Estos autores, en 1984 describen dos categorías: las estrategias centradas en el problema y las estrategias centradas en

la emoción. Las primeras son aquellas conductas que buscan activamente soluciones para los estresores específicos, las segundas son las que intentan aliviar inmediatamente el estrés sin afrontar la causa (Lazarus y Folkman, 1984).

Posteriormente, Caver, Scheier y Weintraub (1989), conceptualizan la existencia de tres tipos de estrategias de afrontamiento que pueden ser disfuncionales: “dar rienda suelta a las emociones”, “desenganche conductual” y “desenganche mental”. Predicen que el uso de esos tres estilos de afrontamiento puede estar positivamente asociado con un aumento en la percepción de estrés en VIH/SIDA. El uso de las estrategias de “desenganche mental” y “desenganche conductual” puede indicar una evitación de la evaluación adecuada de los recursos personales. Así mismo, el “desahogar emociones” podría conllevar la evitación para hacer una evaluación cognitiva que podría dar respuesta a aliviar el estrés. De hecho, y en esta misma línea, otros estudios (Blaney, Goodkin, Morgan, Millon, Szapocznik, Eisdorfer, 1997), encuentran que el “desatar las emociones” aumenta los niveles de estrés.

Otra tipología distinta la ofrecen Roca *et al.*, (1995), los cuales en un estudio realizado con 63 pacientes politoxicómanos, señalaban la existencia de dos estilos de afrontamiento. Uno de estos patrones se caracterizaba por un locus de control interno, espíritu de lucha y afrontamiento activo, mientras que el otro se caracterizaba por un locus de control externo, desesperanza y fatalidad. Este segundo estilo situaría a los individuos que lo presentasen en una situación de desesperanza aprendida, afectando a la capacidad de respuesta del sistema inmunológico.

Por último, en 1999, Gard señala que las estrategias empleadas por los individuos suelen ser bastantes variadas; no obstante pueden agruparse en tres categorías: estilo de afrontamiento positivo, estilo de afrontamiento evasivo y búsqueda de apoyo social. En el estilo de afrontamiento positivo, aparecen estrategias tales como la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, la búsqueda de información y el uso de apoyo social. Éstas están asociadas generalmente con un mayor ajuste psicológico y una menor disforia; por otra

parte, el uso de estilos de afrontamiento de evitación se relaciona con estrés y disforia.

A pesar de las divergencias que se observan entre los distintos autores, en general, se opta por la tipología ya clásica, aunque reciente en el tiempo, de estilos de afrontamiento activos (coping “espíritu de lucha”) y estilos de afrontamiento evitativo-pasivos (coping avoingt).

En un número notable de investigaciones, se halla una asociación entre un afrontamiento inadecuado (negar la enfermedad o aferrarse a una esperanza ilusoria), y niveles elevados de malestar psicológico y de trastornos depresivos (Brannon y Feist, 2001; Gard,1999; kang,1999). Incluso ciertos estudios aluden a una relación entre estrategias de afrontamiento pasivas (negación) y progresión del VIH/SIDA (Pernas et al., 2001). De hecho, y en este mismo sentido, se han encontrado, en personas con estrategias de afrontamiento evitativo-pasivo un peor funcionamiento del sistema inmune, un menor número de CD4 y CD8 y una mayor probabilidad de deterioro general (Leserman et al., 2000; Petrie, Booth y Pennebaker, 1998).

Por el contrario, un afrontamiento activo (incluyendo la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social), se relaciona con un proceso adaptativo adecuado (Brannon y Feist, 2001; Kenneth y Judith, 1998) y una menor presencia de trastornos depresivos (kang,1999) y de estrés (Schmitz y Aystal, 2000). De hecho, se observó que una de las variables que mejor predecía la supervivencia era el tipo de estrategia de afrontamiento denominada “espíritu de lucha” respecto a la enfermedad (Watson *et al.*, 1988) mostrando, las personas VIH/SIDA con este estilo de afrontamiento, un cambio inmunológico positivo (Petrie *et al.*,1998) y una baja probabilidad de desarrollar infecciones oportunistas (Leserman *et al.*, 2000).

Sin embargo, en enfermedades tan complejas como el VIH/SIDA, encontramos que en ocasiones existen beneficios potenciales en el estilo de afrontamiento de evitación. Las personas con SIDA de evolución lenta y los VIH utilizan estas estrategias para “distraerse de su enfermedad”: van al cine,

escuchan música, usan sustancias para alterar su humor, etc. Esta aparente evitación del problema también ha sido asociado con un menor declive en el funcionamiento inmune y una más lenta progresión a SIDA si lo comparamos con individuos VIH que tenían un menor estilo de afrontamiento de evitación (Gard,1999). La explicación podría ser que en personas VIH una excesiva hipervigilancia puede ser perjudicial por los niveles de estrés elevados que aporta. La evitación en este estadio puede no ser negativa, sin embargo, en fase SIDA, esta evitación puede ser mortal porque este estilo conlleva la ausencia de implicación en sus cuidados (Rokach, 2000b).

3. INTERVENCIÓN INTEGRAL EN VIH/SIDA.

3.1. INTERVENCIÓN MEDICA.

3.1.1.-Tratamientos antirretrovirales.

3.1.1.1.-Evolución de la terapia antirretroviral.

En 1987 se publicó el primer ensayo clínico de terapia antirretroviral. Consistía en un tratamiento con un único fármaco (monoterapia) llamado Zidovudina (AZT: retrovir). Se administraba a pacientes con infección VIH muy avanzada. Este tratamiento demostró una reducción de la mortalidad en el grupo tratado (Pujol, Viciano y Cuesta, 2000), sin embargo, este primer tratamiento pronto se mostró insuficiente. En 1990 aumentaron las posibilidades terapéuticas por el uso de dos análogos de nucleósidos inhibidores de la transcriptasa, que demostraron un mayor beneficio clínico e inmunológico, pero no consiguieron alcanzar una reducción importante y sostenida de la viremia plasmática hasta las cifras indetectables de la carga viral, con lo que la progresión clínica no se detenía. A finales de 1995, al tratamiento con los dos inhibidores de la transcriptasa se asoció un inhibidor de la proteasa lo que acompañó de una disminución significativa de la morbilidad y mortalidad ligada a la infección VIH, control de la replicación viral y restauración del sistema inmune. A este tratamiento antirretroviral potente se le denominó HAART en la literatura anglosajona (highly active antirretroviral therapy) y tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGE) en castellano.

Al mismo tiempo aparecen nuevos factores que hacen cambiar el enfoque terapéutico de la infección VIH: en primer lugar, el mejor conocimiento de la cinética replicativa del virus a través de todos los estadios de la infección (desaparece el concepto de fase replicativa de latencia, es decir, se sabe que el virus se replica desde el primer momento); en segundo lugar, el desarrollo de técnicas que permiten conocer la carga viral del paciente, con lo que va a ser posible medir la eficacia de los tratamientos sin necesidad de esperar el deterioro

clínico o inmunológico y en tercer lugar, la disponibilidad de nuevos fármacos efectivos en el tratamiento de la infección.

La monoterapia pasa entonces a considerarse un tratamiento subóptimo y se recomienda iniciar el tratamiento o cambiar, si ya se ha iniciado, a un tratamiento combinado. La elección de las combinaciones se basará sobretodo en la acción sinérgica de los fármacos, en la ausencia de resistencias cruzadas y en la suma de toxicidades. Los cambios en el tratamiento se realizarán según la carga viral, y se observarán los mismos objetivos: alcanzar una carga viral indetectable o, al menos, inferior a 5.000-10.000 copias/mL.

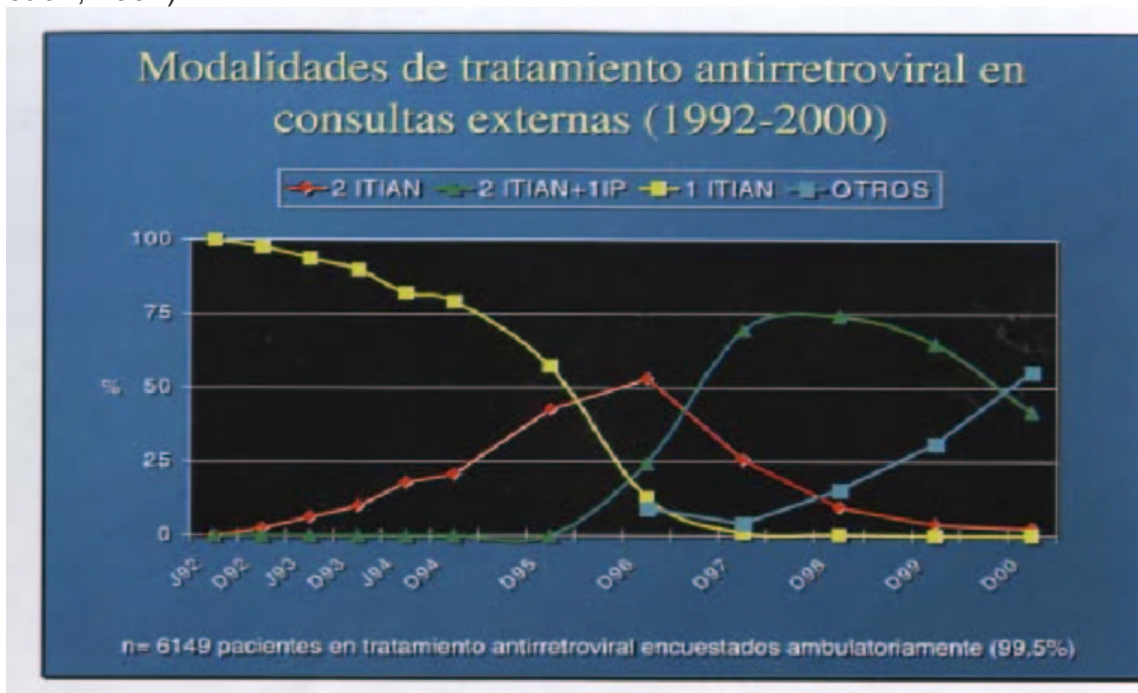
A pesar de que actualmente la terapia antirretroviral consigue disminuir la carga viral y restablecer los niveles linfocitarios, aún quedan muchas incógnitas por despejar: cuándo es el mejor momento para iniciar el tratamiento, qué niveles de carga viral mínimos son los tolerables, la potencia de todas las posibles combinaciones, su eficacia sobre la carga viral en los ganglios linfáticos y órganos de difícil acceso, la supervivencia efectiva en los tratamientos precoces, la aparición de multiresistencias, etc.

Además, ya se ha mencionado que actualmente aparecen muchos agentes con potencial actividad sobre el VIH y lo que es más importante, con mecanismos de acción diferentes. La terapia combinada no ha hecho más que comenzar y la posibilidad de actuar sobre varios blancos en el ciclo viral es el futuro más próximo. Con toda seguridad, las recomendaciones actuales pueden quedarse obsoletas en un periodo de tiempo más bien corto (Flores, 2000).

En nuestra comunidad andaluza esta evolución del tratamiento antirretroviral y el consecuente incremento de su uso ha sido recogido en un trabajo realizado por la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). En ese estudio se plantea que en el período entre los años 1992-1993 prácticamente la totalidad de los pacientes en tratamiento recibían Zidovudina en monoterapia (línea amarilla en gráfico 1). En el período 1994-1995 se dispuso la combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleósidos que alcanzó su máxima

utilización en el año 1996, para decaer posteriormente (línea roja). Por último, a partir de 1996 se ha generalizado dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleósidos y un inhibidor de la proteasa (línea verde), la cual alcanzó su máximo en el año 1998, fecha que era utilizada por el 75% de los pacientes ambulatorios en tratamiento antirretroviral. No obstante, en los últimos años se observa un descenso progresivo de esta modalidad de tratamiento a favor de otras combinaciones menos “estandarizadas” (línea azul) (Cañas *et al.*, 2001).

Grafico 1: Modalidades de tratamiento antirretroviral en consulta externas (Cañas *et al.*, 2001)

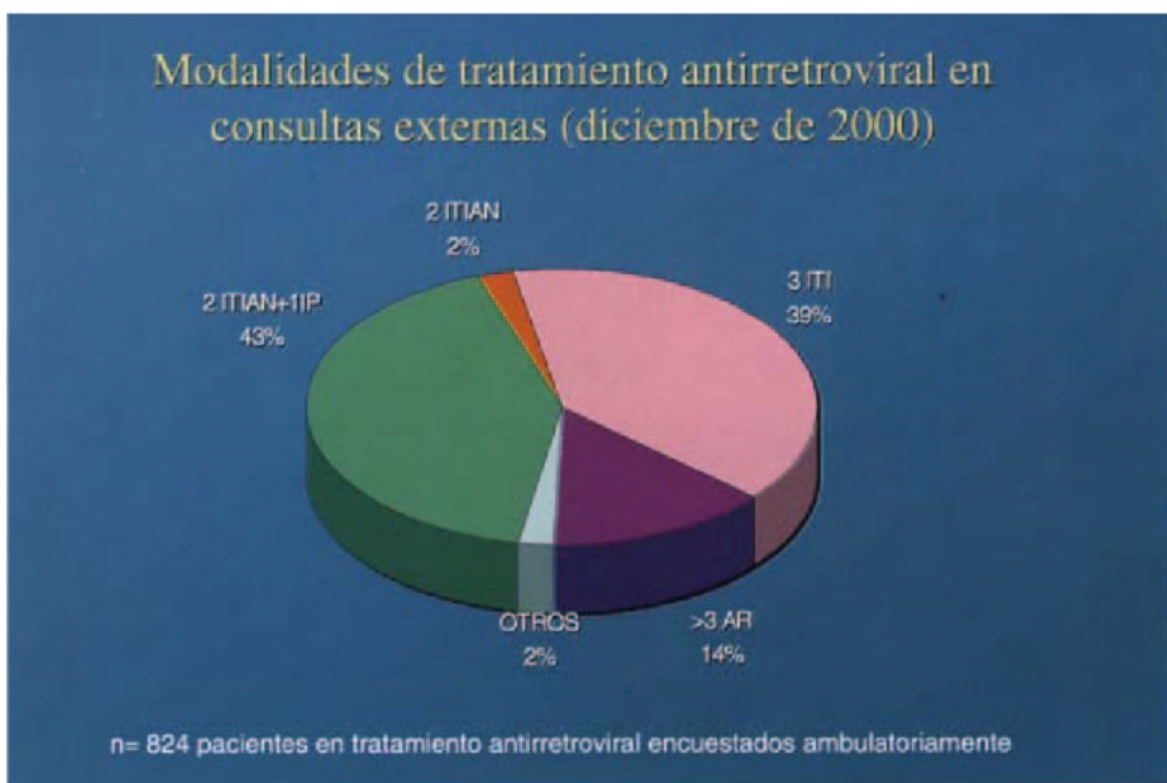


Este incremento reciente de otras combinaciones distintas a la clásica se deben, en primer lugar, a la introducción de la asociación de tres inhibidores de la transcriptasa inversa usadas como terapias iniciales o de simplificación en decremento de la asociación de un inhibidor de la proteasa como tercer fármaco. En segundo lugar, podría también deberse al uso de combinaciones con más de tres fármacos, ya sean como terapias de rescate a fracasos previos o como terapias de intensificación.

De este modo, como se muestra en el gráfico 2, en la encuesta de diciembre del año 2000, el porcentaje de pacientes ambulatorios que recibían tratamiento

antirretroviral con la triple terapia clásica (43%) fue similar al de tratados con combinaciones de tres inhibidores de la transcriptasa inversa (39%), mientras que el 14% estaba en tratamiento con más de tres fármacos y el 4% recibía otras combinaciones distintas .

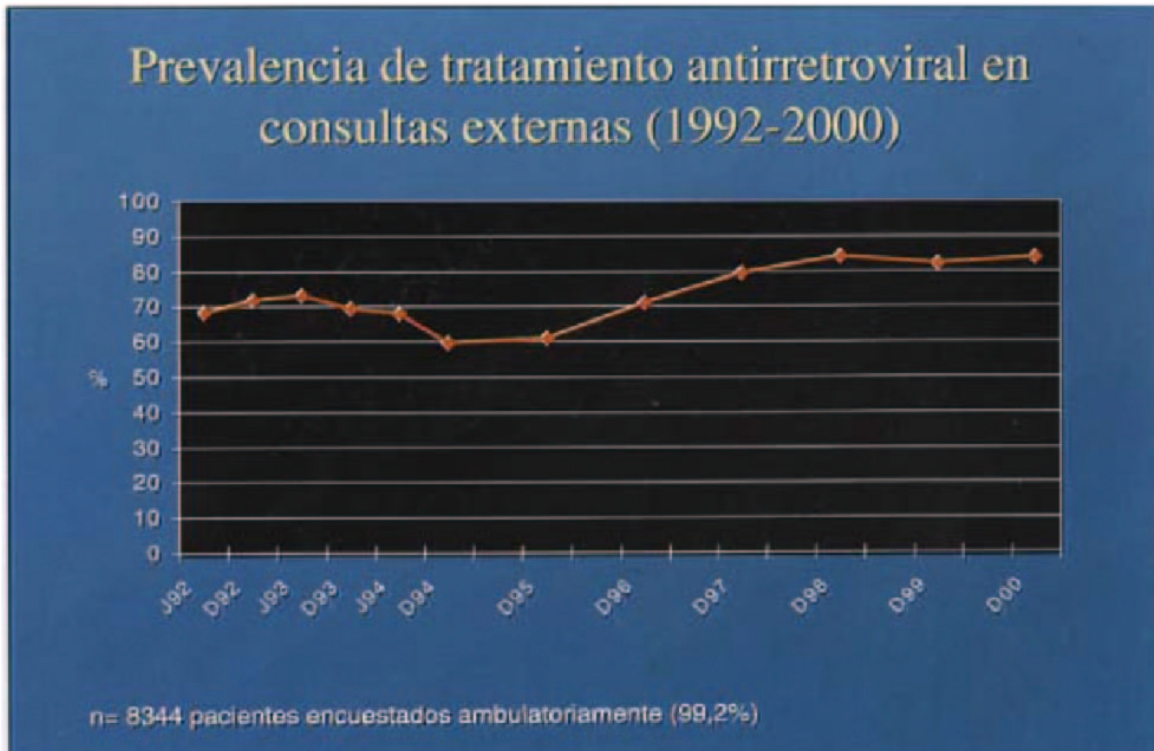
Grafico 2: Modalidades de tratamiento antirretroviral (Cañas *et al.*, 2001)



Globalmente en el periodo 1992-2000, en Andalucía, el 74% de las personas VIH/SIDA atendidas en régimen ambulatorio (consultas externas y hospitales de día) recibían tratamiento antirretroviral (gráfico 3). Esta proporción no ha permanecido estable a lo largo de los años, pudiéndose distinguir tres períodos:

- 1992-1993, en el que el 71% de los pacientes ambulatorios estaban en tratamiento.
- 1994-1995, en el que el porcentaje descendió al 64%.
- A partir de 1996, período que se produjo un incremento de su uso en consonancia con la introducción y la generalización de los nuevos fármacos, y en el que esta proporción se ha estabilizado por encima del 80% en los años más recientes.

Gráfico 3: Prevalencia de tratamiento antirretroviral en consultas externas 1992-2000 (Cañas *et al.*, 2001)



Esta evolución está condicionada, en parte, por la disponibilidad de los nuevos fármacos y la eficacia de las distintas combinaciones.

Otro aspecto importante de la evolución del tratamiento antirretroviral en los últimos años ha sido la diversificación de las combinaciones utilizadas. Esta heterogeneidad denota, por una parte, la mayor disponibilidad de fármacos, y por otra parte, un mejor conocimiento de la actividad, perfil de toxicidad e interacciones farmacológicas de las distintas asociaciones. El objetivo último de esta diversificación sería lograr la máxima individualización posible del tratamiento antirretroviral.

De modo continuo se producen avances significativos en el conocimiento de la infección por el VIH y en el tratamiento antirretroviral. En los años más

recientes, los cambios en su conjunto han sido de tal magnitud que resulta difícil mantenerse al día de todos los aspectos de la enfermedad (Moreno, 2001).

3.1.1.2.- Fármacos actuales: descripción y efectos secundarios.

Los fármacos antirretrovirales se agrupan en dos familias, en función del paso del ciclo vital del VIH que inhiben: la transcriptasa inversa (TI) (análogos y no análogos) o la proteasa. Las combinaciones más recomendadas son aquellas que incluyen dos inhibidores de la TI con un tercer fármaco que puede ser un inhibidor de la proteasa. Su efectividad cuando se usan en combinación ha mejorado sustancialmente el pronóstico de los infectados por VIH. Hasta ahora, en España, se han aprobado 14 antirretrovirales para el tratamiento del VIH que detallamos en la tabla 11 junto a su nombre comercial.

Tabla 11. Fármacos antirretrovirales (Pujol *et al.*, 2000)

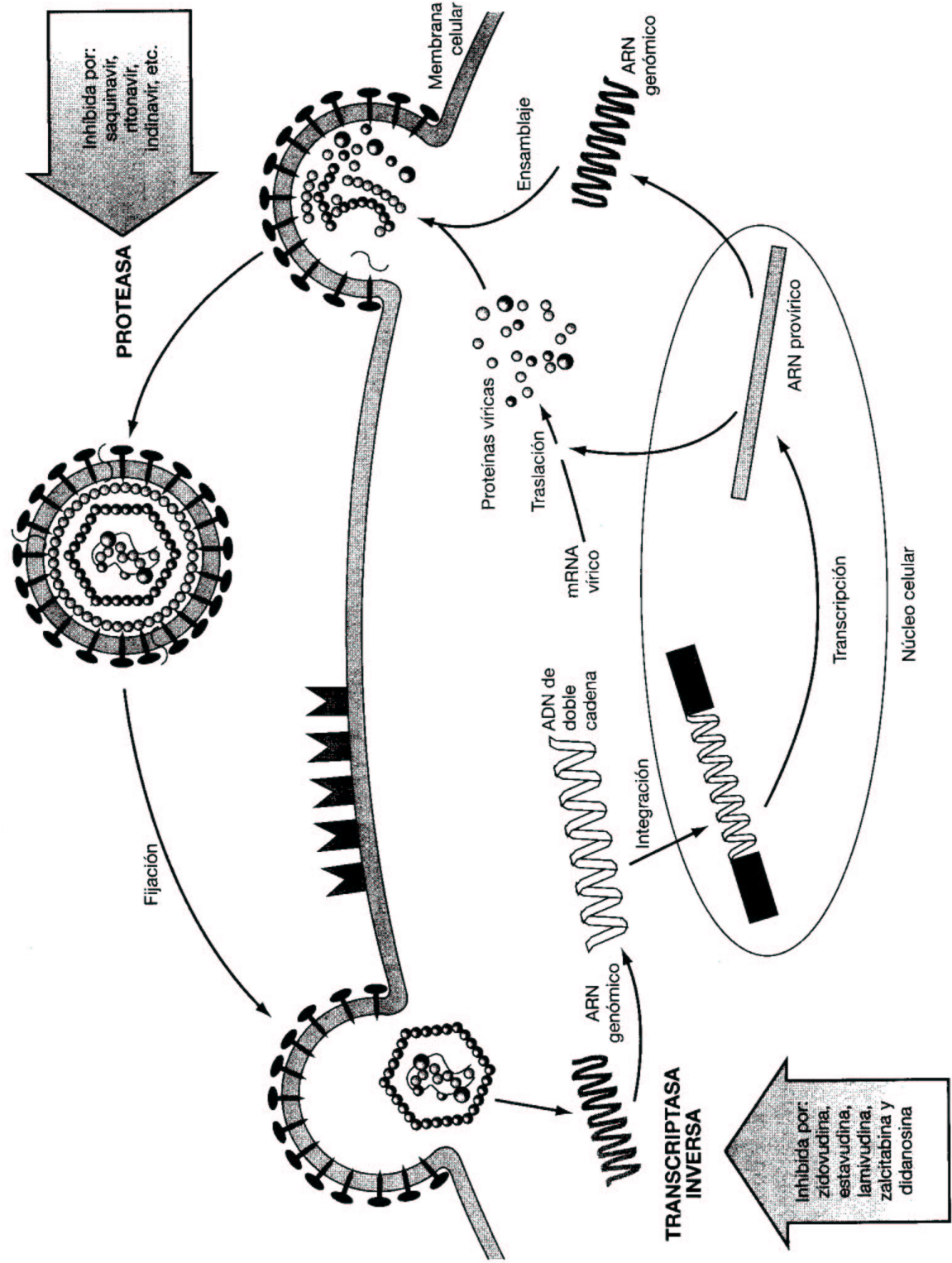
ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓSIDOS INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA					
Zidovudina	Estavudina	Lamivudina	Didanosina	Zalcitabina	Abacavir
AZT	d4T	3tC	ddl	ddC	ABC
<i>Retrovir</i>	<i>Zerit</i>	<i>Epivir</i>	<i>Videx</i>	<i>Hivid</i>	<i>Ziagen</i>
<i>Combivir</i>					

NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA.		
Nevirapina	Delavirdina	Efavirenz
<i>Viramune</i>		<i>Sustiva</i>

INHIBIDORES DE LA PROTEASA				
Indinavir	Ritonavir	Saquinavir	Nelfinavir	Amprenavir
<i>Crixivan</i>	<i>Norvir</i>	<i>Invirase (I)</i> <i>Fortovase(F)</i>	<i>Viracept</i>	<i>Agenerase</i>

Para poder comprender su efecto de una forma gráfica a continuación ofrecemos un diagrama (gráfico 4) donde puede verse en el ciclo vital del virus la acción de los fármacos antirretrovirales.

Gráfico 4: Ciclo vital del virus VIH v sitio de acción de los fármacos antirretrovirales (Flores. 2000)



El objetivo ideal de todo tratamiento anti-infeccioso es la completa erradicación del patógeno. Esto, por el momento, en el caso de la infección por el VIH es un objetivo inalcanzable debido al establecimiento de un reservorio de células CD4 infectadas latentemente en la fase precoz de la Infección Aguda VIH y que persiste con una larga vida media incluso en los pacientes en los que la terapia antirretroviral ha conseguido una supresión completa y prolongada por debajo de 50 copias/mL. Teniendo en cuenta la vida media de las células VIH persistentemente infectadas, serían necesarios de 7 a 10 años de terapia para conseguir la erradicación del VIH e incluso en algunos trabajos se sugiere que el plazo para la erradicación sería de unos 60 años (Powderly, Saag y Chapman, 1999). Es por ello, que el objetivo principal del tratamiento antirretroviral, en el momento actual, debe ser el de controlar la infección.

Para controlar la infección VIH y evitar los efectos de la replicación viral sobre la progresión de la enfermedad, es necesario que la terapia consiga una supresión viral sostenida y máxima, con viremia plasmática indetectable utilizando técnicas ultrasensibles con un límite actualmente aceptado de <50 copias/mL. La supresión viral se acompaña de restauración del sistema inmune con elevación de los linfocitos CD4, mejoría de la calidad de vida y reducción de la mortalidad ligada al VIH (Pujol *et al.*, 2000).

En definitiva, el objetivo del tratamiento es impedir que aparezca cualquier grado de sufrimiento clínico en las personas que lo reciben, lo cual se consigue en la mayoría de los casos manteniendo recuentos aceptables de los CD4 en sangre. En los últimos años hemos aprendido que la velocidad con la que los linfocitos CD4 disminuyen es inversamente proporcional al aumento de la carga viral y que, a su vez, el descenso de la carga viral refleja muy fielmente el efecto del TARGE (Moreno, 2001).

Los indicadores más fiables de la eficacia del TARGE son, por una parte, la viremia plasmática (carga viral) y, por otra parte, las cifras linfocitarias. Por ello, el régimen terapéutico que se elija debe ser suficientemente potente para conseguir a los seis meses de iniciada la terapia que la viremia plasmática sea indetectable

(<400 copias/mL y 50 copias/mL) con técnicas ultrasensibles. De hecho, si no disminuye lo suficiente (como mínimo, a menos en un tercio del valor inicial) puede afirmarse que el paciente no toma la medicación o ésta es totalmente ineficaz, considerándose fracaso terapéutico cuando la carga viral no alcanza niveles indetectables (menos de 200, 50 ó 20 copias/mL según la técnica de detección) (Moreno, 2001).

En los ensayos clínicos este objetivo se consigue en pacientes no tratados previamente en el 80% de los casos, pero en la práctica clínica esta cifra baja a un 50% (Moreno, 2001).

El tratamiento antirretroviral provoca, generalmente, una elevación significativa de linfocitos CD4 de 100 ó 200 células ó más y esta respuesta inmunitaria está ligada al grado de supresión viral. Por otro lado, la supresión viral es mayor en pacientes que tienen una mejor respuesta de linfocitos CD4.

En algunos pacientes se observan discrepancias entre la carga viral y la respuesta de linfocitos CD4, con caída progresiva de éstos pese a tener carga viral indetectable. Ello es debido a la presencia de replicación viral residual de bajo grado. En otros casos se observa una buena respuesta de linfocitos CD4 pese a que no exista una supresión viral completa. En estos casos, puesto que el objetivo terapéutico ideal no se consigue, se considera que el tratamiento antirretroviral es subóptimo aunque tenga beneficio clínico, virológico e inmunológico (Pujol *et al.*, 2000).

Respecto al inicio y cambios en el TARGE, la decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral en el paciente asintomático debe estar basada en el riesgo que ese paciente en concreto tiene de progresar a SIDA, en función de la viremia plasmática y la cifra basal de linfocitos CD4 y de la pendiente de caída de los linfocitos.

Si el paciente tiene CD4 >500 células/ μ l y la carga viral es <30.000 copia/mL y >5000 copia/mL muchos expertos prefieren no hacer recomendación

absoluta de inicio de tratamiento sino individualizar la decisión después de discutir los pros y los contras con el paciente. En los pacientes con bajo riesgo de progresión a SIDA (la carga viral <5000 copias/mL y los linfocitos $>500\mu\text{l}$) el inicio de tratamiento antirretroviral puede ser posterior según la evolución del propio paciente. En los pacientes que existan serias dudas sobre la correcta cumplimentación del tratamiento es conveniente retrasar el inicio del mismo para evitar los fracasos asociados a la no adherencia.

Una vez adoptada entre el paciente y su médico la decisión de iniciar la terapia antirretroviral, la elección del régimen terapéutico debe individualizarse basándose tanto en los ensayos clínicos sobre la potencia de las diversas combinaciones elegidas, la tolerabilidad y los efectos adversos, como en las interacciones farmacológicas, las opciones para regímenes futuros si fracasa el primero y los resultados de estudios de resistencia si se han realizado (Pujol *et al.*, 2000).

Desde que se dispone de la medición rutinaria de carga viral, se propuso este indicador como baremo para tomar decisiones respecto a la conveniencia de iniciar el tratamiento. Los límites de carga viral adoptados como criterios han variado, pero en general se han utilizado cifras entre 5.000 y 10.000 copias/mL de ARN del VIH. En algún momento se llegó a sugerir que, independientemente de la cifra de CD4, debía iniciarse el tratamiento en personas en cualquier nivel de carga, puesto que se suponía que cuanto antes se iniciara el tratamiento más fácil sería su control.

Recientemente, al establecerse la imposibilidad de erradicar el virus con los medios disponibles y al observarse los efectos tóxicos de la medicación y la dificultad de mantener un cumplimiento adecuado durante largos períodos, se ha considerado más idóneo aplazar el inicio del tratamiento a los límites que sean posibles siempre que se mantenga la seguridad del paciente. Las guías más populares sobre tratamiento antirretroviral (las del departamento de salud y servicios humanos de los EEUU) han recomendado en su última edición (febrero

de 2001) el tratamiento en personas con menos de 350 CD4/mm³ o con carga viral por encima de 30.000 copias (Moreno, 2001).

Evidentemente todos los pacientes con infección avanzada, CD4<200 células/μl, deben ser tratados sin demora, independientemente de la viremia plasmática. Así mismo, deben recibir tratamiento todos los pacientes con síntomas de la clase C o con síntomas tales como muguet oral, fiebre inexplicable o pérdida de peso (Pujol *et al.*, 2000).

Hay que tener en cuenta que después de iniciar la terapia tipo TARTE el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas es alto durante los primeros meses y por lo tanto, estos pacientes deben ser vigilados estrechamente. El riesgo es especialmente alto en los pacientes con linfocitos basales <50 células/μl y el riesgo se reduce si los pacientes elevan en los seis primeros meses de terapia los linfocitos CD4 en, al menos, 50 células/μl y tienen viremia indetectable.

Idealmente, el primer tratamiento podría mantenerse por tiempo indefinido. Hay, sin embargo, varias razones por las que se hace necesario el cambio. La más frecuente es probablemente el fracaso del tratamiento. Aproximadamente, el 50% de los pacientes que inician un tratamiento con cualquiera de las combinaciones de tres fármacos no tienen carga viral indetectable en un año y deben cambiar su medicación. La segunda razón en importancia es la toxicidad o intolerancia, lo cual afecta a un 5-25 % de los pacientes.

Si se suspende el tratamiento generalmente se produce un rebrote de la carga viral y habitualmente un descenso del recuento de linfocitos. Por lo que en la actualidad el tratamiento debe mantenerse para toda la vida.

A pesar del amplio arsenal terapéutico disponible, la infección VIH no es erradicable por el momento en los portadores y el fracaso terapéutico ocurre más o menos tardíamente en la mayoría de los pacientes. Según Moreno (2001), son varias las causas que explican la alta tasa de fracaso :

- La baja absorción de los fármacos y/o la rápida destrucción de los metabolitos activos y la insuficiente potencia antiviral intrínseca de la combinación de fármacos.
- La presencia de compartimentos o “santuarios” en el organismo donde no se alcanzan niveles apropiados de los fármacos.
- Las interacciones farmacocinéticas, efectos farmacológicos adversos y resistencias creadas ante los fármacos.
- El mal cumplimiento o la no adherencia del tratamiento por parte del paciente.

La prescripción generalizada del tratamiento antirretroviral intensivo ha traído consigo una disminución sin precedentes en la morbilidad y en la mortalidad asociadas a la infección por VIH (Palella, Delaney y Moorman, 1998). Sin embargo, no ha podido aún erradicar el virus (Finzi, Delaney y Moorman, 1998; Wong, Hazareh y Gunthard, 1997). Esto sugiere que, al menos por ahora, el tratamiento debe realizarse de forma indefinida para conseguir una supresión mantenida de la replicación viral (Havlir, Marcshner y Hirsch, 1998; Pialoux, Raffi, Brun-Vezinet, 1998; Reijers, Weverling y Jurriaans, 1998). En este contexto, la posibilidad de aparición de efectos secundarios es inevitable.

Los efectos secundarios pueden ser una de las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad en algunas personas seropositivas cuya inmunidad está relativamente preservada. Aunque la toxicidad de los fármacos antirretrovirales aparecen generalmente poco tiempo después del inicio del tratamiento, algunos efectos se manifiestan meses o incluso años después. La intolerancia y la toxicidad de los fármacos antirretrovirales pueden comprometer seriamente la adherencia al tratamiento y favorecer con ello la aparición de resistencias que ocasionan el fracaso del tratamiento (Martínez, 2001).

A continuación explicamos los efectos secundarios más frecuentes del tratamiento:

Lipodistrofia: Se caracteriza por una alteración metabólica (hiperlipidemia y resistencia a la insulina) y una redistribución de la grasa corporal (obesidad central y pérdida de la grasa subcutánea periférica). La obesidad central puede manifestarse como aumento de la grasa intraabdominal, mamaria o dorsocervical, mientras que la pérdida de grasa subcutánea (lipoatrofia) puede detectarse en la cara, extremidades superiores, nalgas y extremidades inferiores. La presencia de hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia es superior al 50% mientras que en la diabetes es inferior al 5%. La prevalencia de la redistribución de la grasa corporal resulta desconocida porque el diagnóstico de esta entidad se ha basado en definiciones clínicas subjetivas. Las estimaciones de prevalencia varían mucho dependiendo de la definición de lipodistrofia, el diseño del estudio, el área geográfica y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento. En este sentido, en Andalucía, los efectos secundarios más frecuentes son: lipodistrofia (13,6%), hiperglucemia (4,1%), hipertriglicemia (16,5%) e hipercolesterolemia (11%) (Cañas *et al.*, 2001). Aunque las consecuencias a largo plazo son desconocidas, sí sabemos que la hiperlipidemia y la resistencia a la insulina son factores de riesgo cardiovasculares (Mary-Krauser, Cotte y Partisani, 2001).

Por otro lado, la redistribución de las grasas, es una modificación no deseada de la fisonomía, que puede tener graves repercusiones psicológicas para los pacientes que la sufren. La calidad de vida y la adherencia al tratamiento pueden verse seriamente comprometidas ante la aparición de este síndrome. Por ello, independientemente del tratamiento que se considere más adecuado para tratar el síndrome de lipodistrofia, se debería contemplar en todo paciente la posibilidad de ofrecer un apoyo psicológico adecuado (Martínez, 2001).

En el caso de que predomine la obesidad intraabdominal, el ejercicio físico, el tratamiento farmacológico y el cambio de tratamiento puede variar el grado de grasa intraabdominal. Para las acumulaciones localizadas como la hipertrofia mamaria o “la joroba de búfalo”, es posible el tratamiento quirúrgico (Ponce, Iglesias, Cevallos y Ostrosky-Zeichner, 1999).

Anemia: Suele asociarse al Zidovudina (AZT). Es un efecto que depende de la dosis tomada. Generalmente aparece en los tres primeros meses de tratamiento. En la actualidad se trata con la sustitución del AZT por otro fármaco y transfusión de hematías si el grado de anemia es importante o si se acompaña de manifestaciones clínicas (Martínez, 2001).

Miopatía: También suele asociarse al AZT y está correlacionado directamente con la dosis. Suele aparecer de forma tardía (tras 6 meses de tratamiento). Se manifiesta por mialgias o debilidad muscular proximal y por la elevación de las enzimas musculares. Se trata mediante la retirada del AZT, ocasionalmente puede resultar necesario administrar corticoides (Martínez, 2001) .

Neuropatía: Suele asociarse a Zalcitavina, Didanosina y Estavudina. Depende de la dosis tomada. Es un efecto tóxico directo, que debe distinguirse del efecto que el propio VIH puede ejercer (Simpson y Tagliati, 1995). En casos graves es preciso suspender el fármaco y realizar un tratamiento sintomático. Estas medidas pueden revertir la sintomatología, aunque de una forma relativamente lenta, pudiendo tardar meses e incluso años (Martínez, 2001).

El dolor propio de la neuropatía en ocasiones ha sido tratado con antidepresivos tricíclicos y anticonvulsionantes, pero los resultados no han sido corroborados suficientemente (McDaniel *et. al.*, 2000).

Toxicidad neuropsíquica: Es un efecto específico del Efavirenz (Gazzard, 1999). Se ha descrito en el 20% de los pacientes y es más frecuente en el primer mes de tratamiento, tras el cual suele disminuir en intensidad o desaparecer. El espectro clínico está poco definido e incluye mareo, ansiedad, somnolencia, trastorno del sueño, agravamiento de problemas psíquicos subyacentes y alteraciones motoras de enlentecimiento o bloqueo motor. La afectación es probable que se localice a nivel subcortical o que infiera con algún neurotransmisor. El efecto parece aminorarse administrando el fármaco por la noche, separado de la cena, ya que los niveles plasmáticos pueden incrementarse si se administra concomitante con

alimentos. Algunos pacientes han descrito mejoría de los efectos sobre el sueño con la administración de benzodiazepinas o de neurolepticos (Martínez, 2001).

Exantema: Puede aparecer asociado a cualquier fármaco antirretroviral. La patogenia es desconocida. En los casos más graves se acompaña de fiebre, afectación de mucosas y alteración pulmonar, hepática o hematológica. El tratamiento consiste en la interrupción permanente o temporal del fármaco y en la administración de tratamiento sintomático de antihistamínicos o corticoides (Martínez, 2001).

Hepatitis: Puede aparecer en VIH al menos por dos motivos, por un lado, por el hecho de que los antirretrovirales se sintetizan en el hígado, y por otro lado, por la prevalencia de coinfección por virus de hepatitis crónica. Generalmente, es asintomática y no suele precisar la interrupción del tratamiento (Den Briker, Wit y Wertheim-Van, 2000).

Toxicidad gastrointestinal: Suele presentarse en los Inhibidores de la Proteasa. El mecanismo de toxicidad gastrointestinal es multifactorial. Raramente son graves, aunque por su frecuencia e incomodidad suelen ser importantes en la adherencia al tratamiento. En raros casos se precisa la suspensión del tratamiento por estas molestias (Martínez, 2001).

Insuficiencia renal: Generalmente es de intensidad leve-moderada y no suele acompañarse de clínica. Por ello no requiere tratamiento (Martínez, 2001).

Nefrolitiasis: Es un efecto exclusivo del Indinavir. Suele ser más frecuente en ambientes calurosos (Martínez, Leguizamon, Mallolas, Miró y Gatell, 1999). Se manifiesta como un dolor cólico lumbar. Afecta al 8-14%. Ocasionalmente se acompaña de fiebre. Se previene mediante una ingesta adecuada de líquido (1,5 l diarios). El dolor se trata con antiinflamatorios no esteroideos y si es muy intenso puede suspenderse transitoriamente (Martínez, 2001).

Alteraciones metabólicas: Las alteraciones metabólicas se asocian casi invariablemente al tratamiento con inhibidores de la proteasa (Martínez y Gatel, 1999). Son alteraciones analíticas sin sintomatología asociada. La hiperlipemia suele ser generalmente en forma de hipertriglicéridemia y de hipercolesterolemia. Ante lo cual se debe investigar y modificar si fuese necesario la dieta. Se debe evitar el sobrepeso. Si los niveles de triglicéridos son altos se debe instaurar un tratamiento farmacológico llegando incluso a retirar el tratamiento si no remite .

Si se desarrolla una diabetes o si empeora una diabetes previa la posibilidad de seguir con esos fármacos dependen de la gravedad clínica (Dubé, 2000).

Efectos secundarios neuropsiquiátricos: Para una mayor claridad, hacemos referencia a los diferentes síntomas neurológicos que pueden aparecer asociados al tratamiento antirretroviral (tabla 12). Como línea general, será la gravedad y lo incapacitante del síntoma los criterios que se observarán para retirar el fármaco, siempre tras intentar la remisión con tratamiento adecuado a la clínica.

Tabla 12: Efectos secundarios neuropsiquiátricos (Flores, 1997).

FÁRMACOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	FÁRMACOS	EFFECTOS SECUNDARIOS
Aciclovir	<i>Alucinaciones visuales e Inserción de pensamiento</i> Despersonalización Labilidad emocional Confusión Hiperestesia Hiperacusia Insomnio Agitación	Ganciclovir	Manía Psicosis Agitación Delirium Irritabilidad
Cotrimoxazol	Depresión Anorexia Insomnio Apatía Cefalea	Interferón α	Depresión Debilidad
Estavudina	Manía	Interleucina 2	Desorientación Deterioro cognitivo
Etambutol	Cefalea Vértigo Confusión Alteraciones visuales	Isoniacida	Depresión Agitación Alucinaciones Paranoias Déficit mnésico
Pentamidina	Hipoglucemia hipotensión	Ketoconazol	Cefalea Vértigo Fotosensibilidad
Vincristina	Depresión Alucinaciones Cefaleas Ataxia Pérdida sensorial agitación	Zidovudina	Cefalea Inquietud Agitación Insomnio Manía Depresión irritabilidad

3.1.1.3.- Adherencia terapéutica: factores determinantes y estrategias para mejorarla.

Uno de los hechos fundamentales para conseguir la efectividad del tratamiento es la adherencia estricta al mismo. En el caso del TARTE se exige un grado de cumplimiento elevadísimo (90-95%) para lograr el éxito (Montaner, Reiss y Cooper, 1998).

Es conocido que diariamente en la infección VIH se producen alrededor de un millón de viriones en cada persona infectada (Paterson, Swindells y Mohr, 1999). Si no se asegura la existencia de concentraciones terapéuticas de los fármacos suficientes para inhibir esta replicación, la aparición de resistencias es altamente probable. Así, sólo tres días sin tomar medicación pueden ser suficientes para hacer fracasar el tratamiento (Vanhove, Schapiro, Winters, Merigan y Baschke, 1996). Una caída de las concentraciones del fármaco por debajo de un nivel crítico permite al virus continuar con su replicación y establece condiciones ideales para su desarrollo de resistencias que, con frecuencia, son cruzadas.

En el caso del paciente infectado por VIH, el grado de adherencia necesario para obtener el máximo beneficio y prevenir el desarrollo de resistencias no se conoce con exactitud. Sin embargo, parece que en la triple combinación, es necesario la toma de al menos el 90-95% de la dosis para inhibir la replicación. Como señalan Paterson *et al.*, 1999, el 80% de los pacientes con un >95% de cumplimiento tenían una supresión vírica completa, en comparación, sólo el 64% de pacientes con un cumplimiento del 90-95% alcanzaban la misma cifra de viremia, un 50% de los pacientes con un 80-90% de cumplimiento y sólo un 6% de los pacientes con menos de 70% de la adherencia tenían carga viral indetectable (supresión vírica) tras un seguimiento de tres meses (Paterson *et al.*, 1999).

Son muchos los factores que pueden determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral. A continuación destacamos los de mayor incidencia:

Características del paciente.

En este sentido, han sido estudiadas diversas variables, aunque su valor predictivo no ha sido suficientemente probado. La adherencia parece incrementarse con la edad, observándose que los pacientes de mayor edad presentan mayor adherencia, a excepción de los mayores de 75 años en los que la comorbilidad empeora el cumplimiento (Metha, Moore y Graham, 1997). En algunos casos parece que los hombres presentan peor adherencia. Ciertas características psicosociales del paciente como la enfermedad psiquiátrica, las actitudes negativas del paciente hacia su medicación, un pobre conocimiento de la enfermedad, una escasa percepción de la misma y la falta de relación social se relacionan con una baja adherencia. El disponer de domicilio fijo y apoyo social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia (Iribarren *et al.*, 2001).

Dentro de este apartado podemos incluir a los pacientes ADVP activos, generalmente más reticentes que otros grupos para iniciar el tratamiento (Samet, Libman y Steger, 1992).

Características del médico y de la relación médico-paciente.

Es imprescindible que el médico sea capaz de dedicar el tiempo suficiente para explicar las características de la enfermedad y las diferentes opciones terapéuticas que existen para así poder recomendar el tratamiento que más se ajuste al ritmo de vida del paciente. Dentro de esta dinámica es importante que cada persona sea atendida siempre por el mismo equipo asistencial y que se establezca una relación continuada en el tiempo (Iribarren *et al.*, 2001).

En nuestra comunidad andaluza, Chamizo señala en su informe (1997) que una de las grandes dificultades que explican los pacientes VIH se refiere a los frecuentes cambios de médicos. En este sentido, los pacientes comentan que cuando acuden a consulta y los atiende un médico diferente cada vez, esto les dificulta la relación médico-paciente que ellos valoran como muy importante.

Características de la enfermedad y del régimen terapéutico.

El mantenimiento de un tratamiento a largo plazo resulta dificultoso, más aún en el paciente infectado por VIH que a pesar de conocer el riesgo de su enfermedad, el hecho de permanecer asintomático durante tiempo y las dificultades que supone consumir una medicación diversas veces al día, contribuyen a la aparición de abandonos con el paso del tiempo. Un tratamiento TARTE incluye un mínimo de 10 pastillas al día que deben tomarse a horarios estrictos y en ocasiones en ayunas, lo cual puede interferir enormemente en la vida cotidiana del paciente y dificultar la adherencia. En este sentido, la adherencia disminuye con la multidosis y aumenta cuando la medicación se toma una o dos veces al día (Iribarren *et al.*, 2001).

Igualmente debemos recordar los efectos secundarios como molestias gastrointestinales, neuropatías, hepatotoxicidad y uno especialmente frecuente como es la lipodistrofia. Esta supone un cambio, en ocasiones dramático, en la apariencia del enfermo, con un adelgazamiento facial y extremidades y una acumulación llamativa de grasa en el pecho, abdomen y cintura. Este síndrome hace que el paciente asintomático se sienta “enfermo”, produciendo, en algunas ocasiones, trastornos próximos a la fobia social, la depresión y la ansiedad.

Estrategias para mejorar la adherencia.

Como ya se ha comentado, el tratamiento médico ha supuesto un gran descenso de la mortalidad y de la hospitalizaciones. Sin embargo de nada sirve disponer de tratamientos eficaces si no conseguimos que los pacientes los tomen.

Una gran parte de los ingresos hospitalarios y de la mortalidad que en esta población se produce no se debe estrictamente a problemas con la adherencia al tratamiento, sino que en ocasiones situaciones del pacientes como sus características sociales y psiquiátricas impiden el seguimiento periódico y adecuado del tratamiento antirretroviral en la consulta. Se delimitan cada vez más

dos tipos de pacientes con SIDA: el SIDA “normal” y el SIDA que algunos autores han denominado del “4º mundo” que precisa una aproximación específica y multisectorial (Iribarren *et al.*, 2001).

Aunque es muy difícil predecir el grado de adherencia que el paciente va a presentar, es muy importante preparar al paciente e intentar asegurarse su adherencia al tratamiento antes de iniciar el mismo. Así, aunque no existe la panacea para evitar la no adherencia, se han descrito algunas intervenciones por fases para mejorarla que a continuación detallamos y que se pueden encontrar resumidas en la tabla 13.

Tabla 13: Causas potenciales de incumplimiento y posibles estrategias de intervención (Iribarren *et al.*, 2001)

CAUSAS POTENCIALES DE INCUMPLIMIENTO	POSIBLES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
No aceptación Rechazo del diagnóstico Rechazo del tratamiento	Analizar la relación paciente-profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación Negociar y consensuar el plan terapéutico Fomentar la percepción de indicadores que indican la necesidad de aplicar tratamiento Informar sobre los riesgos y beneficios del tratamiento
No comprensión Insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento Insuficiente entendimiento de la relación riesgo-beneficio Problemas con la medicación Efectos adversos, tamaño y gusto de las unidades galénicas, número de dosis diarias	Mejorar la comunicación paciente-profesional sanitario Información referente a la enfermedad y a su tratamiento Modificar y simplificar el régimen terapéutico Técnicas especiales para la toma de la medicación Ayudar a desarrollar mecanismos de reacción
Olvidos y barreras Olvidos debidos al estilo de vida, ansiedad, falta de motivación, mala integración al estilo de vida	Asociar las tomas con las actividades cotidianas Técnicas especiales y ayudas para el cumplimiento (diarios, alarmas) Dosificación alternativa. Motivación y persuasión. Apoyo familiar, apoyo social

Programa para mejorar la adherencia.

Cabe destacar, en este sentido, el programa desarrollado por Iribarren *et al.* (2001). Este es un programa para mejorar la adherencia, no sólo el cumplimiento. Estos dos términos (adherencia y cumplimiento) se emplean con frecuencia de forma indistinta. Sin embargo, entendemos que existen diferencias. El término “cumplimiento” hace referencia a la correcta toma de medicamentos y el término adherencia, define una actitud de paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación, una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico. Es esta segunda actitud la que consideramos óptima en el tratamiento antirretroviral y es la que se intenta potenciar a través de las fases que describimos a continuación.

Fase informativa.

Hay que esperar a que el paciente se encuentre preparado para iniciar el tratamiento. Se debe conocer la situación social, laboral y familiar del paciente, su estilo de vida y horarios, su situación psicológica y sus actitudes y creencias acerca del tratamiento. Discutir con él las diferentes opciones de tratamiento existentes, los pros y los contras de cada uno, explicar los beneficios de la terapia y las consecuencias de la no adherencia. Es importante insistir en la importancia de tomar todos los fármacos de una combinación y las serias consecuencias que puede tener el interrumpir la administración de uno de los fármacos de la combinación.

Fase de consenso.

Sólo se recomienda iniciar el tratamiento en los pacientes convencidos y en los que se ha conseguido el consenso. Consideramos imprescindible en algunos casos una valoración psiquiátrica antes de iniciar el tratamiento. La pauta de tratamiento debe ser individualizada, ayudando al paciente a incorporar su régimen de tratamiento a su estilo de vida.

Se intentará simplificar los tratamientos en la medida de lo posible. La prescripción debe ser detallada por escrito y de forma clara, informando claramente de las expectativas al iniciar la medicación, de los efectos secundarios leves y de los potencialmente graves para minimizar las interrupciones del tratamiento. Igualmente, se procurará facilitar una persona de contacto de fácil acceso para consultar dudas o problemas.

En los pacientes que tengan dificultades para comprender o manejar la medicación, es necesario el apoyo de la familia o de las personas más próximas.

Fase de mantenimiento y de apoyo.

Una vez instaurado el tratamiento, es necesario programar adecuadamente las visitas. Los pacientes que inician el tratamiento serán visitados en un plazo corto de tiempo, recomendándose entre 15 días y un mes para la primera visita. En ella se verificará el cumplimiento y la tolerancia de la medicación. Hay que tener en cuenta que el primer mes es el de más frecuente aparición de los efectos secundarios y que éstos pueden disminuir o desaparecer en ese plazo. De una buena adherencia precoz puede depender el futuro buen cumplimiento del tratamiento.

En los pacientes que ya están en tratamiento, las visitas se programarán con mayor o menor frecuencia según las distintas necesidades del paciente. En ellas se valorará la adherencia y se comunicará al paciente los avances virológicos e inmunológicos. Una intervención de asesoramiento individualizado basada en la explicación detallada al paciente de su tratamiento con visitas frecuentes ha sido demostrado como altamente eficaz (Knovel, Carmona y López, 1999).

En caso de encontrar un mal cumplimiento se investigarán sus causas y se buscarán soluciones. En este sentido, consideramos de vital importancia la colaboración de distintos especialistas (psiquiatras, terapeutas, etc.) en el seguimiento del paciente. Su papel adquiere gran importancia en algunos casos, principalmente cuando la adherencia se ve disminuida por problemas paralelos

como la depresión, la ansiedad y el consumo de drogas. El abordaje previo y la resolución de dichas situaciones es imprescindible para conseguir una adecuada adherencia. Igualmente en algunos tipos de pacientes como son los consumidores de drogas, especialmente por vía parenteral, es necesario cubrir las necesidades de consumo con distinta terapéutica de mantenimiento o deshabituación como la metadona. Esto les permitirá una vida más digna y dentro de la legalidad, lo cual es de gran ayuda para un adecuado cumplimiento del tratamiento.

Tampoco debemos olvidar que antes de iniciar cualquier tratamiento antirretroviral, el paciente debe tener cubierta sus necesidades sociales mínimas, como por ejemplo la vivienda y la alimentación. Dadas las características de desarraigo del entorno familiar y social de algunos pacientes, es necesaria la existencia de centros de acogida, pisos tutelados y otras medidas de carácter social que tengan en cuenta las peculiaridades de estos pacientes.

El incumplimiento de las prescripciones realizadas por el médico es frecuente en esta población de enfermos. Este aspecto es de mayor relevancia en pacientes con déficits cognitivos, por lo que el clínico deberá asegurarse antes de la prescripción, de que la toma de los fármacos va a ser supervisada por alguna persona cercana al enfermo o por personal sanitario (Ayuso, 1997).

Para terminar con el tema de la adherencia nos parece interesante hacer referencia de nuevo a los datos aportados por la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (Cañas *et al.*, 2001) donde se destaca que cerca del 90% de los pacientes habían cumplimentado correctamente la totalidad de las tomas prescritas desde dos días antes de la realización del cuestionario administrado en el estudio; este porcentaje, sin embargo, descendió al 78% cuando se valoró desde la semana previa al estudio. Este trabajo concluye que el 10,4% del total de los pacientes ambulatorios tratados durante el periodo 1998-2000 en Andalucía presentaban un cumplimiento terapéutico inadecuado.

Siguiendo los datos de ese estudio podemos decir que las principales variables asociadas a un cumplimiento terapéutico inadecuado en Andalucía fueron las

siguientes: el tratamiento concomitante de deshabitación con metadona, los antecedentes de estancia en prisión, el hecho de residir habitualmente en la vivienda de los padres, la categoría de transmisión UDVP, un nivel de estudios bajo, y el uso de combinaciones que incluyesen inhibidores de la proteasa. La cumplimentación es significativamente mejor en los varones homo/bisexuales que en el resto de los pacientes.

3.1.1.4. Alternativas terapéuticas a los fármacos antirretrovirales.

Junto a los fármacos antirretrovirales, actualmente se están valorando otras estrategias terapéuticas.

Por una lado, se pretende lograr cierto grado de reconstitución inmune con actividad específica frente al VIH. Por ello, se ha empezado a investigar en una nueva línea que pretende crear inmunidad específica frente al virus mediante retiradas repetidas y controladas de la medicación. Esta estrategia se ha denominado “interrupciones estructuradas o controladas” (Moreno, 2001).

En pacientes donde se ha conseguido una supresión viral completa, se han ensayado interrupciones del tratamiento sin observarse rebotes importantes de la viremia y con buenas respuestas virológicas e inmunológicas tras la reintroducción del mismo. No aparecieron resistencias después de varias interrupciones del tratamiento. Sólo se aconseja en caso de pacientes que tengan niveles elevados de linfocitos CD4 y viremia plasmática no muy elevada. Este tipo de tratamiento sólo debe realizarse dentro de ensayos clínicos bien controlados (Pujol *et al.*, 2000).

Sin embargo, los resultados publicados hasta el momento son diferentes cuando se considera una infección aguda versus una infección crónica. En la situación de infección aguda, la suspensión de tratamiento antirretroviral instaurado precozmente permite en la mayoría de los sujetos estudiados un control de la replicación viral que probablemente es debido a la intensa respuesta celular específica frente al VIH que se detecta en estos pacientes. Sin embargo,

los resultados obtenidos en los pacientes en fase crónica de la enfermedad, son menos alentadores. En la mayoría de los pacientes tras la primera interrupción se observa un repunte brusco de la carga viral que alcanza los niveles basales existentes antes del tratamiento en un período máximo de 4-6 semanas. Los estudios que han realizado interrupciones repetidas comunican que entre el 20 % y el 30% de los pacientes presentan disminuciones significativas de la carga viral respecto a los niveles basales. El análisis de los estudios actualmente en desarrollo, nos permitirá evaluar la duración de esta respuesta y qué porcentaje preciso de pacientes se beneficiaría de esta estrategia (Alcami, 2001).

Con el mismo sentido que en la estrategia anterior, se está intentando lograr la elaboración de respuesta específica frente al virus mediante la administración de sustancias que actuarían a modo de vacunas, llamadas inmunógenos, y cuya eficacia aún no ha sido demostrada.

Previamente a la implantación de las terapias antirretrovirales tipo TARGE, las vacunas terapéuticas tenían escasas posibilidades de aportar un beneficio a los pacientes con infección por el VIH por dos motivos (Alcami, 2001):

- La elevada viremia existente hacia improbable un efecto inmunógeno idéntico al propio VIH.
- El estado de inmunosupresión de los pacientes, dificultaba una respuesta inmune adecuada frente al “seudoneoantígeno”.

Sin embargo, la supresión de la viremia y la reconstitución inmune suponen un nuevo contexto en el que la inmunización puede tener un beneficio potencial si consigue incrementar la memoria inmune frente al VIH en los pacientes vacunados.

Los datos publicados hasta el momento no son muy alentadores. Uno de los pocos estudios retrospectivos realizados (Kann, Cherng y Mayer, 2000) no mostró un efecto beneficioso en el grupo de vacunación terapéutica desde el punto de vista clínico. En otros trabajos se detecta un incremento en parámetros de

respuesta específica frente al VIH (García, Plana y Ortiz, 2000). Sin embargo, prácticamente la totalidad de los trabajos presentados son investigaciones abiertas con una gran heterogeneidad en cuanto al antígeno utilizado, las características de los pacientes y las condiciones de inmunización. Únicamente estudios controlados a doble ciego a largo plazo permitirán evaluar la mejora en la respuesta inmune inducida por las vacunas terapéuticas y si estos cambios inmunológicos se traducen o no en un beneficio clínico para los pacientes (Alcami, 2001).

Por otro lado, se intentan otras formas de inmunoterapia proporcionando en este caso mediadores que permiten elevar el recuento de linfocitos CD4 en aquellos pacientes que no tienen cifras elevadas a pesar de un tratamiento antirretroviral potente. Uno de estos mediadores es la interleucina 2, la cual está siendo objeto de intensa investigación en este momento (Moreno, 2001).

3.1.2. Tratamientos psiquiátricos

Debemos hacer una mención especial en este apartado a los tratamientos psiquiátricos en esta población, ya que el 58% de las personas con VIH/SIDA reciben fármacos de este tipo (Pérez *et al.*, 1998).

De hecho, tal es la importancia de estos tratamientos que la American Psychiatric Association (APA) ha editado un documento que sirve de guía para distintos especialistas. En este documento, se puede encontrar, entre otros, orientaciones terapéuticas para los cuadros psiquiátricos en personas con VIH/SIDA, interacciones mutuas de la infección VIH y su tratamiento con las terapias farmacológicas utilizadas en los cuadros psiquiátricos presentes en esta población (McDaniel *et al.*, 2000).

Los objetivos fundamentales en la intervención psiquiátrica en el enfermo VIH/SIDA, según la American Psychiatric Association (McDaniel *et al.*, 2000) son los siguientes:

1. Establecer y mantener la alianza terapéutica. A través de la exploración inicial, se hará hincapié en temas que fomenten esta relación terapéutica, como son aspectos culturales. Es esencial el buen uso de la confidencialidad.
2. Colaborar y coordinarse con Centros de Salud Mental. Es imprescindible el afrontamiento desde un equipo interdisciplinar donde, psiquiatras, especialistas en infecciosos, especialistas en consumo de tóxicos, etc., trabajen desde un punto de vista interdisciplinar.
3. Diagnosticar y tratar las alteraciones psiquiátricas.
4. Facilitar la adherencia al tratamiento.
5. Incrementar y/o reforzar hábitos saludables desde el punto de vista psicológico, psiquiátrico, neurológico e infecciosos.
6. Dotar de estrategias para la prevención de reinfecciones.
7. Maximizar el funcionamiento social y psicológico adaptativo.
8. Potenciar el rol de la espiritualidad.
9. Preparar para una posible situación de invalidez y de muerte.
10. Trabajar con la familia.

Detallamos a continuación, los cuadros psiquiátricos más frecuentes y el abordaje psicofarmacológico pertinentes.

3.1.2.1.-Trastornos afectivos.

Episodio Depresivo.

La elección de antidepresivos está influenciado por el tratamiento antirretroviral que se esté tomando.

Según McDaniel *et al.* (2000), en el momento actual, existen dos grandes limitaciones en este campo: por un lado, los estudios con antidepresivos en tratamientos VIH han sido realizados antes de los nuevos tratamientos de alta eficacia por lo que no podemos saber cuáles pueden ser las complicaciones

farmacocinéticas. Y, por otro lado, existe un número escaso de publicaciones referidas a pacientes en estadios avanzados de la enfermedad. A pesar de estas limitaciones, los fármacos antidepresivos son ampliamente usados en pacientes con VIH/SIDA.

Antidepresivos tricíclicos

En ensayos clínicos abiertos y ensayos controlados se ha demostrado la eficacia del tratamiento con imipramina, no repercutiendo esta sustancia en la inmunidad celular.

Los pacientes con infección VIH/SIDA son similares a los pacientes geriátricos en su respuesta a la administración de antidepresivos. Pueden responder a dosis más bajas de tricíclicos, pero también pueden sufrir efectos colinérgicos graves con dosis reducidas. Por ello, la elección de un antidepresivo en estos pacientes irá guiada fundamentalmente por su perfil de efectos secundarios. En estos pacientes se debe evitar la administración de fármacos con una alta afinidad por los receptores muscarínicos, puesto que sus efectos anticolinérgicos pueden agravar las dificultades cognitivas de los enfermos, llegando incluso a precipitar cuadros de delirium. Además, producen sequedad de mucosas que pueden favorecer el desarrollo de infecciones por *Candida*. Debido a sus menores efectos secundarios sobre el sistema nervioso autónomo, la nortriptilina es un fármaco de utilidad en este grupo de pacientes.

En sujetos en estadios avanzados de la enfermedad, la tolerancia y la respuesta a este tipo de antidepresivos es menor. Se recomienda el uso de tricíclicos sólo en los cuadros depresivos que aparecen en pacientes en estadios asintomáticos. En el resto de los pacientes con SIDA se recomienda el uso de antidepresivos de nuevo diseño.

Una vez obtenida la respuesta clínica, los fármacos deben mantenerse a dosis terapéuticas durante 4-6 meses y resulta aconsejable retirarlos, de forma progresiva, a lo largo de un mes (Ayuso, 1997).

Inhibidores de la MONOAMINOOXIDASA. IMAO.

No se dispone de gran cantidad de datos en la bibliografía sobre el tratamiento con IMAO en individuos con infección por VIH. La restricción de la dieta que impone la administración de estas sustancias puede exacerbar los problemas nutricionales asociados a la infección por VIH. Además, hay que extremar la vigilancia por las contraindicaciones de ciertos antirretrovirales con este tipo de antidepresivos (Ayuso, 1997).

Inhibidores Selectivos de la recaptación de la Serotonina. ISRS.

Muestran una eficacia comparable a los tricíclicos en las depresiones de moderada intensidad y producen menos efectos secundarios.

Por lo que se refiere a la paroxetina, en los escasos ensayos publicados se ha observado una buena respuesta a dosis de 20 mg/día en seropositivos con depresión.

Otro ISRS frecuentemente utilizado es la fluoxetina. La eficacia de la fluoxetina en estos enfermos ha sido demostrada en varios ensayos, destacando la respuesta positiva en pacientes con dosis muy bajas y que recibían tratamiento concomitante ZDV. En cambio, no se observa un impacto negativo del tratamiento antidepresivo sobre la función inmunitaria. La fluoxetina puede causar, en las primeras semanas de tratamiento, un cuadro de inquietud, insomnio, agitación cefaleas y molestias digestivas que en general ceden más tarde, por lo que en los pacientes asintomáticos, las dosis de inicio deben ser bajas. La pérdida de peso que se observa en pacientes deprimidos sin patología orgánica durante el tratamiento con este agente, debe tenerse en cuenta a la hora de emplear este fármaco en enfermos en estadios avanzados de la enfermedad con síntomas de desnutrición y anorexia. En pacientes VIH con afectación hepática, deben utilizarse dosis más bajas de las recomendadas habitualmente o de forma más

espaciada; por otro lado, hay que tener en cuenta que la administración simultánea de fármacos que compiten con el metabolismo hepático pueden causar un aumento de los niveles plasmáticos con el desarrollo de toxicidad (Ayuso, 1997).

Episodio Maníaco.

El tratamiento de primera línea es la administración de neurolépticos, con las precauciones señaladas en el apartado de trastornos psicóticos.

El uso de litio se aplica fundamentalmente en pacientes que ya lo recibían previamente a la infección VIH. También resulta eficaz en el tratamiento de los cuadros maníacos secundarios a la terapia con ZVD. En estos enfermos es necesario utilizar el litio con extrema precaución dado el frecuente desarrollo de enfermedades intercurrentes (Flores, 2000).

3.1.2.2.-Trastornos disociativos.

Para los síntomas psicóticos, el tratamiento de elección es la administración de neurolépticos. Estos fármacos se utilizan también para el control de los trastornos de conducta en pacientes con trastornos mentales orgánicos y son muy útiles en determinadas situaciones clínicas por su capacidad para potenciar la analgesia inducida por los narcóticos.

La variedad de los neurolépticos que han sido utilizados en pacientes con infección por VIH es amplia, no obstante, conviene destacar la alta tendencia de estos pacientes a sufrir efectos secundarios extrapiramidales. Es importante tener presente, a la hora de valorar estos efectos neurológicos, que el 11% de los pacientes SIDA presentan complicaciones neurológicas anteriores a la administración de fármacos neurolépticos.

Entre los efectos secundarios graves de los antipsicóticos, destaca el desarrollo de cuadros de síndrome neuroléptico maligno. Estos son de aparición

rápida (12-36 horas de instauración completa). Este riesgo viene incrementado si el paciente presenta demencia asociada a VIH.

A la hora de elegir un antipsicótico en este tipo de enfermos, en general, es aconsejable utilizar inicialmente neurolépticos a dosis bajas con un aumento lento y progresivo de la dosis. Ante la aparición de síntomas extrapiramidales, es necesario añadir fármacos correctores o cambiar a neuroléptico sedante (Flores, 2000). Se ha demostrado que el riesgo de sufrir síntomas extrapiramidales se reduce notablemente a dosis eficaces, pero bajas (McDaniel *et al.*, 2000). Por último, es importante tener en cuenta que la disminución de la masa corporal, tan frecuente en estos pacientes, requiere un ajuste de la dosis a lo largo de la enfermedad.

3.1.2.3.-Trastornos de ansiedad.

Las benzodiacepinas son los fármacos más usados en los pacientes SIDA por su acción ansiolítica e hipnótica. Se trata de un grupo de fármacos que son consumidos frecuentemente con un patrón de abuso o de dependencia entre los ADVP (el grupo de mayor riesgo en España para SIDA). Este uso no terapéutico puede tener efectos negativos en pacientes en estadios avanzados de la enfermedad, debido a su potencial para provocar trastornos cognitivos, respuestas paradójicas, desinhibición y confusión. Además, su uso combinado con otros depresores del SNC, como el alcohol y los opiáceos, tiene un efecto adictivo. Es necesario utilizar y prescribir con precaución estos fármacos, seleccionando además las benzodiacepinas de vida media corta, debido a su menor tendencia a acumularse en el organismo. Por ello, se debe evitar la administración rutinaria, aconsejando inicialmente el uso de medidas no farmacológicas para favorecer el sueño y el alivio de los síntomas físicos (Ayuso, 1997).

3.1.2.4.- Delirium.

Para el tratamiento de esta patología se recomienda el uso de bajas dosis de neurolépticos y la corrección de los trastornos orgánicos responsables de la perturbación del nivel de conciencia.

Puesto que en la etiología del delirium pueden estar presente varios factores, se recomienda el uso cauteloso de lo antipsicóticos (McDaniel *et al.*, 2000).

3.1.2.5.- Demencia.

La ZVD es eficaz en el tratamiento de algunos cuadros de demencia asociada a VIH. Sin embargo, los beneficios son sólo aparentes y permanecen durante un breve período de tiempo, de forma que, transcurrido éste, la evolución progresiva y fatal de la demencia es inevitable.

Las manifestaciones conductuales y del estado de ánimo que aparecen en el contexto de la demencia pueden ser tratadas con ansiolíticos y tranquilizantes mayores.

El AZT es el fármaco de elección para tratar a estos pacientes. Mejora la función cognitiva en un período corto de tiempo y posee un efecto protector al retrasar la progresión del complejo, pero los efectos a largo plazo de la enfermedad todavía son desconocidos.

El tratamiento sintomático con psicofármacos es un aspecto importante en el manejo de la enfermedad. Los síntomas cognitivos, en particular la atención y la concentración pobres, así como la disforia, la apatía y la anergia pueden mejorar en gran medida con el uso de estimulantes (Flores 1997).

En definitiva, el tratamiento de la demencia asociada al VIH consiste en la combinación de antirretrovirales (sobretudo aquellos que penetran en el SNC) y el

control de los síntomas asociados con antipsicóticos o psicoestimulantes (McDaniel *et al.*, 2000).

3.1.2.6.- Wasting Syndrome (síndrome de desnutrición).

Ha sido tratado con eficacia con testosterona (o derivados), hormonas, thalidomide y psicoestimulantes. El tratamiento persigue el incremento de la masa muscular mejorando la calidad de vida y la visión de uno mismo.

3.1.3. Tratamiento de las politoxicomanías.

Aunque ha sido referido en muchos capítulos por su gran implicación con la enfermedad VIH/SIDA, nos parece oportuno dedicar un apartado para exponer el afrontamiento que actualmente se ofrece a las personas con VIH/SIDA que presentan problemática de politoxicomanías.

3.1.3.1. Objetivos de los programas de intervención.

La aparición de la epidemia SIDA ha obligado a realizar un replanteamiento de los programas de tratamiento de las drogodependencias. Frente a los modelos previos, en los que el objetivo era la abstinencia, se han impuesto otros planteamientos, que tienen como objetivos añadidos la prevención de la extensión de la epidemia y la reducción de los riesgos sanitarios y sociales que el consumo de drogas produce en el consumidor, en su medio familiar y laboral y en el conjunto de la sociedad. El alto nivel de delincuencia asociada al consumo de drogas es uno de los aspectos que más alarma ha producido en la sociedad y que ha condicionado las respuestas sanitarias al problema de las toxicomanías (Plan de Movilización Multisectorial Nacional, 2001).

Además de los consumidores que abandonan los programas libres de drogas, hay un número mucho más numeroso de adictos que ni siquiera contactan con estos servicios porque, entre otros motivos, no se encuentran atraídos por su

oferta asistencial, y es en este grupo donde mayor incidencia y prevalencia tiene la infección VIH/SIDA.

Ante estos retos que para la salud pública plantea la drogodependencia, se han impuesto las estrategias de reducción de daños, que se definen como el conjunto de acciones sanitarias y sociales dirigidas a reducir al mínimo los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados a la forma de consumo de la droga. Entre estas actividades destacan los programas de intercambio de jeringuillas, los centros de acogida a drogodependientes y los programas de mantenimiento con sustitutos de opiáceos (Plan de Movilización Multisectorial Nacional, 2001).

3.1.3.2. Tipos de programas de intervención.

Para conseguir establecer un contacto con el mayor número de consumidores de drogas, es imprescindible diversificar y ampliar la oferta asistencial. En la actualidad se han puesto en marcha diversos programas de tratamiento que, sin dejar de buscar la curación, tienen entre sus objetivos prioritarios la incorporación de estrategias destinadas a la reducción de los riesgos para la transmisión de VIH asociados al consumo de drogas. Además permiten que, posteriormente, el paciente pueda acceder a programas libres de drogas.

a) Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ).

El objetivo principal es evitar que los drogodependientes compartan el material de inyección y así poder limitar el contagio de las enfermedades transmisibles. En los pacientes seropositivos se pretende evitar las reinfecciones. Estos programas se articulan a través de oficinas de farmacia, de máquinas expendedoras, de instituciones penitenciarias o de centros sanitarios. En algunas ciudades se han puesto en marcha unidades móviles, en los que una furgoneta o un autobús recorren los barrios de la ciudad acercándose a los consumidores. Se proporciona además material gráfico sobre la modificación de otras conductas de riesgo.

La utilidad de estos programas para conseguir una reducción de las prácticas de riesgo parece que está claramente demostrada. No obstante, para aumentar la eficacia en el tiempo es imprescindible que el Programa esté disponible 24 horas al día y que tenga continuidad en el tiempo. Asimismo, es necesario que, a través de estas actividades, el drogodependiente pueda tener acceso a centros de atención sanitaria y a dispositivos más específicos y personalizados para la asistencia a su dependencia (Zulaica, 2001). Sin embargo, tras algunos años de implantación de este tipo de programas, todavía el 14% de los usuarios de los PIJ se inyectan con jeringuillas que ya habían sido usadas por otros (más de la mitad lo han hecho alguna vez en su vida) y el 13% presta sus jeringuillas a otros después de usarlas (Rodríguez, 2003), lo que nos sugiere que éstos han de ser complementados con otro tipo de intervenciones.

b) Programas mantenimiento metadona (PMM).

Estos programas fueron introducidos como tratamiento de las drogodependencias hace más de 30 años. En los 80 han experimentado un enorme desarrollo como estrategia eficaz de enfoque de la problemática socio-sanitaria de estos trastornos. Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, como la metadona, se basan en la sustitución de la heroína por un opiáceo de uso legal, prescrito y controlado médicamente (Plan de Movilización Multisectorial Nacional, 2001).

En los tratamientos de mantenimiento con metadona se desarrolla una tolerancia incompleta al efecto agonista opiáceo, de forma que los pacientes pueden presentar algunos de los efectos farmacológicos que se experimentan tras la administración aguda de este fármaco. Así, en las primeras semanas de tratamiento, el enfermo puede experimentar mareo, somnolencia y sensación de euforia. Otros efectos persisten incluso tras varios meses de tratamiento: el estreñimiento, la sudoración excesiva, la disminución de la libido, las disfunciones sexuales y los trastornos del sueño.

La inclusión de los drogodependientes en este tipo de programas se acompaña de una disminución en el consumo de drogas ilegales, una disminución de la criminalidad y un aumento de la actividad laboral de los participantes. Así mismo, frente a otros enfoques que se plantea como objetivo la abstinencia completa, los PMM tienen unas tasas elevadas de seguimiento (Plan de Movilización Multisectorial Nacional, 2001)

Este tipo de programas está especialmente indicado en el marco de la epidemia SIDA por los siguientes factores (Ayuso, 1997):

- Reducen el consumo de drogas por vía intravenosa y el uso de jeringuillas compartidas.
- Reducen los períodos de intoxicación y de abstinencia que propician las prácticas sexuales y de consumo de drogas, que son de alto riesgo para la transmisión de la infección.
- Facilitan un contacto continuado de los drogodependientes con dispositivos sanitarios, de forma que en paralelo con la asistencia a la toxicomanía, se puedan abordar los problemas médicos que pudieran presentarse.

Estos programas están particularmente indicados para aquellos enfermos que presentando una patología previa, su recaída en el consumo de heroína intravenosa puede suponer un riesgo para su vida. Así mismo está indicado para pacientes que han fracasado en otras alternativas terapéuticas, en pacientes heroínómanos con patología psiquiátrica asociada y en mujeres embarazadas.

En pacientes SIDA, la prescripción y la dispensación de metadona debe hacerse con un seguimiento médico estrecho e individualizado, ya que es un opiáceo cuya administración no está exenta de riesgo, sobretodo cuando se administra a dosis elevadas. Además hay que tener en cuenta la posibles interacciones con algunos fármacos usados en la infección VIH/SIDA (Ayuso, 1997).

No debemos olvidar que el mayor problema que tienen estos enfermos es la adicción a tóxicos y lo que les ha conducido a ella, en la inmensa mayoría de los casos, no es la infección VIH/SIDA. En consecuencia, para poder intervenir con estos pacientes, es preciso que se tenga una buena formación sobre el fenómeno droga, pero sobre todo que se sea capaz de entender su conducta e interpretar sus reacciones. Sólo así se podrá ser cauce terapéutico eficaz en la problemática de las politoxicomanías. Es evidente que si el objetivo esencial es prolongar la vida del paciente mediante un aumento de la calidad de vida y una conducta de precaución ante las infecciones oportunistas, el enfermo ha de dejar la droga, pero hemos de ser conscientes que esto no siempre va a ocurrir de inmediato y, en ocasiones, no será posible (Valverde, 1996).

A pesar de la gran eficacia de estos tratamientos, estudios observacionales naturalísticos tienden a demostrar que los PMM no son una panacea respecto al tratamiento de la adicción a opiáceos. Si bien es verdad que los PMM consiguen una mayor tasa de retención que otros programas, se estima que alrededor de la mitad de los individuos que inician un tratamiento lo abandonan a los 12 meses, y algunos de aquellos que continúan en el programa consumen heroína y otras drogas ilícitas con una frecuencia parecida o superior a las del momento de entrada. La variabilidad de la eficacia de los PMM encontrada en los resultados de los distintos estudios observacionales depende de factores como las características de los participantes en los programas, del uso de otras drogas ilícitas y/o no prescritas, la duración del tratamiento, la calidad de las relaciones terapéuticas, la accesibilidad a otros servicios sanitarios. Los PMM que están obteniendo resultados más efectivos son aquellos basados en estrategias de medio-bajo umbral: utilizando dosis altas de metadona como parte de un tratamiento comprensivo cuya meta está basada más en el mantenimiento que en el logro de la abstinencia (Iraurgi, 2000).

c) Programa de suministro de heroína: Programa PEPSA.

En febrero del 2003 se ha iniciado en Granada el Proyecto de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía (PEPSA). Este estudio comparativo, tiene como principal objetivo demostrar que la prescripción de agonistas opioides (diacetylmorfina) es más eficaz que la prescripción de metadona oral, en la mejoría de la salud física (disminución de conductas de riesgo ante el VIH y la hepatitis C, entre otros) y mental (mejora de ajuste psicológico y familiar) así como una mejora de la calidad de vida y la integración social. Las conclusiones de este estudio, actualmente afirman una reducción del daño en sectores cuyas conductas revisten un alto riesgo de contagio VIH (March, Romero, Oviedo-Joekes y equipo PEPSA, 2003).

Pero el resultado de un programa no debe obedecer tan sólo a los indicadores “duros”, del ámbito más social o comunitario, sino centrarse asimismo sobre la apreciación subjetiva y la respuesta de cambio producido en el propio usuario del programa. Por ello, la evaluación de los programas asistenciales ha de incluir además de los parámetros tradicionales biomédicos, el punto de vista de los usuarios acerca de su capacidad funcional y su bienestar (Iraurgi, 2000).

3.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

3.2.1. Importancia de la intervención psicológica y objetivos.

Los tratamientos psicológicos son de enorme utilidad para el manejo de numerosas situaciones que el paciente VIH/SIDA debe afrontar a lo largo de su enfermedad. El espectro de enfoques psicoterapéuticos utilizados es muy extenso.

Las personas infectadas por el VIH se pueden beneficiar de diversas intervenciones. Estrategias dirigidas por ejemplo al manejo del estrés, que han resultado exitosas a la hora de potenciar el afrontamiento positivo e incrementar el apoyo social. Intervenciones en aquellas personas que siguen presentando conductas de alto riesgo y que pueden presentar dificultades para decidir en qué momento efectuar las pruebas del VIH. Los psicólogos pueden también ayudar a los pacientes con VIH a adherirse a los regímenes médicos complejos diseñados para controlar la infección, y facilitarles nuevas habilidades de autoadministración (Blannon, 2001). Además de la intervención en los trastornos afectivos, también en esta población se ha demostrado que las técnicas psicológicas son muy efectivas (McDaniel *et al.*, 2000).

Sin embargo, así como la cobertura de asistencia sanitaria en los enfermos VIH/SIDA es completa, no se puede afirmar que la asistencia psicológica se ofrezca en el sistema público sanitario. Prácticamente, en ningún hospital de Andalucía existe apoyo psicológico específico a la población VIH/SIDA. A nuestro juicio, es un elemento de asistencia prioritaria. De hecho, la crítica fundamental de muchos Comités ciudadanos Anti-Sida se centra en que: *“se desarrolla una intensa labor mediadora e intervencionista pero no se cuida la atención psicológica del enfermo, que en concreto en esta patología cuenta con tanta trascendencia para comprender el alcance de la enfermedad y fomentar estilos de vida positivos y respetuosos con la salud”* (Chamizo, 1997, p. 47).

Con respecto a los objetivos de las estrategias psicoterapéuticas en pacientes con infección por VIH, hemos de señalar que éstos varían en función del estadio de la

enfermedad y de los síndromes clínicos concretos. Todas las intervenciones, independientemente de la orientación teórica del terapeuta, van encaminadas a conseguir una mejora de la calidad de vida del paciente, a través del desarrollo de unas estrategias de afrontamiento de la enfermedad que sean adaptativas. Los pacientes VIH tienen con frecuencia una serie de necesidades que deben ser objeto de un enfoque específico. De entre ellas destacamos (Ayuso, 1997):

- Ayuda para mantener un control sobre sus vidas y desarrollar unas estrategias adecuadas, que les sirvan para hacer frente a los múltiples retos y numerosas circunstancias adversas que puedan aparecer tras el diagnóstico de seropositividad.
- Ayuda para manejar los intensos sentimientos de rabia, culpa y desesperanza que con frecuencia presentan tras el diagnóstico.
- Intervenciones dirigidas a modificar estrategias de afrontamiento caracterizadas por la negación, que dificulta la puesta en práctica de las indicaciones médicas.
- Ayuda para el desarrollo de habilidades de comunicación para poder informar de su situación a las personas que lo deseen.
- Intervenciones dirigidas a aliviar el impacto de la notificación de la enfermedad sobre sus relaciones interpersonales.
- Ayuda para el desarrollo de estrategias de modificación del entorno y de planificación de actividades en pacientes con afectación cognitiva.
- Intervenciones de apoyo en fases terminales (para los pacientes y para sus familiares).

Es conveniente tener en cuenta que los objetivos varían a lo largo de la enfermedad, del mismo modo que lo hace el estado físico del paciente. Así, mientras que tras la notificación del diagnóstico, el objetivo del terapeuta es aliviar la crisis emocional, en las fases asintomáticas es más necesario el enfoque de diversos cuadros adaptativos secundarios al impacto de la enfermedad en el funcionamiento sociolaboral del paciente. Cuando empieza el deterioro físico, tras la aparición de los primeros síntomas, el paciente puede presentar con más frecuencia problemas cognitivos. En las fases terminales, las intervenciones psicológicas van

fundamentalmente dirigidas a tratar de mantener las redes de apoyo social y personal (Ayuso,1997).

De cualquier forma, indistintamente del momento en que se realice la intervención, es imprescindible recabar información sobre el nivel de conocimientos que la persona tiene respecto al VIH, siendo aconsejable insistir en los siguientes conceptos (García, 1993):

- Educación para la salud, utilizando técnicas de consejo, con el fin de eliminar o disminuir conductas que perjudiquen la salud, así como el de implantar o aumentar aquellas que sirvan para mejorar o mantenerla.
- Información sobre el estado de salud de la persona, y alcance y significados de los síntomas, si los padece.
- Información sobre las medidas preventivas y facilitarlas para evitar reinfecciones o la posibilidad de contagiar a otros.
- Orientación y derivación a los servicios de Salud Mental cuando las alteraciones se prolonguen en el tiempo, sean desmedidas o incapacitantes o como actividades preventivas si se contempla la posibilidad de que se desarrollen alteraciones.
- Intervención orientadas a familiares y allegados.

En conclusión, podemos decir que el objetivo de todo apoyo psicológico es que el individuo logre establecer su nivel de funcionamiento óptimo en relación con sus capacidades personales y circunstancias vitales. Esto implica continuidad del apoyo a lo largo de la evolución de la enfermedad e incluir el entorno directo del paciente. Se trata de disminuir los problemas asociados a la infección por VIH y potenciar las variables psicológicas relacionadas con una mayor competencia inmunológica y una mejor capacidad de afrontamiento.

3.2.2. Counselling en pacientes con VIH/SIDA.

La técnica de Counselling (consejo) es un forma profesional de prestar ayuda en el ámbito médico a través de intervenciones psicoeducativas estructuradas. El

programa Global del SIDA de la Organización Mundial de la Salud (1989) define counselling como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona pide ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. Este proceso se sustenta en las habilidades de comunicación para facilitar un afrontamiento adaptativo, la toma de decisiones y la resolución de problemas. Las actividades de counselling han tenido un desarrollo importante a partir de la participación de profesionales de la salud mental en los equipos multidisciplinares encargados de la asistencia a estos enfermos. Su aplicación, en este ámbito del VIH/SIDA, se ha centrado en cuatro campos muy específicos (Ayuso, 1997):

- Counselling sobre la realización de la prueba diagnóstica sobre el VIH.
- Counselling respecto a la reducción de riesgo para contraer la enfermedad.
- Counselling respecto al afrontamiento de algunas consecuencias médicas, sociales y psicológicas de la enfermedad.
- Counselling en el enfermo sintomático.

A continuación, describimos los aspectos básicos referentes a cada una de estas áreas.

Counselling sobre la realización de la prueba diagnóstica sobre el VIH.

El objetivo es valorar la probabilidad real de infección del paciente y prepararlo para un posible resultado de positividad al VIH, de forma que reduzca al máximo las consecuencias psicológicas adversas que suelen presentarse tras la comunicación del diagnóstico (Miller, Bor y Salt, 1991). Por tanto tiene una función preventiva, puesto que intenta paliar el impacto emocional y favorecer estrategias de afrontamiento adecuadas.

Bien porque el médico lo aconseje o bien porque el paciente venga a realizarse la prueba, debe entrevistársele de forma individual para establecer un marco de confianza que garantice la confidencialidad y en el que el profesional pueda asegurarse que el sujeto ha asimilado los mensajes psicoeducacionales. Además, el

clínico mantendrá una entrevista al objeto de identificar las posibles conductas de riesgo del paciente.

Conviene conocer la información que el paciente posee sobre el VIH. Con mucha frecuencia tiene creencias erróneas que deben modificarse. El paciente debe ser informado además, de las ventajas que tiene para su salud el hecho de conocer si es seropositivo. Es recomendable dar la oportunidad al individuo de que formule todas las preguntas que desee al respecto. En este momento, se puede señalar que iniciar un tratamiento precoz puede prevenir la progresión de la enfermedad.

Además, es importante valorar los recursos personales que podría emplear el paciente para hacer frente a la enfermedad y el apoyo social con que cuenta. Es mejor atender estos aspectos antes de realizar la prueba ya que los pacientes se encuentran en mejor situación para apreciar sus recursos internos y externos (Ayuso, 1997).

La justificación para la realización de la prueba VIH son tan variadas como lo son las distintas situaciones de posible riesgo de contagio, en general, podemos resumir las posibles motivaciones para la realización de la prueba como las siguientes (Center for Disease Control, 1993):

- La persona que acude voluntariamente a realizarse la prueba, normalmente, porque considera que ha tenido algún comportamiento de riesgo que justifique la misma. Si no ha habido previamente ninguna información individualizada, el sujeto habrá pasado por una época de dudas en la que la posibilidad de ser seropositivo habrá generado algún tipo de reacción emocional.
- Otro caso será el de la persona que, acudiendo a un servicio médico, se le detecte alguna sintomatología que asociada a comportamientos de riesgo sea índice de seropositividad.
- Un tercer caso será el de las parejas de personas afectadas, que se prestan a realizarse las pruebas bien por indicaciones del personal

sanitario, bien porque al conocer que su pareja es portadora quisieran saber si se han contagiado.

En todos los casos será necesario explicar en qué consiste la prueba y qué significa ser seropositivo, junto con alternativas de cuidados de salud y medidas preventivas ya comentadas (García, 1993).

Cuando la persona se ha realizado la prueba, se ha de informar del resultado. Las sesión en la que se informa tiene, según Ayuso (1997), cinco componentes: a) notificación, b) alivio del malestar emocional, c) información respecto a la prevención de la infección a otras personas, d) contestación a preguntas que pueda formular el paciente y e) planificación del seguimiento posterior.

a) Notificación: Al paciente seropositivo se le explica que el resultado de la prueba indica que se ha producido la infección por VIH. Si la sesión pre-test fue eficaz el paciente está en condiciones de comprender el resultado de esta información, si no es así es preferible volver a proporcionar la información anteriormente detallada.

b) Alivio del malestar emocional: Tras la comunicación de un diagnóstico positivo, se puede producir una intensa reacción emocional. El clínico no debe tratar de abordar estas reacciones emocionales con falsas esperanzas, sino que de una forma activa, intentará corregir las distorsiones y creencias erróneas que sobre la enfermedad y su futuro vaya elaborando el paciente.

c) Información respecto a la prevención de la extensión de la infección: Tras la información ofrecida anteriormente, es importante volver a insistir en las estrategias que puede poner en marcha el individuo para prevenir la extensión de VIH en otras personas.

d) Contestación a preguntas: Se debe dar tiempo al paciente para que plantee todos los aspectos que le preocupen o que no ha entendido de la sesión actual o anterior. Es una buena práctica proporcionarle material informativo impreso que pudiera ser de su interés.

e) Planificación y derivación: Además del evidente contacto con la unidad de infecciosos, se le pueden mencionar las Asociaciones de Apoyo con las que puede contar. Conviene también discutir a quién debería comunicar que es seropositivo. Es recomendable, dependiendo de cada situación, que los pacientes informen a su pareja, familiares cercanos y a las personas de las que reciben asistencia sanitaria.

Cuando la persona con VIH se encuentra con el profesional tras el diagnóstico de la infección, puede ser que llegue inmediatamente después del diagnóstico, o lo más probable, que conectemos con él pasado cierto tiempo, cuando ya las consecuencias emocionales del diagnóstico han pasado y la persona “ha aprendido” a vivir con el VIH/SIDA e incluso a “olvidarse” de él.

En el primer caso, que es el de nuestro interés en este apartado, el paciente vendrá en un estado “shock inicial”. Básicamente nos llegará en una situación de intensa agitación emocional. En esos momentos nuestra intervención tiene pocas probabilidades de éxito. Sin embargo, reviste una gran importancia y es muy posible que el éxito futuro dependa de nuestra actuación en esta fase. El enfermo en ese momento necesita ayuda pero sobretodo compañía. Si somos capaces de estar presente en esa confusa situación, es más factible que posteriormente logremos establecer con él un encuentro personalizador, que será nuestro principal instrumento a lo largo de nuestra intervención en las siguientes fases.

En pacientes con problemas de abuso de tóxico, la situación puede ser muy peligrosa. En estos momentos es una persona muy vulnerable, con una enorme necesidad de esperanza y de hacer algo contra la enfermedad. Resulta evidente que las conductas de drogadicción es lo más opuesto a hacer algo para mejorar la calidad de vida. Si unimos ambos aspectos, es posible que intentemos abordar entonces el problema “droga”. Pero no es el mejor momento para este planteamiento, porque la persona aceptará, para reducir su nivel elevado de ansiedad, pero probablemente fracasará. Toda su historia de vida, su extrema primariedad y su muy escasa resistencia a la frustración le llevará a la droga para olvidarse del SIDA y de la ansiedad. Ese fracaso será altamente contraproducente, porque, por una parte, se

sentirá mucho peor que antes y, por otra parte, sentirá que nos ha fallado, lo que dificultará el posible trabajo futuro. Por eso es mejor que estos momentos críticos se aprovechen para establecer lazos de encuentro, para apoyarle en sus intensas crisis personales y para establecer las bases de la relación, pero no para avanzar en la intervención (Ayuso, 1997).

Sin embargo, es posible que de forma aparente el diagnóstico no le afecte, porque su nivel de deterioro personal puede llegar a tales estados que nada le preocupe. Si esto ocurre, nuestras posibilidades de intervención, en esta fase y en las sucesivas, serán mucho más limitadas, aunque bajo ningún concepto debemos renunciar a la intervención, porque no podemos olvidar que en un proceso terapéutico puede “pasar casi cualquier cosa”. Podemos prever muchas dificultades en la intervención. Incluso si acepta nuestra intervención, sin duda existirán frecuentes recaídas y alejamientos que harán difícil la continuación de la relación terapéutica.

Por otro lado, y cuando existe una reacción emocional intensa, nuestros objetivos a corto plazo se orientan en la dirección siguiente (Ayuso, 1997) :

- Hacer comprender el diagnóstico, ya que el aturdimiento le habrá dificultado comprender con claridad sus complicaciones. Debemos repetir las implicaciones que conlleva su seropositividad, en ningún caso ocultando su gravedad pero sí ofreciendo una salida.
- Ayudar a reducir su ansiedad con algunas de las técnicas existentes, no que desaparezca, puesto que lo ideal es convertirla en un elemento positivo a la hora de diseñar un cambio de estilo de vida y la adopción de una conducta de precaución. Si el paciente pierde “el miedo”, difícilmente lo conseguiremos.
- Comunicar a las personas del entorno su seropositividad, pero por las connotaciones especiales que conlleva la enfermedad, debemos plantearnos con él quiénes deben saberlo y cómo deben enterarse. Es importante que el propio enfermo, tras un asesoramiento, informe a las personas del entorno relacional íntimo, por varias razones: por un lado, para que tomen medidas de precaución y, por otro lado, para que

desarrollen actitudes de apoyo para con el enfermo. Cuando se trata de una persona con problemas de drogadicción, es muy posible que las relaciones familiares estén deterioradas y si bien el diagnóstico de SIDA puede generar una reacción de ayuda, puede ocurrir todo lo contrario. Debido a la gran afectación que supone en el paciente las diferentes respuestas de la familia, debemos prever ésta y diseñar estrategias de actuación (Valverde, 1996).

- Reducir en lo posible la alteración aparecida en ese momento. Es adecuado situarse delante de la persona, dar tiempo, utilizar el contacto físico y empatizar.
- Avisar de los posibles altibajos emocionales tiene un efecto preventivo para cuando éstos aparezcan.
- Ante las ideas de indefensión, es eficaz transmitir información sobre tareas sencillas y a corto plazo que la persona puede hacer para mantener la salud (García, 1993).

Counselling respecto a la reducción de riesgo para contraer la enfermedad.

En la actualidad la única estrategia eficaz para controlar la extensión de la infección es interrumpir la cadena de transmisión viral, cambiando los comportamientos de riesgo por otros preventivos. Las intervenciones más eficaces son las que se basan en un análisis pormenorizado e individualizado del riesgo de las personas para contraer la infección. Basándose en esa información, el profesional debe referirse a los medios de prevención adecuados y facilitar, en la medida de lo posible, que se pongan en práctica (Ayuso, 1997).

Counselling respecto al afrontamiento de algunas consecuencias médicas, sociales y psicológicas de la enfermedad.

Es muy posible que contactemos con el enfermo no inmediatamente después de ser diagnosticado, sino cierto tiempo después. La situación será muy delicada, tanto porque su estado habrá empeorado como porque la enfermedad, a nivel psicológico y social, habrá avanzado. En este sentido, las situaciones que con mayor frecuencia se dan en esta población son las siguientes (Valverde, 1996):

- Una primera posibilidad es que el paciente haya desarrollado una patología relacionada con el SIDA. Nuestra intervención es clara: abordar primero la sintomatología y después iniciar una modificación de los hábitos de vida. Este encuentro con el paciente será más difícil y nuestras posibilidades de éxito dependerán en gran medida de la capacidad para ayudarlo a superar la patología desarrollada. Si hemos conectado con él gracias a su iniciativa, será consciente de su mal estado psíquico y podremos avanzar con más probabilidad de éxito. Si por el contrario, nuestra intervención viene dada por otros motivos (“obligada” por ejemplo por encontrarse en un centro terapéutico), las dificultades serán mayores, ya que uno de sus mecanismos de defensa será negar la alteración de su estado emocional.
- Otra posibilidad es que el paciente haya llegado a “olvidarse” del SIDA, bien como una reacción de defensa o bien por un gran nivel de deterioro previo debido a las conductas que los trastornos relacionados con sustancias llevan implícito. En este último caso, nuestras posibilidades de acercamiento son muy escasas, porque posiblemente el consumo de tóxicos permanezca y su salud empeore, su dependencia será mayor y su nivel de comunicación, soledad y bloqueo emocional serán más elevados. Seguramente no tendrá ningún interés en contactar con nosotros y debemos buscar estrategias de acercamiento. En todo caso, debemos tener claro que nuestro objetivo no debe ser el SIDA, ni la droga, sino la vida. Si pretendemos centrarnos en el SIDA, no tendremos ninguna oportunidad, porque el paciente lo habrá olvidado y no querrá saber nada del tema. Si nos centramos en la droga la situación será la misma, porque la droga, además de seguir cumpliendo las mismas funciones que llevaron al individuo a ella, será también una defensa contra la sintomatología VIH/SIDA.

Es especialmente importante en este momento tener en cuenta las afectaciones cognitivas, ya que muchos de los pacientes con infección VIH son conscientes de la posibilidad de presentar un cuadro de demencia o de déficit intelectual como consecuencia de la infección. Si el paciente aborda esta preocupación

espontáneamente, es importante aclararle la información correspondiente a incidencias, posibles tratamientos y de cómo el estado emocional afecta al rendimiento cognitivo en la infección por VIH. Así mismo, se debe insistir al paciente en que el tratamiento específico puede producir una mejoría.

Con frecuencia los enfermos en esta situación o las personas de su entorno familiar y laboral, plantean cuestiones sobre la aptitud del paciente para desarrollar actividades de la vida cotidiana con autonomía. Actualmente no existe una conexión clara entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y neurológicas y la capacidad del individuo para desarrollar estas actividades. En este sentido, Ayuso (1997) aporta un estudio realizado con sujetos VIH en estadios asintomáticos donde señala que aún cuando la exploración neurológica y neuropsicológica mostraba una afectación cognitiva, dicho deterioro no era significativo a nivel clínico y, por tanto, no se veía reflejado en las actividades de la vida diaria. En último término, y en cuanto a la posible autonomía de la persona con VIH/SIDA con cierto grado de deterioro cognitivo, los criterios los marcará el clínico a partir de la información global recogida en la evaluación del caso individualizado y teniendo en cuenta el nivel de rendimiento intelectual exigido para su actividad cotidiana.

En pacientes con déficits cognitivos graves en los que la respuesta al tratamiento farmacológico es peor, siempre es interesante plantear intervenciones *dirigidas a conseguir* una mejor adaptación del individuo y de su entorno a las circunstancias impuestas por la enfermedad. Así, en los enfermos que se quejan de olvidar lo que tienen que hacer, es de gran utilidad aconsejarles que apunten las citas, así como de los recursos de asistencia sanitaria y de apoyo con los que pueden contar (Ayuso, 1997).

Por otra parte, en el afrontamiento de las posibles consecuencias de la infección VIH/SIDA, es importante, una vez que hemos conseguido establecer un adecuado nivel de empatía, diseñar la modificación de los hábitos de conducta que puedan incidir de una manera positiva en la enfermedad. De forma similar, en los pacientes que se quejan de dificultades para mantener la concentración en una actividad durante un período prolongado de tiempo, es conveniente que se estructuren las

actividades, de forma que puedan descomponerlas en otras que requieran menor tiempo y que permitan introducir períodos de descanso. Ante cualquier seropositivo con afectación cognitiva es importante mantener un contacto estrecho con sus familiares, pareja o amigos encargados de su cuidado. Con frecuencia en paralelo con los déficit cognitivos, se instauran cambios en la conducta del paciente que puede hacer muy difícil la convivencia. Los sujetos con demencia necesitan una supervisión constante, por lo que el especialista correspondiente debe advertir a sus cuidadores del nivel de exigencia que requiere el enfermo. Esta modificación será tanto mas necesaria cuanto más deteriorada esté su vida y una vez más, es especialmente difícil en la persona que mantiene una conducta de drogadicción (Valverde, 1996).

El cambio de hábitos de vida persigue dos objetivos básicos: por una lado, asegurar un organismo lo más sano posible y la evitación de circunstancias que supongan un riesgo por la infección de enfermedades oportunistas y, por otro lado, evitar nuevos contagios mediante la adopción de conductas de precaución.

Evidentemente, el diseño de hábitos depende en gran medida del “tipo de enfermo de SIDA”. En este sentido, una persona cuya vía de contagio haya sido una transfusión sanguínea, una conducta heterosexual u homosexual no controlada, no es excesivamente difícil ayudarle al diseñar hábitos de vida de evitación de los comportamientos de riesgo. Para estos grupos, es relativamente fácil hacerles tomar conciencia de la enfermedad y, por tanto, de los comportamientos de precaución que han de adoptar. Incluso esa conciencia de enfermedad a veces será excesiva y hemos de atenuarla para evitar que se convierta en un elemento distorsionador de la intervención. En estos casos el cambio de hábitos de vida se centrará en la adopción de una conducta de precaución respecto a las situaciones habituales de convivencia y uno de los principales objetivos de nuestra intervención será el reforzamiento del autocontrol y la capacidad de resistencia a la ansiedad y a la depresión que va a desarrollar.

Sin embargo, en el caso de enfermos cuyo contagio se deba a la drogadicción por vía endovenosa, y que mantengan el consumo, la adopción de una conducta de precaución es mucho más difícil. En este caso no es que el individuo no tenga clara

conciencia de la enfermedad, es que ni siquiera es capaz de planteárselo. En consecuencia, será “una batalla” permanente para conseguir que acuda a las revisiones médicas periódicas (imprescindibles para controlar su estado de salud y el progreso de la infección), que trate de evitar infecciones, que cuide su alimentación, etc. Es importante ser consciente que no se puede abordar en estos casos el problema SIDA al margen de la droga. Así, podemos aconsejarle conductas de las llamadas de “reducción del daño”: no compartir material inyectable, usar preservativos, etc. Esas conductas de precaución hemos de reforzarlas constantemente, y aunque pueden durar poco, servirán para evitar algunas infecciones oportunistas o reinfecciones.

Para modificar una conducta hemos de ofrecer alternativas adecuadas a la conducta que pretendemos modificar. La droga responde a carencias muy importantes de la vida del individuo. Por eso, es tan difícil la intervención en este tipo de pacientes. Sin embargo, en cada caso es preciso buscar alternativas que respondan a las carencias concretas. Si las encontramos habremos hallado un camino por el que puede encaminarse nuestra intervención. En todo caso, la enfermedad va a seguir su curso, y si no hemos conseguido intervenir en la fase asintomática, más tarde cuando desarrolle la enfermedad encontraremos nuevas oportunidades de intervención.

Por último, hemos de hacer referencia al Counselling en las personas portadoras de VIH sin síntomas asociados. Estos son los llamados “sanos preocupados”, que mantienen pautas de comportamiento y procesos cognitivos similares a los que se describen en los procesos hipocondríacos.

El principal elemento para reducir las preocupaciones de este colectivo es la información objetiva de su estado de salud. El mayor problema reside en las anticipaciones que realizan con respecto al futuro de la infección, ya que existen probabilidades reales de enfermedad y de muerte. Se han observado buenos resultados en este grupo de personas con “programas de autocontrol”, con un formato de grupo estructurado y limitado en el tiempo de 12 a 15 sesiones con frecuencia

semanal (García, 1993). La intervención se desarrolla en tres módulos básicos que de forma secuencial incluye:

- Entrenamientos en técnicas de control cognitivo: Información y reestructuración cognitiva, reatribuciones, control de anticipaciones y parada de pensamiento.
- Técnicas de control de la ansiedad: Relajación profunda, rápida y diferencial.
- Técnicas de cambio o mantenimiento de hábitos y resolución de problemas.

Couselling en el enfermo sintomático.

Cuando empiezan a aparecer las primeras enfermedades oportunistas y sobre todo cuando se inician las primeras hospitalizaciones, la situación se vuelve “peligrosa”, no sólo para el paciente sino también para los distintos profesionales, sobre todo si han llegado a establecer un nivel profundo de empatía. Tal vez por eso algunos autores plantean el mantenimiento de cierta distancia terapéutica. Sin embargo, desde nuestra perspectiva lo más interesante no es evitar ese compromiso con el paciente (sin el cual en este tipo de pacientes es muy difícil la intervención) sino que cuando la situación aparezca, hemos de controlarla para que no se convierta en un elemento que aumente el miedo y la ansiedad del paciente, puesto que lo que más necesita de nosotros es la serenidad y el apoyo.

A partir de este momento son dos los objetivos de nuestra intervención (Valverde, 1996):

- Tratamiento del “psicoma” del SIDA. Cuando ya no es posible “olvidarse” del SIDA, el paciente va a reaccionar reproduciendo las características que veíamos en el momento del diagnóstico (intensa reacción emocional). Si bien, pero cada vez menos, existen importantes diferencias entre los enfermos en función de su estilo de vida previa, en líneas generales nuestro planteamiento es mantener a los más altos niveles la calidad de vida del paciente, reduciendo los niveles de ansiedad y de depresión.

- Seguimiento de la medicación. Una vez más si el enfermo presenta una conducta de drogadicción el seguimiento de la enfermedad resulta mucho más difícil, siendo poco frecuente que se mantenga la relación con su médico y que se tome la cada vez más compleja medicación. Debemos, entonces, servir de enlace con el personal médico. Por ello, es importante que se tengan conocimientos de la medicación antirretroviral.

3.2.3. Técnicas y programas específicos.

3.2.3.1. Relajación.

Relajación.

La relajación es posiblemente una de las técnicas de mayor tradición para el manejo y la reducción de la ansiedad y dada la extensa bibliografía dedicada a ella no nos extenderemos. Baste decir la gran eficacia de las técnicas de Jacobson (1983) y Schultz (Schultz y Luthe, 1969), y el efecto positivo en el sistema inmunitario que conlleva su uso (Kielcolt y Glaser, 1992). Además, resulta interesante complementarlas con técnicas de manejo de la respiración (Kaviraj, 1987).

Visualización.

La técnica proporciona a los pacientes un medio para participar activamente en su propio tratamiento y está encaminada a fortalecer su confianza en que poseen cierto grado de control real sobre la evolución de su infección o enfermedad. Son dos sus estrategias centrales. Por una parte, técnicas de relajación y, por otra parte, técnicas en las que la persona trata de visualizar, por medio de la imaginación, la acción positiva de las defensas naturales del organismo frente a la proliferación del virus VIH (McKay, Davis y Fanning, 1981). Brevemente los pasos son los siguientes:

- En primer lugar, la persona ha de procurar entrar en un estado de relajación por medio de cualquier técnica y siguiendo todas las normas generales de todo proceso de relajación.
- De la forma más realista posible, ha de visualizar las defensas del cuerpo luchando victoriosamente contra el VIH o la enfermedad. Las ideas centrales que deben estar presentes son las que Calvo (1993) nos describe:
 - *El virus es pequeño, débil vulnerable, se encuentra en poca cantidad y aparece casi aislado. Si se padece una infección oportunista igualmente imaginar esas células o microorganismos como débiles, poco cohesionadas y fácilmente vulnerables.*
 - *Su sistema de defensas está compuesto por una inmensa y vasta masa de invencibles células defensivas.*
 - *Los glóbulos blancos aparecen vigorosos y sobrepasan en número a los virus. La victoria de los glóbulos blancos parece inevitable.*
 - *Las células T auxiliares se multiplican rápidamente, crecen fuertes y sanas. Las células T asesinas son agresivas e inmensamente poderosas.*
 - *Las células B producen millones de eficaces anti-cuerpos anti-VIH.*
 - *Los macrófagos, los anticuerpos, las células T asesinas, asedian y destruyen el virus del SIDA, los microorganismos oportunistas y la células cancerosas.*
 - *Si existe medicación, ésta debe ser visualizada como fuerte y poderosa, claramente capaz de combatir y destruir las enfermedades y detener al virus, asistiendo al sistema de defensas naturales.*
 - *Cuando todos los virus del VIH, infecciones oportunistas hayan sido destruidas, es importante visualizar cómo estos despojos son expulsados del organismo de forma natural y sin esfuerzos, filtrados por los riñones.*
 - *Al término de la visualización, debe imaginar su cuerpo purificado, fuerte y saludable. Imaginarse con los objetivos de su vida cumplidos, verse a sí mismo en el futuro, feliz y rodeado por los suyos.*

3.2.3.2. Técnicas Operantes.

Estas técnicas se usan para incrementar la frecuencia de hábitos saludables como por ejemplo, una apropiada y correcta alimentación, el ejercicio físico, las conductas de higiene, y para disminuir las conductas inadecuadas, como por ejemplo, el consumo de alcohol, tabaco, etc. (Borda, Pérez y Blanco, 2000). Resaltar, entre estas técnicas el Control de estímulos, cuyo objetivo fundamental es el de rediseñar las situaciones ambientales que favorecen el comportamiento de riesgo de contraer VIH (Kelly, Lawrence, Hood y Brasfield, 1989).

3.2.3.3. Entrenamiento en Habilidades Sociales.

En las personas con VIH/SIDA el entrenamiento asertivo resulta muy beneficioso, sobretodo el entrenamiento en habilidades como “decir que no”, pedir información, exigir comportamientos preventivos a su pareja, etc. (Kelly y Murphy, 1992).

3.2.3.4. Técnicas Cognitivas.

En este apartado se describen las técnicas de control cognitivo que se han empleado con eficacia, justificando su utilización y exponiendo los efectos observados. De forma general, el objetivo fundamental de éstas es identificar y modificar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente (Beck, 1983).

Parada de Pensamiento.

La percepción de “no solución” al problema y la falta de instrumentos personales para enfrentarse al mismo conlleva en múltiples ocasiones pensamientos reiterativos, circulares y encadenados hacia conclusiones catastrofistas que autogeneran automáticamente pensamientos de tipo: “no me lo puedo quitar de la cabeza”, “voy a morirme”, etc. La detención del flujo de ideas es útil cuando se

entrena después de haber conseguido un cierto control sobre los pensamientos reiterativos o se han conseguido reestructurar, ya que si se utiliza como primera estrategia la técnica no resultará eficaz debido a que, al no poderlos cambiar, los pensamientos aparecerán de nuevo y de forma insidiosa después de cada interrupción. Los efectos descritos por los sujetos se enmarcan dentro del concepto “percepción de control”, esto es, poder pararlos a voluntad (Raich, 1991).

Reestructuración Cognitiva.

Debido a los errores en el proceso de información descrito con anterioridad, que desencadena respuestas depresivas, se ha comprobado la eficacia de reestructurar tales ideas, no sólo por medio de la información objetiva sino como estrategias de reestructuración globales y no referidas exclusivamente al SIDA, de forma que aprendan a aplicarla sistemáticamente en su vida cotidiana; los efectos observados son los de generalización de la respuesta en diferentes situaciones y aumento de la percepción de control de sus emociones.

El proceso de “control de pensamientos distorsionados” incluye, los siguientes pasos (Beck *et al.*, 1979; McKay *et al.*, 1981):

- Registro y detección de pensamientos automáticos. Se adiestrará a la persona en el manejo del autorregistro. Se hará especial hincapié en el registro de los desencadenantes internos, emociones resultantes y pensamientos en torno a la situación. No es necesario centrarse únicamente en los eventos negativos, por el contrario puede ser muy ilustrativo analizar también el discurso racional que conduce a las emociones agradables.
- Análisis de los errores lógicos. Primeramente, instruir a la persona en la serie de posibles errores lógicos en los que más comúnmente se puede incurrir dentro de estas situaciones.
- Reestructuración racional. Una vez que se sabe la emoción, descubrir la situación o suceso que la provoca o facilita e identificar las distorsiones.

Se trata ahora de eliminar las distorsiones. Para ello se debe acudir a la reevaluación racional, es decir, a reemplazar la autodeclaración irracional por una apreciación más realista de la situación, observando todo posterior aminoramiento de la alteración emocional provocada. Esto se puede llevar a cabo mediante un registro de tres columnas. En la primera la distorsión en la que ha incurrido, en la segunda se anota la frase pensamiento en que se empleó la distorsión y en la tercera se escribe una frase pensamiento alternativa en la que se corrija la distorsión anterior. Este proceso ha de repetirse hasta que la persona se desenvuelva con soltura a la hora de plantear alternativas racionales a sus distorsiones.

- Parada de pensamiento. Por último dentro de este bloque de control cognitivo, se enseña a la persona la técnica de parada de pensamiento o interrupción de pensamiento.

Entrenamiento en Autoinstrucciones.

La técnica se emplea una vez alcanzados los entrenamientos anteriores y permiten a los sujetos afrontar situaciones que aparecen inesperadamente. El objetivo que se pretende es modificar comportamientos y hábitos, ayudar o hacer frente a determinadas situaciones a través del diálogo interno, de las repeticiones de mensajes. La interiorización de ese diálogo interno favorecerá esos cambios a nivel comportamental. También se utilizan como prevención de respuesta sobre aquellas situaciones que aparecen de forma repetida en la cotidianidad de los sujetos. Los efectos se describen como un mayor control situacional.

3.2.3.5. Habilidades de Afrontamiento

Las intervenciones en este campo suelen estar basadas en el modelo teórico de estrés y estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y usan los principios cognitivo-conductuales para promover cambios en situaciones evaluadas como estresantes y obtener apoyo durante estas situaciones. Específicamente, la intervención enfatiza:

- Identificar estresores y descomponer los estresores globales en otros más manejables.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento, ya sean centradas en la emoción o centradas en el problema.
- Determinar los estresores aptos de cambio y la estrategia adecuada para éstos.
- Optimizar y usar el apoyo social.

Un posible formato a nivel grupal podría ser el que propone Heckman *et al.* (2001). Las sesiones son estructuradas en grupos de 4 a 6 miembros como máximo en modalidad de “cara a cara”. Cada sesión dura aproximadamente 75 minutos. Son grupos cerrados, no pudiendo entrar miembros nuevos, sobretodo por la necesidad de ir creciendo en intimidad y confidencialidad entre los miembros, es preferible la homogeneidad en edad y en orientación sexual.

El tratamiento consta de 10 sesiones con los siguientes contenidos:

- Sesión 1: introducción, construir relaciones y establecer sinceridad. La sesión primera está dedicada a introducir facilitadores para la participación grupal, se discute la guía que gobernará las sesiones. Siguiendo ésta, los participantes discutirán cuáles son sus estresores más comunes y cuales son sus esfuerzos ante estos.
- Sesión 2: identificación de estresores y evaluación cognitiva del entrenamiento. En la segunda sesión se evalúa el concepto de evaluación primaria y secundaria. Los participantes aprenden primero la importancia de descomponer los estresores generales en otros más susceptibles de cambio. Los participantes entonces trabajan un proceso en el que se discuten aspectos cambiables y no cambiables de cada estresor específico VIH. Este proceso deja una amplia introducción a la estrategia centrada en la emoción o en el problema e ilumina como cada tipo de estrategia es más apropiada dependiendo de lo cambiable que sea el estresor.

- Sesiones 3 y 4: estrategia centrada en el problema. Los participantes afrontan esta estrategia y aportan aplicaciones de la estrategia en sus problemas. Las sesiones concluyen con la exposición de los participantes de las situaciones evaluadas como cambiables en sus vidas.
- Sesiones 5 y 6: estrategia de afrontamiento centrada en la emoción. Al inicio los participantes muestran sus experiencias de las semanas previas de cómo han afrontado las situaciones con la estrategia centrada en el problema. Entonces el grupo avanza a la estrategia centrada en la emoción. Se habla de cuáles son las situaciones donde esta estrategia es más adaptativa. Se pone especial énfasis en diferenciar las estrategias adaptativas y las que no lo son ante esas situaciones. Los participantes llevan a casa la tarea de aplicar a las situaciones que son menos susceptibles de cambio la estrategia que se trabaja.
- Sesión 7: apoyo social y VIH. En esta sesión se habla de la importancia de establecer y mantener el apoyo social que les ayude a afrontar sus situaciones. Los participantes hablan de cómo poder expandir su apoyo.
- Sesión 8: obtener y mantener el apoyo social aunque se informe de la condición de ser VIH. Esta sesión se centra en dotar de técnicas para evaluar el riesgo en las relaciones personales de decir su seropositividad. Se habla en el grupo de las distintas experiencias de los participantes en este sentido y de los posibles miedos y barreras. Se ensaya con técnicas como “role playing” con “retroalimentación” el poder decir su seropositividad.
- Sesión 9: ingresos hospitalarios, tratamientos y cuidados en casa. Se entrena en cómo podrían diseñar estrategias para que en estas situaciones encontrar el apoyo necesario.
- Sesión 10: se hace un resumen y se potencia la relación entre los miembros del grupo.

3.2.3.6. Solución de problemas

Se basa en la común observación de cómo los síntomas emocionales suelen ser inducidos por problemas de la vida. Es un tratamiento de colaboración, en el que existen tres fases principales; en primer lugar, los síntomas del paciente son relacionados con sus problemas, en segundo lugar, los problemas son definidos y aclarados y, en tercer lugar, se hace un intento de resolver los problemas de una forma estructurada. Para que el tratamiento de resolución de problemas sea satisfactorio, los pacientes necesitan entender tres aspectos importantes (Mynors-Wallis, Gath, Lloyd-Thomas y Thomlinson, 1995):

- Que sus síntomas están relacionados con sus problemas.
- Que si los problemas son abordados, puede esperarse que se resuelvan.
- Que los problemas deben ser abordados de una forma estructurada y planeada.

Esta forma de intervención es particularmente útil en el enfoque de los trastornos adaptativos y cuadros afectivos leves en VIH/SIDA puesto que derivan de situaciones conflictivas en relación con su pareja, familia, amigos o en el área del trabajo, economía, alojamiento, cuestiones legales, problemas de alcohol y drogas y con dificultades vinculadas con experiencias de rechazo o de discriminación.

Las sesiones de terapia de resolución de problemas, generalmente, son organizadas con un patrón concreto. En primer lugar, ha de acordarse el número de sesiones, en el caso de los trastornos depresivos pueden requerirse hasta seis, mientras que para los trastornos de ansiedad cuatro podrían ser suficientes. Las dos primeras sesiones deben estar próximas en el tiempo (una semana entre ambas), para asegurar que la técnica ha sido entendida y correctamente aplicada. La primera sesión durará aproximadamente una hora, debido a que incluye una detallada valoración de los problemas del paciente y una explicación de los

fundamentos del tratamiento. Las sesiones siguientes durarán unos 30 minutos aproximadamente.

Mynors-Wallis et al. (1995), marcan siete posibles fases en la terapia de resolución de problemas que desarrollamos a continuación.

Fase 1: Explicación del tratamiento y sus fundamentos.

El primer paso consiste en obtener una relación completa de los síntomas del paciente. El segundo paso consiste en enumerar los problemas del paciente. Debe hacerse una conexión entre síntomas y problemas. El sujeto debe entender que sus síntomas son una respuesta emocional a sus dificultades. El terapeuta explicará entonces que la resolución satisfactoria de los problemas llevará a la resolución de los síntomas. Para motivar al paciente es interesante transmitirle cierto optimismo, evitando fomentar expectativas no realistas.

Fase 2: Clarificación y definición de los problemas.

Se debe realizar un registro de problemas de forma clara y precisa para, posteriormente, pedir al paciente que elija uno concreto e importante, que deberá ser definido tan claramente como sea posible. Los problemas mayores deben ser descompuestos en otros más manejables.

Fase 3: Elección de objetivos alcanzables.

Una vez que el problema ha sido aclarado y definido la fase siguiente consiste en elegir uno o más objetivos alcanzables. Para hacer esta elección es importante tener en cuenta el balance entre los recursos del paciente y los obstáculos. Es preciso que el paciente tenga la sensación de conseguir logros precoces en el tratamiento; por ello los objetivos propuestos inicialmente deberían ser aquellos que puedan ser alcanzados rápidamente. Las metas a medio plazo pueden cubrirse en distintas fases a lo largo del curso del tratamiento.

Fase 4: Búsqueda de soluciones.

Una vez que un objetivo alcanzable ha sido señalado, se le pide al paciente que enumere las soluciones que se le ocurran. Se le insiste en que intente generar tantas como le sea posible. Las soluciones potenciales no deben ser rechazadas o prejuizadas, aunque parezcan ilusorias o imposibles.

Fase 5: Elección de una solución preferente.

El terapeuta anima al paciente a redactar una lista de los pros y los contras para cada solución potencial, considerando los siguientes aspectos:

- Ventajas e inconvenientes en relación con el tiempo del paciente, el esfuerzo, el gasto o el malestar emocional que conlleva.
- Efectos en los amigos y familiares del paciente.

Cuando todas las soluciones alternativas han sido enumeradas, el paciente debe seleccionar la solución que conduzca a obtener las metas propuestas con menores inconvenientes personales y sociales.

Fase 6: Realización de la solución elegida.

Los pasos requeridos para alcanzar una solución podrían ser divididos en otros más sencillos. Debe haber claras especificaciones de los pasos intermedios y de cuándo deben darse. El paciente debe tener un conjunto claro de tareas que debe completar, que quedan señaladas como trabajo para casa y que son anotadas en una hoja. Si le falta confianza en que va a poder llevar a cabo una de estas tareas, se puede ensayar la situación a través de una representación de papeles.

Fase 7: Evaluación.

Al comienzo de cada sesión se deben valorar los progresos realizados. El paciente habrá completado o intentado completar las tareas acordadas en la sesión anterior y recoger por escrito los resultados obtenidos.

El terapeuta elogiará cualquier progreso o éxito y, a continuación, pasará a discutir los obstáculos y las dificultades, teniendo en cuenta que los pacientes pueden centrarse selectivamente en los fracasos. Es importante destacar cualquier éxito, por pequeño que sea. Si han surgido dificultades se deben analizar las causas.

Puede ocurrir que el paciente no realice las actividades por falta de comprensión. La motivación del sujeto será probablemente mayor si se esfuerza por lograr sus propias metas con sus propias soluciones. El objetivo global de esta intervención es conseguir que la resolución de algunos problemas permita al paciente obtener una sensación de control sobre su vida.

3.2.4. Pacientes con SIDA en estadio terminal: Cuidados paliativos.

La atención paliativa se ha centrado clásicamente en ambientes hospitalarios y cada vez con más frecuencia en centros de internamiento. En éstos, se realiza un acercamiento interdisciplinar que abarca desde los aspectos estrictamente médicos a los aspectos psicosociales. El objetivo de la intervención paliativa es el control de síntomas, tratando de lograr un proceso de muerte con mayor nivel de dignidad humana y calidad.

Los problemas y los síntomas que deben paliarse en los pacientes con SIDA se refieren sobre todo al dolor, la confusión mental, la depresión, la ansiedad, la fatiga, la fiebre, la disnea, las náuseas y los vómitos, la diarrea y la deshidratación. El dolor visceral y corporal es el síntoma más frecuente que afecta a los enfermos de SIDA. En el tratamiento del dolor se hace inexcusable determinar su causa y valorar las posibilidades de tratamiento restaurador. Cuando ello no es posible, los patrones de tratamiento de dolor siguen los pasos escalonados: se recomienda

formas de administración prolongadas, como la morfina de liberación sostenida o los parches transdérmicos.

Intervenciones psicológicas en pacientes terminales

El objetivo fundamental de la intervención médica es conseguir el máximo bienestar dentro de un enfoque paliativo. Los instrumentos para conseguir este objetivo son: el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación. Las intervenciones farmacológicas para conseguir una analgesia adecuada y una sedación son enormemente eficaces en estas situaciones. Por otro lado, la labor de las intervenciones psicológicas en los pacientes en esta situación deben centrarse en tres áreas concretas (Barreto, Martínez y Pascual, 1990):

- Fomentar los recursos del paciente que se consideren más adecuados para afrontar la situación en que se encuentra: capacidad de relajación, imaginación, distracción, etc.
- Atender los problemas específicos de cada paciente: soledad, ansiedad, miedo, dependencia, depresión, pérdida de interés e insomnio.
- Suministrar apoyo emocional y esperanza de que en todo momento va a estar acompañado, se le atenderá y se evitará en lo posible su sufrimiento.

En ocasiones, algunos pacientes en estadio terminal persisten en el uso de estrategias de negación de la gravedad del cuadro clínico. Esta estrategia puede plantear problemas importantes en el tratamiento de la enfermedad y suponer un aplazamiento de las decisiones personales que suelen plantear las personas cuando son conscientes de una muerte cercana. El clínico, en la medida de lo posible, debe modificar estas actitudes favoreciendo una actitud realista en las circunstancias que imponen la enfermedad. En algunos casos, la actitud de negación del paciente es debida a un juicio alterado de la realidad de su enfermedad vinculado con un trastorno cognitivo o con un síndrome maniaco. En

estas situaciones, los enfoques farmacológicos y la hospitalización son las alternativas más eficaces.

La intervención psicológica puede tener lugar en el domicilio del paciente, en las unidades de hospitalización o en centros específicos, por ello abarcan actuaciones centradas en el enfermo, así como otras orientadas al personal sanitario, a los familiares, a los cuidadores, a los amigos, etc. Uno de los objetivos de las intervenciones con los familiares de pacientes con infección VIH es tratar de mantener la integridad de las estructuras de apoyo social. El apoyo a la familia no termina con el fallecimiento del enfermo, sino que después hay que ayudar a la familia a elaborar el duelo. Por otro lado, los allegados al fallecido han tenido un contacto continuo con el sufrimiento y consecuentemente, es posible que alberguen sentimientos de culpa respecto a la conducta mostrada en el pasado frente al difunto. La función del psicólogo es ayudar a la expresión de los sentimientos hacia el fallecido, en particular los de culpa o rabia (Ayuso, 1997).

También en estos momentos el paciente necesita atención. Es cierto que va a morir pero también lo es que existen diferentes modos de hacerlo y aunque suene contradictorio, también se puede conseguir calidad de vida para aceptar la muerte. Si hemos conseguido un encuentro personalizador con el enfermo, sin duda en estos momentos le seremos muy necesario (Valverde, 1996).

3.3. INTERVENCION SOCIAL.

3.3.1. Importancia de la intervención social y objetivos.

El SIDA es una enfermedad que ha trascendido desde un primer momento el ámbito sanitario para afectar notablemente al ámbito social. Con él se han puesto de manifiesto, más que en ningún otro caso, la necesidad de acercarse a la enfermedad desde todos los ámbitos posibles, y de una forma integral e integradora; esto es, como un único ente biopsicosocial. Su inesperada aparición, su virulencia y los estereotipos asociados inicialmente a él, han convertido al SIDA en un problema social de primera magnitud y que en muchas circunstancias han planteado retos hasta el momento inéditos (Grasa, 2003).

Desde el año 1993 la Dirección de Salud Pública y Consumo, asume la responsabilidad de hacer confluir los esfuerzos que se realizan desde diferentes niveles en la atención al SIDA en Andalucía. En 1999, la Consejería elabora el Plan Andaluz Integral de SIDA que abarca tres ámbitos: Preventivo, Asistencial y Social.

La prevención ha demostrado su eficacia como instrumento a medio y largo plazo, enfocándose en dos líneas fundamentales: la dirigida a la población general y la enfocada a las poblaciones con prácticas de riesgo.

Para la población general se gestiona la prevención a través de campañas de publicidad para su concienciación y sensibilización en VIH/SIDA haciendo especial énfasis en torno al Día Mundial del SIDA (uno de diciembre). Se produce material divulgativo específico que se distribuye a lo largo de todo el año y en todos los eventos posibles, así como material de prevención, en concreto de preservativos. Un recurso efectivo es el teléfono del SIDA (900 850 100), donde de forma anónima y gratuita se da atención personalizada y se vincula a los diferentes servicios a cualquier persona que lo precise. Cabe destacar la colaboración con el Consejo Andaluz de la Juventud donde en el 2000-2001 ha existido un presupuesto para actividades relacionadas con la prevención del VIH/SIDA de

8.000.000 de pesetas y con la Consejería de Educación y Ciencia desde donde entre otros, se forman a informadores juveniles, se ofrecen charlas formativas, etc. (Ortiz y Rubio, 2000).

Con respecto a la población con prácticas de riesgo, la intervención se centra fundamentalmente en el apoyo, a través de subvenciones anuales, a entidades sin ánimo de lucro que realizan programas de prevención en VIH/SIDA. Se distribuye por medio de estas asociaciones materiales preventivos, preservativos y Kits de jeringuillas, así como material divulgativo específico para UDVP, personas que practican la prostitución, etc. Se han incentivado la realización de programas de intercambio de jeringuillas en las sedes de diferentes asociaciones, concretamente en el año 2000 el gasto producido por el reparto de Kits, preservativos y material divulgativo asciende a 22.014.840 millones de pesetas (Plan Andaluz Integral de SIDA, 2001).

En nuestra opinión estimamos muy interesante el inmenso esfuerzo preventivo que a nivel institucional se realiza, pero entendemos que aún siendo importante prever, no agota, ni con mucho, todos los temas relevantes ni prioritarios de la enfermedad SIDA, al menos por varias razones: 1) Porque obviamente la prevención es distinta al tratamiento y, por ello, a igual que ocurre en el caso de los miedos y las fobias, las mejores estrategias de prevención no tienen apenas valor funcional para el tratamiento; 2) Porque existen personas enfermas que deben recibir ayuda y, para ello, necesitan también ese apoyo institucional; 3) Porque se tiende a confundir, conocimiento con prevención (en especial por lo que se refiere a instituciones oficiales, se supone que las campañas de prevención son, fundamentalmente, campañas de información), lo que no es el caso, entre otras cosas porque la prevención aparte de conocer exige la realización de acciones concretas y posibles, lo que no siempre va a la par. Ocurre finalmente que en la medida que existan enfermos y familias, deberían pensarse y ponerse en acción programas de ayuda y no sólo de prevención. Pensamos que tales programas de ayuda no deberían ser conceptualizados como una suerte de “inversiones a fondo perdido” sino como inversiones altamente

rentables en la medida en que alivien el sufrimiento humano (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).

En la línea asistencial del ámbito médico, se han realizado los mayores avances, sobre todo, en la atención en los servicios de salud. La Atención Primaria de Salud, como puerta de entrada al sistema, realiza la sospecha diagnóstica, la petición analítica y la derivación a Asistencia Especializada, así se ha desarrollado un sistema de seguimiento dirigido a articular los cuidados y los apoyos necesarios, tanto al afectado como a su entorno. Igualmente son puertas de entrada otras instituciones que no necesariamente se encuentran englobadas en el sistema sanitario, como por ejemplo los Centros Provinciales y Comarcales de Drogodependencias (CPD, CCD).

Todos ellos dirigen a las personas infectadas o enfermas a la Atención Especializada (servicio de Medicina Interna o Unidades de Infecciosos) que han asumido el papel de referencia realizando la confirmación diagnóstica, el tratamiento y la valoración de las etapas y los hitos de la evolución, integrando también a las personas diagnosticadas desde las urgencias hospitalarias.

Con la intención de reducir daños, se potencian los programas y puntos de intercambios de jeringuillas y el programa de tratamiento con Metadona. Este programa realiza la fabricación, distribución y dispensación de los comprimidos en los Centros sanitarios. En esta línea de trabajo se incluyen parte de las subvenciones, concretamente las de apoyo a entidades con programas de intervención sociosanitario al afectado y su entorno, desde donde se financian actividades sobre actuaciones sociales y las casas de acogida para enfermos terminales que carecen de recursos familiares y sociales.

La convergencia de todas estas acciones han dado como resultado que la situación actual nos permita mantener una esperanza ya consolidada en una importante reducción de nuevos casos (iniciada en el año 1995) (Plan Integral Andaluz de SIDA, 1999).

Una de las estrategias que en la actualidad adquiere una importancia destacada es la intersectorialidad. Hoy en día, la coordinación de las acciones de los distintos sectores (educación, servicios sociales, salud, etc.) en una respuesta conjunta se ha convertido en una necesidad que condiciona la eficacia y la eficiencia de los programas y planes dirigidos a reducir el VIH/SIDA. A pesar de ello, en la mayoría de los sistemas de salud, la asistencia sanitaria a dichos pacientes se encuentra fragmentada en multitud de compartimentos estancos que tratan cada uno de ellos la parte de patología que corresponde a “su saber”; de tal manera que por ejemplo una persona con infección SIDA, drogodependiente, tiene que “peregrinar” por multitud de estancias sanitarias particulares. Esto favorece que la mayor parte de los pacientes priorice donde tiene que ir y casi siempre es a la toma diaria de la metadona y del tratamiento del VIH (Weisner, Mertens y Parthasarathy, 2001).

En este sentido, en Andalucía, la lucha contra la enfermedad se ha movilizado desde los diferentes departamentos de la Administración Autónoma Andaluza y desde los diversos estamentos sociales. Sin embargo, y según plantea el II Plan Andaluz de Salud, todavía es necesario realizar un mayor esfuerzo de coordinación de las diversas actuaciones que se están efectuando en VIH/SIDA y para ello se ha dado forma al Plan Integral Andaluz de SIDA, que tiene como objetivo general la coordinación de las acciones de prevención y asistencia, tanto sanitaria como social, en la lucha contra el VIH/SIDA que se realizan desde las distintas estancias de la Administración Autónoma Andaluza y desde las diversas asociaciones ciudadanas, desarrollando acciones de información y formación tanto a nivel de la evolución de la epidemia como de prevención, fomentando los hábitos de higiene y seguridad en las prácticas de riesgo, aumentando la detección precoz, el seguimiento tanto sanitario como social y los tratamientos supervisados cuando sean necesarios, fomentando la investigación epidemiológica y social en el tema, y la coordinación de todas las acciones que se realicen en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Plan Integral Andaluz de SIDA, 2001).

A continuación se relacionan los Organismos y Entidades implicados en la lucha contra el SIDA que Ortíz y Rubio (2000) recogen en un interesante documento de reciente publicación:

- Plan Integral Andaluz de SIDA. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y participación. Sevilla. Tel.: 95 500 65 65. WeB: <http://www.csalud.junta-andalucia.es>.
- Teléfono del SIDA: 900 850 100. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y participación. Sevilla.
- Centros de Atención Primaria de salud. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Web <http://www.sas.junta-andalucia.es>
- Centros de Atención Especializada.
 - SEVILLA.
 - Complejo Hospitalario Virgen Macarena.
 - Complejo Hospitalario Virgen del Rocío.
 - Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Valme.
 - Hospital Gral. Básico Ntra. Sra. de la Merced.
- Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual:
 - SEVILLA.
 - C/ Baños, 44.
- TELÉFONO DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS:900 200 514.
- Centros Provinciales de Drogodependencias:
 - SEVILLA.
 - Centros Sociales de Miraflores.
- Entidades sin ánimo de lucro con programas de actuación en VIH/SIDA.
 - Entidades con ámbito autonómico.
 - Federación Antisida del Sur.
 - Asociación Andaluza de Hemofilia.
 - Médicos del Mundo.
 - Colega de Andalucía.
 - Federación Andaluza de Drogodependencia.

- SEVILLA.
 - Asociación ANTARIS.
 - Federación de Mujeres Progresistas.
 - SIDA Contigo.
 - Cáritas Diocesanas: Centro de Día “El Valle”.
 - Comité Ciudadano Antisida.
 - Colectivo “La calle”.
 - Proyecto Hombre.
 - Asociación “Rompe tus Cadenas”.
 - Federación Provincial de Drogodependencias LIBERACIÓN.
 - Liga Sevillana de la Educación y la Cultura Popular.
 - Asociación San Pablo de Ayuda al Drogodependiente.
 - Asociación de Mujeres VERENIA.
 - Asociación de Familiares y Amigos del Toxicómanos.
 - Asociación Nuevo Futuro.
- Casa de Acogida para Enfermos de SIDA.
 - SEVILLA.
 - Casa de Acogida de Caritas Diocesana “Puerta Hermosa”.

Gracias al considerable número de dispositivos de intervención en la infección VIH, a la gran eficacia de los tratamientos médicos y al desarrollo de la investigación de los métodos de la lucha contra la enfermedad, se ha logrado convertir la infección VIH en una grave enfermedad crónica. Por ello, adquiere gran importancia el contar con dispositivos estables y bien estructurados que permitan una atención continua hacia el enfermo (Cáritas Española, 1998).

Parece lógico que la cronicidad de esta enfermedad nos conduce a replantearnos los objetivos de la intervención y volver a retomar la posibilidad de la integración laboral o formación laboral. Sin embargo, antes de establecer esta

premisa, nos parece importante profundizar en el concepto de cronicidad. Una primera definición operativa de crónico podría referirse a aquellas personas que padecen la infección por VIH y que ésta dificulta o impide el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria y que además obstaculizan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica. Sin embargo, en el colectivo VIH/SIDA/exclusión, no es exclusivamente la infección VIH/SIDA la que impide el desarrollo de la autonomía; de hecho la existencia y disponibilidad de antirretrovirales potentes no garantiza ni la integración social, ni la estabilidad emocional, ni la suficiencia económica de los afectados. En consecuencia, parece necesario establecer unos criterios de cronicidad que tengan en cuenta no sólo los parámetros médicos (síntomatología aguda, número de ingresos hospitalarios o número de CD4), sino también las áreas deterioradas en las que se expresan las discapacidades de la persona (Barbero, 2002).

El concepto de cronicidad, en el ámbito del SIDA no puede estar separado del concepto de pluripatología. Ciertamente, un sujeto con SIDA es una persona enferma, inmunodeprimida, dependiente de un cóctel de fármacos asombrosos, con permanente riesgo de resistencias farmacológicas, con posibles efectos secundarios importantes, con significativas limitaciones para las actividades de la vida diaria y muchos de ellos con el problema añadido de la drogodependencia, pero también muchas de estas personas están por debajo del umbral de la pobreza, pertenecen a familias desestructuradas, experimentan la pérdida de sentido, tiene una red deficitaria, alteraciones emocionales persistentes y una clara falta de perspectiva de futuro. Todas estas situaciones son las que le convierten en una persona con una situación crónica pero no siempre estable (Barbero, 2002).

Sólo con estas premisas se pueden comprender dónde radican las más severas carencias de estas personas y, consecuentemente, la principal demanda que se dirige al sistema andaluz de servicios sociales. Y es aquí en este ámbito limítrofe entre la atención sanitaria y social donde aparecen las mayores sombras. La Consejería de Asuntos Sociales informa que no existen previsiones para la atención social a estos enfermos de SIDA; no existe ningún programa específico

de intervención asistencial ante estas graves carencias de atención. Sin embargo, encontramos respuestas de entidades y colectivos, más o menos organizados, que pretenden satisfacer, precisamente en este campo, las carencias sociales de los enfermos. De nuevo, es el voluntariado social el que ha debido asumir la responsabilidad de atender a la importante demanda de atención hacia los más necesitados (Chamizo, 1997).

Los propios médicos se lamentan de: *“que el hospital se está convirtiendo en un centro de acogida de enfermos de SIDA carentes de recursos. Faltan centros de cuidados paliativos y de acogida para enfermos terminales”* (Chamizo, 1997, p. 78). Estos especialistas plantean casos de enfermos que permanecen meses en el hospital porque no tienen donde ir. Entienden que los enfermos sólo deberían permanecer en el hospital 6 o 7 días hasta hacer remitir el episodio agudo que padezcan pero las graves carencias sociales que presentan y las consecuencias en el área de salud de éstas, dificulta la prescripción del alta por el facultativo.

La Consejería de Asuntos Sociales no ha establecido de forma estructurada nada para la atención social de los enfermos de SIDA. No existe ningún programa específico de intervención asistencial para atender esta realidad social emergente. Tan sólo con carácter general, dentro del programa especial de atención a la marginación, se acoge también a los enfermos de SIDA. Con este programa la Consejería se encarga de conceder subvenciones a través de ayudas no periódicas. Las ayudas son escasas, aisladas y mínimas. Concretamente en el 2000 la Consejería destinó para atender al colectivo SIDA 27.645.000 millones de pesetas en concepto de apoyo a proyecto de acogida, atención domiciliaria, atención directa y reducción de daños (Plan Andaluz Integral de SIDA, 2000).

El defensor del pueblo en 1997 (Chamizo, 1997) ya denunció la nula o débil intervención pública que propicia la vulnerabilidad social de las personas afectadas de esta severa patología. Este colectivo precisa de una asistencia social que les garantice una calidad de vida, sin embargo, la administración no ha dispuesto de mecanismos para intervenir y propiciar una acción social que permita

conceder un grado de asistencia a los afectados que les permita encarar la fase aguda de la enfermedad con apoyo y cuidados.

3.3.2. Exclusión social y el SIDA.

Aunque en muchos apartados hemos hecho referencia al grupo de VIH/SIDA/exclusión, nos parece importante detenernos en algunos aspectos por su especificidad e importancia en el afrontamiento de la enfermedad.

En primer lugar, es primordial profundizar en el concepto de exclusión. Para poder operativizar el estudio de la exclusión se han propuesto distintas dimensiones. Por una parte las llamadas dimensiones generales (vivienda, trabajo y educación) que presentan una alta correlación positiva entre sí e inversa con la renta; y por otra parte las dimensiones llamadas situaciones específicas de exclusión, que no correlacionaban claramente entre sí ni con la renta (Pérez, Sáez y Trujillo, 2002).

La tabla 14 muestra la repercusión que en distintas situaciones específicas (ludopatía, toxicomanías, etc.) tienen cada una de las dimensiones y la renta. Cuando en la tabla aparece un asterisco indica que la puntuación está por debajo de la media; dos asteriscos suponen 10 puntos porcentuales por debajo de la media; 3 asteriscos indican que la puntuación está 20 puntos por debajo de la media y 4 asteriscos muestran que la puntuación está por debajo de la media en más de 30 puntos. Así encontramos, por ejemplo, que en una dimensión específica como es la toxicomanía, las dimensiones que mayor correlación presentan son la vivienda, seguidos del trabajo y de la educación.

Tabla 14: Asociación entre situaciones específicas, dimensiones generales y renta (Pérez *et al.*, 2002)

	Trabajo	Educación	Vivienda	Renta
Ludopatía	***	*	****	*
Toxicomanías	***	***	****	*
Alcoholismo	***	***	***	**
Sin seguridad social	**	****	****	**
Problemas con la justicia	****	****	****	**
Disminuidos físicos	**	*	*	*
Disminuidos psíquicos	***	****	**	*
Salud	**	***	*	

Como se puede observar, las dimensiones relacionadas con las adicciones son las que suelen presentar un mayor grado de acumulación entre sí y con problemas de salud y justicia.

En un reciente estudio realizado por Pérez *et al.* (2002) sobre la pobreza en Andalucía, se estima que unos 53.000 hogares se encuentran en una situación de exclusión alta. De éstos el 6,7% corresponde a personas con problema de adicción y suponen unos 19.000 hogares. Por otra parte, existe “otros excluidos” que suponen 34.000 hogares, en los que no se dan dimensiones específicas, pero sus condiciones de vida reflejan una situación de exclusión grave respecto a las dimensiones generales (trabajo, educación, renta y vivienda).

Una tendencia observada es que a medida que incrementa el grado de pobreza, también lo hace el de adicción. Así los hogares con pobreza severa son los que mayor proporción alcanza en todos los tipos de adicciones (6,6% en toxicomanías, 6,4% en el alcoholismo y 0,8% en el juego) (Pérez *et al.*, 2002).

Las causas de la pobreza según la propia población pobre de Andalucía son la incultura, la falta de trabajo y la pereza, siendo la segunda con un 69,8% lo que la entienden como fuente principal que les impide progresar (Pérez *et al.*, 2002).

En cuanto a la intervención adecuada a este colectivo, los trabajadores del ámbito psicosocial suelen afirmar que son preferibles los recursos generales más que los específicos, argumentando que cuanto más generales más normalizadores. Entendiendo por normalizar “utilizar medios culturalmente normativos (familiares, instrumentos, métodos) para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud) sean, al menos, tan buenas como las de un ciudadano medio y mejorar, en la mayor medida posible, su conducta (habilidades, competencias, etc.), estatus y reputación (etiquetas, actitudes de otros)”. Así, los recursos específicos habrán de ser excepcionales y deberían nacer con vocación de provisionalidad y finitud.

Entre los servicios que reciben figuran la atención hospitalaria y los tratamientos contra el SIDA, el paso por centros de desintoxicación, albergues municipales, servicios sociales para la tramitación de pensiones no contributivas, ayudas por desempleo y la relación con el sistema judicial. También mantienen relaciones con la Iglesia y organizaciones afines como Cáritas. Los centros de desintoxicación y las Asociaciones de Ayuda contra el SIDA se cuentan entre las instituciones a las que más se acude, siendo considerados como altamente efectivos en los tratamientos de desintoxicación, pero no tanto en los de reinserción social y laboral (Pérez *et al.*, 2002).

Concluimos este apartado con una hipótesis que plantea Barbero (2002) en la que se afirma que la exclusión se acaba convirtiendo en una puerta de entrada diáfana al SIDA y, a la inversa, el hecho de padecer la infección por VIH/SIDA puede abrir el itinerario hacia la exclusión. SIDA y exclusión mantienen, por tanto, una estructura de tipo bidireccional.

3.3.3. La enfermedad del SIDA y las pensiones de invalidez.

Los enfermos de SIDA sea por su propia juventud o por su situación específica (marginación, exclusión) suelen carecer de cotizaciones suficientes para acceder a pensiones contributivas y por tanto se ven obligados a solicitar pensiones no contributivas.

Ahora bien lo que en principio fue concebido como una ayuda, se ha convertido en la inmensa mayoría de las veces en motivo de denuncia. Para acceder a la necesaria calificación de minusvalía (65%) que posibilita la pensión no contributiva (o estar integrado en lo denominada clase 4, de 50% a 70%) se exigen las siguientes circunstancias: “el paciente debe estar diagnosticado de infección por VIH y debe precisar tratamiento continuado; el grado de discapacidad debe ser moderado y la persona ha de presentar más de 6 episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia que hallan precisado de atención médica durante al menos 24 horas cada uno o durante más de 60 días al año” (Real Decreto 26/01/2000). Como vemos por el contenido de estos requisitos no se consideran las alternativas médicas asistenciales ambulatorias o domiciliarias de conocida solvencia, primando la hospitalización como elemento de medida así como la adhesión al tratamiento médico oficial. Por otra parte, el Real Decreto establece que los criterios de valoración social sólo se observarán en porcentajes de minusvalía “sanitaria” superior al 25%, con lo que realmente se está obviando aspectos psicosociales de muchas personas con SIDA que repercuten con severidad en su vida diaria, así como en su adherencia al tratamiento clínico (Barbero, 2002).

Los trámites desde que la persona VIH/SIDA presenta la solicitud hasta que recibe la pensión suelen oscilar entre uno o dos años, que en el caso de un enfermo de SIDA, es toda una vida. La cuantía actualmente es de exclusivamente 249 € mensuales. He aquí la gran paradoja, dos años de espera sin ningún ingreso económico, con un estado de salud de gran deterioro, para finalmente recibir un apoyo insignificante.

En el caso de recibir la ayuda, la situación adopta un mayor dramatismo. El hecho es que la inmensa mayoría de las personas que solicitan estas pensiones no contributivas proceden del mundo de la marginación y presentan serios problemas de droga. Cuando les llega “la ansiada paga”, con carácter retroactivo, supone, en un gran número de ocasiones, motivo de un consumo desmedido que les lleva a un deterioro importantísimo de su estado de salud y, en ocasiones, a la muerte.

La política actual de ayudas al VIH/SIDA está cambiando. En un principio, las ayudas se crearon para enfermos terminales, y puesto que en muchas ocasiones la enfermedad se ha convertido en una afectación crónica, se presupone que ya no necesitan la prestación económica. En algunos casos está premisa es real, sin embargo en el caso de la persona con problemas de marginación no es más que otro motivo para perpetuar su “imposible” situación.

3.3.4. Grupos de ayuda mutua y organizaciones de voluntariado.

En septiembre de 1982, antes incluso de que se supiera la existencia del VIH, 40 hombres se reunieron en Nueva York para afrontar “la nueva epidemia que los amenazaba”: habían nacido los Grupos de Autoayuda en SIDA (Sánchez, 1996).

Un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) es un grupo de iguales, que comparten un problema y que se reúnen de una forma periódica para buscar soluciones y apoyarse mutuamente.

Pueden ser de muchas formas: abiertos (cuando se admiten nuevos miembros) o cerrados. Pueden ser conducidos por un profesional o por un afectado.

Según el “Manual de grupos de apoyo emocional para personas que viven con VIH” publicada en la pagina web del Ministerio de Sanidad

(www.msc.es/vihsida/prevencion), los objetivos mínimos que un grupo de apoyo debería proponerse son los siguientes:

- Favorecer el proceso de adaptación a las diferentes situaciones generadas por los diagnósticos relacionados con el VIH.
- Adquirir y reforzar actitudes positivas hacia la integración en el contexto social.
- Mejorar la calidad de vida de sus componentes.
- Otros que pueda identificar el propio grupo.

La valoración de los GAM en el TARGE es muy positiva. Estos grupos pueden ayudar a difundir información sobre los tratamientos, sobre sus efectos secundarios y cómo paliarlos. Pueden ser útiles a la hora de tomar la decisión de iniciar el tratamiento, y además el observar el beneficio que ha producido en otros puede ser motivante (Espacio, 2001).

Para concluir resaltamos la importancia de estos grupos citando distintos trabajos (Esterlin, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1996; Ingram, Jones y Fass, 1999; Iraurgi, 2003) donde se muestra que los individuos con una fuerte red de apoyo social presentaban un sistema inmune más eficaz en comparación con otros individuos que soportaban las mismas situaciones pero carecían de este apoyo.

3.3.5. Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Antes de que los gobiernos empezaran a organizar algún tipo de acción planificada, ya existía una acción internacional importante llevada a cabo por asociaciones de voluntariado. De hecho en España la primera asociación se formó en Madrid en 1985 y ya en 1987 se legalizó el primer Comité Ciudadano Anti-Sida (Espacio, 2001).

Hoy en día existen más de 20.000 asociaciones en EEUU y más de 2000 en Europa y en otros puntos del mundo. Evidentemente, la importancia, el perfil y los objetivos de estas asociaciones son muy diferentes atendiendo a las diferentes realidades sociosanitarias de cada país y a la propia incidencia de la infección.

3.3.6. La intervención privada: Casa de acogida.

Las casas de acogida (CAES) surgieron en España en 1989 (Barbero, 1991), siendo las pioneras la de Cáritas-Madrid y la llevada por las Hijas de la Caridad en Bilbao (de la Diputación Foral de Vizcaya).

Las CAES son recursos privados, subvencionados, creados para la atención de los enfermos en fase avanzada de la infección en función de la ausencia de dispositivos públicos para asistir a estos enfermos. Estos recursos vienen desarrollando una función social de primer orden en la atención al enfermo de SIDA (Cáritas Española, 1998).

A nivel global, la organización de los centros es muy similar. Al frente de la Casa hay un responsable, que asume las funciones de dirección y gestión y que coordina un grupo de personas remuneradas y de voluntarios. Este equipo depende de cada Casa y de los recursos con los que dispongan y oscilan entre un equipo pluridisciplinar (médico, trabajador social, psicólogo, enfermero, etc.) hasta personal exclusivamente asistencial (cuidadores).

La principal fuente de financiación con la que cuenta procede de las subvenciones públicas, y en el caso de que la persona acogida tenga algún tipo de ingreso debe aportar de un 70% a un 80% .

La capacidad de estas casas es reducida oscilando entre seis y dieciocho plazas. Los recursos suelen acoger indistintamente a ambos sexos, aunque la inmensa mayoría de las plazas son ocupadas por hombres.

Las actividades realizadas suelen ser ocupacionales, recreativas y formativas. En algunos casos se realizan además actividades encuadradas en un marco terapéutico.

“La utilidad” de las CAES no debe ser considerada exclusivamente en términos de beneficio social sino también sanitario. De hecho, a través del tratamiento directamente observado, favorecen la respuesta al TARGET, con una mejoría de la situación inmune significativamente superior a la detectada en los enfermos atendidos en consultas externas y con menor necesidad de modificaciones terapéuticas (Tinoco, Girón, González, Rodríguez, Vergara y Bascuañana, 2003).

Los acogidos en CAES, de forma genérica, sufren exclusión social relacionada con el consumo de drogas. La recuperación física es la regla, salvo en los que sufren proceso oportunistas avanzados (especialmente neurológicos) con escasa mortalidad. Por ello el objetivo de las CAES ha ido variando de la asistencia cuasi paliativa anterior a una función de reintegración social. Las CAES actualmente han de ser un recurso no finalista, sino un espacio desde donde recuperar al afectado y poner en marcha actuaciones para la reinserción social (Vergara, Bascuañana, Girón y González , 2003).

En conclusión, la intervención social debe contextualizarse y en función del ámbito, de los destinatarios y de los objetivos, tendrá una u otra modalidad. Existen programas para trabajar directamente con drogodependientes en reducción del riesgo/daño (O’Hare, Newcombe, Matthews, Buning y Drucker,

1995), programas de intercambio de jeringuillas (Plan Nacional contra el SIDA), programas de mantenimiento con metadona, estrategias par intervenir desde los centros de Salud de la red de Atención Primaria (INSALUD, 1999, 2000) o desde el trabajo de calle en los barrios (Díaz y Villaverde, 1997). La intervención puede ser de corte más social y reivindicativo desde los Comités Ciudadanos Anti-SIDA (Barbero, 1989) o más de tipo emocional a partir de la creación de Grupos de Autoapoyo (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de Grupos de Autoapoyo Emocional para personas que viven con el VIH. Madrid, 1997). La intervención focalizará la tarea en el apoyo paritario (De Andrés y Hernández, 1998) o utilizará mediadores en los profesionales (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 1997); se realizará desde vínculos tan cercanos como la convivencia (Barbero, 1991) o desde el anonimato que aportan la intervención telefónica (Plan Nacional sobre el SIDA); tendrán que lidiar en espacios tan específicos y complejos como los tribunales (Delgado, 1998) o el medio penitenciario (Barbero, 1991) o en situaciones tan críticas como el acompañamiento a enfermos terminales (Barbero, 1997) en una dinámica de cuidados paliativos (Sims y Moss, 1995). Como puede apreciarse, los ámbitos, la situación de los destinatarios y los objetivos pueden ser innumerables.

Capítulo segundo

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. OBJETIVOS.

Los objetivos de nuestro estudio tratan de profundizar en la relación existente entre algunas variables psicológicas y el colectivo de personas con infección VIH/SIDA, antecedentes de drogadicción y que viven en una situación de exclusión social.

Para este fin, analizaremos las posibles influencias de algunas alteraciones emocionales (trastornos de ansiedad y depresión), determinadas variables de personalidad y diversas estrategias de afrontamiento en las distintas muestras.

A continuación detallamos los diferentes objetivos agrupados según la variable psicológica (personalidad, alteraciones emocionales o estrategias de afrontamiento) que aborde.

1.1- Detectar rasgos comunes de personalidad en personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y con una situación de exclusión social.

1.2.- Analizar, en la población de estudio, la relación existente entre variables de personalidad y determinadas variables sociosanitarias relacionadas con la infección SIDA, la politoxicomanía y la situación de exclusión social.

2.1.- Determinar los trastornos afectivos y las distorsiones cognitivas más frecuentes en personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y con una situación de exclusión social.

2.2.- Analizar, en la población de estudio, la relación existente entre trastornos afectivos y determinadas variables sociosanitarias relacionadas con la infección SIDA, la politoxicomanía y la situación de exclusión social.

3.1.- Determinar las estrategias de afrontamiento más usadas en personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y con una situación de exclusión social.

3.2.- Analizar, en la población de estudio, la relación existente entre las estrategias de afrontamiento más usadas y determinadas variables sociosanitarias relacionadas con la infección SIDA, la politoxicomanía y la situación de exclusión social.

4.- Proponer futuras líneas de investigación psicológicas para personas afectadas por el SIDA, con antecedentes de politoxicomanías y situación de exclusión social con el fin de reducir las alteraciones emocionales, los trastornos de personalidad y dotarles de estrategias de afrontamientos adecuadas.

2. HIPÓTESIS.

En nuestro estudio podemos englobar las hipótesis en dos grupos: las hipótesis principales y las hipótesis secundarias. Las primeras son aquellas que vienen sustentadas por los objetivos principales y son las que han determinado el diseño de la investigación; las secundarias, son las que intentan aportar posible tendencias de ciertas relaciones entre determinadas variables, que, por el interés y la posible información que aportan, nos ha parecido interesante estudiar.

Así, en función de los objetivos planteados y de la bibliografía analizada, formulamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis principales

1.1.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social no presentan un patrón común de personalidad (entendiéndose por éste puntuaciones similares en las siguientes variables de personalidad: esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica,

narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva, pasivo/agresivo, autodestructiva, esquizotípica, límite, paranoide) distinto de las personas que sin estar afectadas por la infección presentan antecedentes de politoxicomanías y viven en una situación de exclusión social, ni de aquéllos que sin estar afectadas por la infección, ni presentar antecedentes de politoxicomanías, viven en una situación de exclusión social.

1.2.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentarán un patrón común de personalidad (entendiéndose por éste puntuaciones similares en las siguientes variables de personalidad: esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva, pasivo/agresivo, autodestructiva, esquizotípica, límite, paranoide) distinto de las personas que no están afectadas por la infección, no presentan antecedentes de polotoxicomanías y no viven en una situación de exclusión social.

2.1.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y con una situación de exclusión social presentan una mayor prevalencia de trastornos afectivos (incluyendo distorsiones cognitivas) que el resto de los grupos.

3.1.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social no presentan estrategias de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidance, planificación y reevaluación positiva) distintas de las personas que sin estar afectadas por la infección presentan antecedentes de politoxicomanías y viven en una situación de exclusión social, ni de aquéllos que sin estar afectadas por la infección, ni presentar antecedentes de politoxicomanías, viven en una situación de exclusión social.

3.2.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentarán estrategias de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación y reevaluación positiva) distintas de las personas que no están afectadas por la infección, no presentan antecedentes de politoxicomanías y no viven en una situación de exclusión social.

3.3.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentarán bajas puntuaciones en determinadas estrategias de afrontamiento adaptativas (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación y reevaluación positiva) y altas puntuaciones en las estrategias de afrontamiento más desadaptativas (huida evitación).

Hipótesis secundarias

1.3.- En las muestras estudiadas existe correlación entre determinadas variables de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva, pasivo/agresivo, autodestructiva, esquizotípica, límite, paranoide) y variables de carácter sociosanitario (tiempo de infección, tiempo total de consumo, tiempo de abstinencia, número de años en prisión, domicilio habitual).

2.2.- En las muestras estudiadas existe correlación entre la prevalencia de trastornos afectivos (incluyendo distorsiones cognitivas) y determinadas variables del ámbito de la salud (con respecto a la infección SIDA: tiempo de infección, categoría actual, número de enfermedades que padece, tiempo de tratamiento, número de fármacos tomados. Con respecto a la enfermedad

mental: historia anterior de enfermedad mental, trastornos mentales actuales, número de fármacos que toma), del ámbito de la politoxicomanía (tóxicos consumidos, duración del último consumo, tiempo de abstinencia, estar incluido en programa de mantenimiento con metadona, cantidad de metadona tomada diariamente) y de carácter sociales (domicilio actual y en caso de estar residiendo en centros; tiempo de estancia en el centro, ingresos económicos y fuente de los mismos, contactos familiares y situación judicial actual).

3.4.- En las muestras estudiadas existe correlación entre las estrategias de afrontamiento usadas (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidance, planificación y reevaluación positiva) y determinadas variables del ámbito de la salud (con respecto a la infección SIDA: tiempo de infección, categoría actual, tiempo desde la última revisión, número de enfermedades que padece, tiempo de tratamiento, número de fármacos tomados), del ámbito de la politoxicomanía (tiempo total de consumo, tiempo de abstinencia, estar incluido en programa de reducción de metadona) y de carácter sociales (domicilio actual y en caso de estar residiendo en centros; tiempo de estancia en el centro, tipo de centro, ingresos económicos y fuente de los mismos, contactos familiares, situación judicial actual y juicios pendientes).

Capítulo tercero

MATERIAL Y METODO

1. SELECCIÓN DE LOS GRUPOS MUESTRALES

Para poder desarrollar los objetivos de este estudio, hemos visto necesario la inclusión de cuatro grupos muestrales que son los siguientes:

Grupo A). Personas con la enfermedad SIDA, con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social.

Grupo B). Personas con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social.

Grupo C). Personas que viven en una situación de exclusión social.

Grupo D). Población normal sin patología detectada y en situación de adaptación social.

Para poder contactar con las distintas muestras de excluidos socialmente, contactamos con Cáritas Diocesana de Sevilla, quien nos ofreció la posibilidad de administrar los protocolos de valoración en dos centros de su programa de salud: Centro de Día para personas sin hogar “El Valle” y Casa de Acogida para enfermos de SIDA “Puerta Hermosa”.

En estos centros existe un completo equipo multidisciplinar (médico, trabajador social, psicólogo, educadores, auxiliares de enfermería, etc.) que llevan a cabo los diferentes servicios, actividades y diseñan los proyectos personales de tratamiento. El funcionamiento de ambos determina que se ha de reunir una serie de criterios excluyentes e incluyentes para poder ser admitido. Para ello la persona además de aportar indispensablemente informes médico, social y toxicológico, debe ser entrevistado por los distintos técnicos (trabajador social, médico y psicólogo) para poder emitir un diagnóstico interdisciplinar y una valoración integral de la idoneidad de los centros para la persona. Tras una valoración positiva, se procede a una analítica de tóxicos para asegurar la

abstinencia y al correspondiente ingreso en el centro oportuno (Centro de Día o Casa de Acogida).

Una vez que la persona ya residía en alguno de los centros, el psicólogo del proyecto, planteaba al equipo la idoneidad de la administración de nuestro protocolo de valoración, y de acuerdo con criterios interdisciplinarios (situación médica, salud mental, capacidades y situación personal, etc.) se determinaba ponerse en contacto con nuestro equipo de evaluación.

La persona era citada por el psicólogo del centro donde se le explicaba en que consistiría las pruebas y el carácter voluntario de las mismas. Si la persona accedía, se le presentaba al evaluador y éste, tras unas breves instrucciones procedía a la administración de las pruebas.

De este modo y en el periodo que abarca desde el 29 de septiembre de 2001 hasta el 15 octubre del 2002, los sujetos seleccionados por el equipo de los proyectos de Cáritas y puesto en contacto con nosotros fueron un total de 51. Una vez que se hubieron dado las distintas explicaciones al sujeto y se aplicaron los criterios excluyentes, el grupo se redujo a un total de 46 sujetos, a los que se les administró nuestro protocolo de evaluación psicológica. Tras la corrección de las diferentes pruebas que constituyen el citado protocolo fueron estimados como válidos 33 sujetos (13 sujetos no pasaron las pruebas de validez de los distintos instrumentos psicológicos), que se distribuían en los diferentes grupos de la siguiente forma:

Grupo A). Personas con la enfermedad SIDA, con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social: 25 sujetos.

Grupo B). Personas con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social: 6 sujetos.

Grupo C). Personas que viven en una situación de exclusión social: 2 sujetos.

Puesto que tanto los criterios de acceso al proyecto de Cáritas, como la mortalidad muestral hacía que nuestras distintas muestras no fueran seleccionadas con la suficiente agilidad, determinamos conveniente contactar con otros centros de similares características. De esta forma, fueron incluidos en nuestro estudio sujetos pertenecientes a los siguientes centros: Unidad de Inserción y Rehabilitación para politoxicómanos (CIRU Juan XXIII y CIRU Macarena) del Ayuntamiento de Sevilla, Centro de Acogida para transeúnte Municipal de Sevilla, Centro para personas sin hogar Miguel de Mañara (Sevilla), Centro de Acogida para personas sin hogar de la Diócesis de Córdoba, Centro de Día para personas en situación de exclusión con problemas de tóxicos “Desal” y “Rompe tus cadenas” (ambos pertenecientes a organizaciones no gubernamentales de Sevilla) y Centro de Acogida para transeúntes de la Ciudad de Huelva.

En estos casos la metodología fue distinta según el centro. De forma genérica, en primer lugar se contactó con el psicólogo del centro o con la persona responsable del acompañamiento personal y se le explicó los objetivos del estudio, los criterios excluyentes y el tipo de prueba a administrar. En un segundo momento, se nos comunicaba el número de sujetos posibles y se acordaba una cita. Así, citamos a un total de 73 sujetos, de los cuales a 49 se les administró el protocolo de evaluación psicológica y tras la corrección de las pruebas sólo 42 protocolos fueron estimados como válidos. La distribución de los mismos en los diferentes grupos fue la que sigue:

Grupo A). Personas con la enfermedad SIDA, con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social: 5 sujetos.

Grupo B). Personas con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social: 24 sujetos.

Grupo C). Personas que viven en una situación de exclusión social: 13 sujetos.

Por último, en el grupo de población normal, se concertaron 35 citas y tras la aplicación de criterios excluyentes y la corrección de las diferentes pruebas fueron seleccionados un total de 30 sujetos.

El final de recogida del total de los 105 sujetos que componen los cuatro grupos muestrales fue el 16 de marzo del 2003.

Por último añadir, que una vez que fueron corregidos los protocolos se contactó con los diferentes centros para, en caso de interés, hacerle llegar un informe con los resultados obtenidos en las diferentes pruebas.

Para concluir este apartado, hacemos referencia a los criterios generales de exclusión que hemos utilizado. Estos criterios han sido complementados por otros de carácter específico en cada grupo, siendo detallado los mismos más adelante:

- Ser menor de 18 años.
- Ser mujer.
- Ser consumidor activo de cualquier tipo de tóxico. Aunque sí se admitieron a estudio personas en Plan Mantenimiento Metadona (PMM).
- Pertener de forma exclusiva a cualquier otro grupo de riesgo de la enfermedad VIH/SIDA.
- Sufrir alteración psíquica (funcional u orgánica) que impidiese al paciente mantener capacidades intelectuales suficientes para realizar las distintas pruebas del protocolo de evaluación psicológica.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS MUESTRALES

A continuación, describiremos todos los grupos muestrales según distintas variables. Para una exposición más clara redactaremos en cada grupo aquellos

datos que consideramos más relevantes y al final de capítulo se incluirán las tablas con todos los datos.

2.1. PERSONAS CON LA ENFERMEDAD SIDA, CON ANTECEDENTES DE POLITOXICOMANÍAS Y QUE VIVEN EN UNA SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL (GRUPO A).

Los participantes incluidos en este grupo han sido un total de 30 varones, con una edad media de 40,63 (desviación tipo 5,39) (tabla 17), naturales en un 83,3% de la Comunidad Autónoma andaluza (tabla 18) y, en la actualidad, un 96,7% residían en Sevilla (tabla 19).

Todos ellos presentan la infección VIH/SIDA (justificada con el correspondiente informe médico) con una evolución de más de once años en el 70% de los casos (tabla 31), y un estadio actual de SIDA avanzado (Center Disease Control, 1993) en un 89,9% (tabla 33). Según la información aportada por los propios sujetos la vía de contagio más frecuente fue la parenteral (endovenosa) con un porcentaje de 73,3% de los casos (tabla 32).

En el momento de la valoración, el 70% realizaba el tratamiento antirretroviral (tabla 37) y un 100% hacía menos de 6 meses que había acudido a su revisión médica del especialista en infecciosos (tabla 34). En cuanto a las enfermedades que padecían (infecciones oportunistas o cualquier enfermedad) existe una media de 1,07 por sujeto (desviación tipo 0,89) (tabla 36), existiendo sólo 8 sujetos que no padecían ninguna, y siendo la más frecuente la hepatitis (14 casos) (tabla 35). Con respecto a la salud mental de los sujetos, son 15 los que no presentaban trastorno diagnosticado, y se destacan los trastornos del sueño (5 casos) y de ansiedad (6 casos) como los más frecuentes (tabla 46).

En relación a los tratamientos recibidos señalar que uniendo las medias de los distintos tratamientos (tratamiento antirretroviral, tratamiento psiquiátrico, metadona y otros tratamientos) podemos decir que el número de fármacos que los

distintos participantes recibieron fue de 5,38 (tabla 53). Teniendo en cuenta que los fármacos suelen estar administrados en tres dosis diarias, el total aproximado de comprimidos diarios es de 16 por participante.

Todos los sujetos tenían un historial de problemas de toxicomanías, independientemente de si las conductas derivadas del mismo hubiesen sido la vía de contagio de la enfermedad VIH/SIDA (ADVP). Un 93,3% reconocían haber tenido un problema de politoxicomanías (heroína, cocaína, benzodiazepinas, alcohol y cannabis) (tabla 41), y un 90% (tabla 42) manifestaban haber utilizado todas las vías de administración posibles (fumada, inhalada, inyectada y oral).

En este grupo encontramos que existe una media de 16,93 años de tiempo de consumo total (desviación tipo 6,29) y de 14,30 meses de tiempo de abstinencia actual (desviación tipo 30,77) (tabla 43), informando el 50% de los participantes que el último consumo se había dado en situación de adicción (no como un consumo esporádico) (tabla 44).

Un último dato de la situación de este grupo con respecto a la politoxicomanía es que un 86,7% de los sujetos se encontraban en Plan de Mantenimiento con metadona, de éstos sólo dos sujetos estaban en programa de reducción. La dosis media tomada en este grupo se eleva a la cantidad de 85,5 mg diarios (tabla 45).

Todos los sujetos acudían a distintos centros donde se atendía a personas en situación de exclusión, concretamente el 90% de nuestra muestra al Proyecto Salud de Cáritas Diocesana de Sevilla (Centro de Día “El Valle” y Casa de acogida “Puerta Hermosa”) (tabla 21). Indistintamente del centro, destacar que un 53,5% de los sujetos tuvieron un tiempo de estancia inferior o igual a un mes (tabla 22).

Profundizando en la situación social, añadir que un 66,7% de los evaluados se consideraban transeúntes y sólo un 30% de los mismos vivían en el domicilio familiar (tabla 25), siendo éste en un 83% no propiedad de la familia (tabla 26). Por último y con respecto a la vivienda, incluir el dato de que no existe ningún caso en

el que el domicilio habitual sea el de la familia creada y sólo un 10% de los sujetos no comparten el domicilio habitual (tabla 25 y 27).

En relación al contacto familiar, destacamos que en un 33,3% de los casos no existe desde hace más de un año y sólo en un 36,7% se puede considerar la relación familiar como relación de apoyo (tabla 28).

Los ingresos económicos de este grupo vienen marcados por un 56,7% de participantes que no perciben nada, y por un 33,3% de los mismos que sólo reciben entre 0 y 300 € mensuales (tabla 23), siendo la pensión no contributiva la principal fuente de estos ingresos (23,3%) (tabla 24).

El último aspecto a describir en este grupo es la historia judicial. Existe una media elevada del número de años en prisión: 7,47 años (desviación tipo 7,14) y un número alto de ingresos en la misma: 8,6 ingresos (desviación tipo 14,86) (tabla 29). Sin embargo un 73,3% de los participantes dicen encontrarse en una situación judicial normalizada (tabla 30), aunque existe una media de 0,9 juicios pendientes en este grupo (desviación tipo 2,80) (tabla 29).

2.2. PERSONAS CON ANTECEDENTES DE POLITOXICOMANÍAS Y QUE VIVEN EN UNA SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL (GRUPO B).

Este grupo está constituido por 30 varones, de edad media de 40,53 años (desviación tipo 10,21) (tabla 17), naturales en su mayoría de Sevilla (53,3%) (tabla 18) y un 96,7% de los mismos con la residencia fijada en la misma ciudad (tabla 19).

Con respecto a su situación de salud, la mayoría de los casos aportaban informes médicos donde se verificaba el no ser portador del virus VIH. Aquellos que por distintos motivos no presentaban dicho informe, aseguraban no haber manifestado clínica alguna a nivel físico, ni haber mantenido conducta de riesgo desde la última revisión médica, siendo última fecha de ésta en un 43,3% superior a doce meses (tabla 34) . En estos sujetos aparecen bajos niveles de enfermedad

diagnosticada con una media de enfermedad/participante de 0,30 (desviación tipo 0,53) (tabla 36), existiendo un total de 22 sujetos sin enfermedad conocida (tabla 35).

Con respecto a la enfermedad mental, añadir que existen 23 individuos sin trastorno conocido, destacando el trastorno depresivo mayor como el de mayor incidencia (3 casos) (tabla 46).

Los tratamientos recibidos en este grupo (tratamientos para distintas enfermedades, tratamientos psiquiátricos y metadona) presentan una media de 0,99 fármacos diarios, que en número de comprimidos asciende a 2,5 dosis/día (tabla 53).

A este grupo han sido asignados los individuos que en algún momento de su historia personal han cumplido criterios diagnósticos de adicción (DSM-IV TR, APA, 2002). El tipo de consumo más frecuente fue el de heroína y cocaína (40%) (tablas 41) y la vía más utilizada fue la fumada/inhalada (40%) (tabla 42). Los sujetos de este grupo informaban de un tiempo de consumo total de 13,9 años (desviación tipo 7,89) (tabla 43) y un tiempo actual de abstinencia de 16,20 meses (desviación tipo 65,84) (tabla 43), describiendo el último consumo en un 63,3% de los casos como realizado en una situación de adicción (tabla 44). Destacamos que un 43,4% del grupo estaba en plan mantenimiento metadona con una cantidad media de 27,6 mg/día (tabla 45).

Todos los sujetos de este grupo asistían en el momento de la evaluación a centros de carácter social, los más frecuentes fueron los centros de acogida con una asistencia de un 63,3% (tabla 21) y una estancia media no superior a dos meses en un 96,7% de los casos (tabla 22).

Los componentes de la muestra se definían a sí mismos como transeúntes en un 70% (tabla 25), destacando que sólo 1 participante refería como domicilio habitual el de su propia familia creada (tabla 27), y un 83,3% decía habitar en domicilios de los cuales no eran propietarios (tabla 26). En relación al apoyo

familiar, un 40% decía no haber tenido relación con su familia desde hacía más de un año (tabla 28).

Un gran número de participantes (66,7%) (tabla 23) informaban que no recibían ingresos ninguno, y de los que sí lo hacían, reconocían en un 16,7% de los casos que el origen más frecuente de los mismos eran los catalogados como “otras actividades” (mendicidad, “aparcacoches”, actividades delictivas, etc.) (tabla 24).

La historia judicial de este grupo viene caracterizada por una media de 2,03 años en prisión (desviación tipo 2,91) y un número medio de ingresos en la misma de 1,76 (desviación tipo 3,44) (tabla 29). El 76,7% de los participantes describen su situación actual como normalizada (tabla 30), aunque existe una media de 1,06 de juicios pendientes (desviación tipo 4,19) (tabla 29).

2.3. PERSONAS QUE VIVEN EN UNA SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL (GRUPO C).

Este grupo está formado por 15 sujetos, varones, de edad media 42,2 años (desviación tipo 9,27) (tabla 17) procedente en su mayoría (60%) de comunidades españolas distintas de la andaluza (tabla 18), pero residentes en un 80% de los casos en Sevilla (tabla 19).

Destacar en la situación de salud de esta muestra el bajo número de enfermedades media que padecen (0,53) (desviación tipo 0,51) (tabla 36), siendo la más frecuente (7 casos) la alteración cardíaca (tabla 35). Los participantes informaban en un 46,7% de haber asistido a revisión médica hacía menos de 6 meses (tabla 34). Con respecto a la salud mental, añadir que en 13 participantes no existía trastorno mental diagnosticado (tabla 46). Los tratamientos recibidos por este grupo (tratamiento psiquiátrico y otros tratamientos) se reducen a una media de 0,40 fármacos/sujeto, quedando la dosificación aproximadamente en 1 comprimido diario/sujeto (tabla 53).

Todos los individuos se encontraban asistiendo a centros para personas en situación de exclusión, siendo los más frecuentados (86,7%) los centros de acogida (tabla 21), a los que el 88% de los sujetos reconocían una asistencia inferior a dos meses (tabla 22). El 100% de este grupo decían ser transeúntes (tabla 25), compartir su domicilio habitual con desconocidos (tabla 27) y no poseer el domicilio en propiedad (tabla 26). El contacto familiar fue, en el 93,3% de los casos, catalogado como muy esporádico o inexistente (tabla 28).

Los ingresos económicos estaban comprendidos entre 0 y 600 € en el 53,4% (tabla 23), reconociendo un 26,7% de los participantes en la fuente de los mismos la mendicidad, la venta ambulante, los aparcacoches ilegales, etc. (tabla 24).

La historia judicial de los participantes viene caracterizada por una media baja de número de años en prisión (0,2) y un número escaso de ingresos en la misma (0,2) (tabla 29). El 93,3 % de los casos refería su situación judicial actual como normalizada (tabla 30).

2.4. POBLACIÓN NORMAL SIN PATOLOGÍA DETECTADA Y EN SITUACIÓN DE ADAPTACIÓN SOCIAL (GRUPO D).

Las personas que fueron incluidas en este grupo además de no tener los criterios generales excluyentes, no compartían ninguna de las características definitorias de los otros grupos (SIDA, politoxicomanía, exclusión). Además se han rechazado personas que hubieran realizado en alguna ocasión, o tuvieran conocimiento de las pruebas psicológicas administradas (psicólogos, estudiantes de Psicología).

Este grupo está constituido por 30 participantes, varones, con una edad media de 34,47 años (desviación tipo 6,20) (tabla 17), procedentes en su mayoría (70%) de Sevilla (tabla 18) y que en un 83,3% tienen a esta ciudad como lugar de residencia (tabla 19).

La salud de estos sujetos viene caracterizada por la ausencia de enfermedad en 28 de ellos (tabla 35), estos individuos informan de un 36,7% de que la última revisión la realizaron entre 1 y 12 meses (tabla 34). Con respecto a la salud mental, destaca la inexistencia de trastorno diagnosticado (tabla 46). Los tratamientos recibidos son prácticamente insignificantes, existiendo una media fármacos/sujeto de 0,13 (desviación tipo 0,50) (tabla 53).

En el 100% de los sujetos la historia judicial es inexistente y la situación actual es catalogada como normalizada (tablas 29 y 30).

RELACION DE TABLAS (Apartado III.2)

Tabla 15: Número de sujetos en los distintos grupos muestrales.

	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
NUMERO DE SUJETOS	30	30	15	30

Tabla 16: Distribución de frecuencias y porcentajes según sexo.

SEXO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
HOMBRE	30 (100)	30 (100)	30 (100)	30 (100)
MUJER	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 17: Edad media en los distintos grupos muestrales.

	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
EDAD MEDIA	40,63	40,53	42,2	34,47
DESVIACIÓN TIPO	5,39	10,21	9,27	6,20

Tabla 18: Distribución de frecuencias y porcentajes según lugar de nacimiento.

LUGAR DE NACIMIENTO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Sevilla	18 (60)	16 (53,3)	3 (20)	21 (70)
Andalucía	7 (23,3)	5 (16,7)	1 (6,7)	5 (16,7)
España	5 (16,7)	9 (30)	9 (60)	4 (13,3)
Otros	0	0	2 (13,3)	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 19: Distribución de frecuencias y porcentajes según lugar de residencia.

LUGAR DE RESIDENCIA	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Sevilla	29 (96,7)	29 (96,7)	12 (80)	25 (83,3)
Andalucía	1 (3,3)	1 (3,3)	3 (20)	5 (16,7)
España	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 20: Distribución de frecuencias y porcentajes según ocupación.

OCUPACIÓN	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Centros	30 (100)	30 (100)	15 (100)	0
Trabajo	0	0	0	28 (83,3)
Otros	0	0	0	2 (6,7)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 21: Distribución de frecuencias y porcentajes según tipo de centro.

TIPO DE CENTRO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Centro de Día	15 (50)	11 (36,7)	2 (13,3)	0
Casa de Acogida	12 (40)	0	0	0
Centro de Acogida	3 (10)	19 (63,3)	13 (86,7)	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 22: Distribución de frecuencias y porcentajes según tiempo de estancia en el centro.

TIEMPO EN EL CENTRO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Hasta 1 mes	16 (53,5)	26 (86,7)	12 (80)	0
2-6 meses	9 (30)	2 (6,7)	1 (6,7)	0
7-12 meses	3 (10)	1 (3,3)	1 (6,7)	0
Más de 12 meses	2 (6,7)	1 (3,3)	1 (6,7)	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 23: Distribución de frecuencias y porcentajes según ingresos económicos.

INGRESOS ECONOMICOS	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
1-300 €	10 (33,3)	6 (20)	7 (46,7)	1 (3,3)
301-450 €	2 (6,7)	3 (10)	0	4 (13,3)
451-600 €	1 (3,3)	0	1 (6,7)	3 (10)
Más de 600 €	0	1 (3,3)	0	22 (73,3)
No existen	17 (56,7)	20 (66,7)	7 (46,7)	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 24: Distribución de frecuencias y porcentajes según fuente de los ingresos económicos.

FUENTE DE LOS INGRESOS ECONÓMICOS	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Pensión no contributiva	7 (23,3)	2 (6,7)	3 (20)	0
Baja laboral	0	1 (3,3)	1 (6,7)	0
Desempleo	0	0	0	2 (6,7)
Desempleo por excarcelación	1 (3,3)	0	0	0
Trabajo con cotización	0	1 (3,3)	0	20 (66,7)
Trabajo sin cotización	0	0	0	8 (26,7)
Becas, cursos, etc.	1 (3,3)	0	0	0
Otras actividades (mendicidad, "gorrillas",	2 (6,7)	5 (16,7)	4 (26,7)	0
Familia	1 (3,3)	1 (3,3)	0	0
No existen	18 (63,3)	20 (66,7)	7 (46,7)	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 25: Distribución de frecuencias y porcentajes según domicilio habitual.

DOMICILIO HABITUAL	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Transeúnte	20 (66,7)	21 (70)	15 (100)	0
Familia de origen	9 (30)	5 (16,7)	0	8 (26,7)
Familia creada	0	0	0	20 (66,7)
Otros	1 (3,3)	4 (13,3)	0	2 (6,7)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 26: Distribución de frecuencias y porcentajes según propiedad del domicilio.

PROPIEDAD DOMICILIO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
SI	5 (16,7)	5 (16,7)	0	23 (76,7)
NO	25 (83,3)	25 (83,3)	15 (100)	7 (23,3)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 27: Distribución de frecuencias y porcentajes según si comparte el domicilio

COMPARTE DOMICILIO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Sí, desconocidos	19 (63,3)	23 (76,7)	15 (100)	0
Sí, amigos	0	0	0	2 (6,7)
Sí, familiares	3 (26,7)	4 (13,3)	0	10 (33,3)
Sí, familia creada	0	1 (3,3)	0	16 (53,3)
NO	3 (10)	2 (6,7)	0	2 (6,7)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 28: Distribución de frecuencias y porcentajes según contactos familiares.

CONTACTOS FAMILIARES	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
No existen (más de un año)	10 (33,3)	12 (40)	9 (60)	0
Muy esporádicos, normalmente por teléfono	8 (26,7)	9 (30)	5 (33,3)	0
Habituales visitas mutuas	1 (3,3)	3 (10)	1 (6,7)	2 (6,7)
Viven en el mismo domicilio	8 (26,7)	4 (13,3)	0	19 (63,3)
No viven juntos pero existe buena relación	2 (6,7)	2 (6,7)	0	9 (30)
Otros	1 (3,3)	0	0	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 29: Distribución de frecuencias y porcentajes según historia judicial: número de años en prisión, número de ingresos y número de juicios pendientes.

HISTORIA JUDICIAL	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Años	7, 47 (7,14)	2, 03 (2,91)	0,2 (0,7)	0
Número de ingresos	8,6 (14,86)	1,76 (3,44)	0,2 (0,7)	0
Juicios pendientes	0,9 (2,80)	1,06 (4,19)	0,06 (0,2)	0

(Nota: la desviación tipo aparece entre paréntesis)

Tabla 30: Distribución de frecuencias y porcentajes según situación judicial actual.

SITUACIÓN JUDICIAL	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Normalizada	22 (73,3)	23 (76,7)	14 (93,3)	30 (100)
Libertad condicional	2 (6,7)	2 (6,7)	0	0
Condena sustituida por centro terapéutico	0	0	0	0
Condena en régimen abierto	0	0	1 (6,7)	0
Sanción económica	1 (3,3)	0	0	0
Vigilancia penitenciaria	0	1 (3,3)	0	0
Búsqueda y captura	3 (10)	3 (10)	0	0
Excarcelación por enfermedad	2 (6,7)	0	0	0
Desconocida por el mismo	0	1 (3,3)	0	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 31: Distribución de frecuencias y porcentajes según tiempo de infección VIH/SIDA.

TIEMPO DE INFECCIÓN SIDA	SIDA/TOXICO/EXCLUSION
Hasta 1 año	2 (6,7)
2-5 años	2 (6,7)
6-10	5 (16,7)
Más de 11	21 (70)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 32: Distribución de frecuencias y porcentajes según vía de contagio de infección VIH/SIDA.

VIA DE CONTAGIO DE INFECCIÓN SIDA	SIDA/TOXICO/EXCLUSION
Parenteral	22 (73,3)
Sexual	8 (26,7)
Hemoderivados	0
Vertical	0
Hemoderivados	0
Mixta	0
Desconocida	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 33: Distribución de frecuencias y porcentajes según categoría de infección VIH/SIDA.

CATEGORÍA DE INFECCIÓN VIH/SIDA		Categorías clínicas		
		A Asintomático	B Sintomático	C SIDA
Categorías Inmunológicas (según cifra de CD 4)	>500/ML (>29%)	A 1 1 (3,3)	B1 0	C1 0
	200-499/ML (14-28%)	A2 1 (3,3)	B2 1 (3,3)	C2 1(3,3)
	<199/ML(< 14%)	A3 1 (3,3)	B3 3 (10)	C3 22 (73,3)

(Nota 1: los datos en negrita de las celdas son la frecuencia y los porcentajes, que aparecen entre paréntesis)

(Nota 2: los datos sombreados en rojo son los considerados por la CDC, como SIDA)

Tabla 34: Distribución de frecuencias y porcentajes según tiempo desde la última revisión médica.

TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA REVISIÓN	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
No recuerda la fecha	0	7 (23,3)	6 (40)	15 (50)
Nunca se ha hecho analítica	0	1 (3,3)	1 (6,7)	0
Menos de 6 meses	30 (100)	16 (53,3)	7 (46,7)	2 (6,7)
7-12 meses	0	1 (3,3)	0	9 (30)
Más de 12 meses	0	5 (16,7)	1 (6,7)	4 (13,3)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 35: Distribución de frecuencias según enfermedades que padece.

ENFERMEDADES QUE PADECE	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica	3	0	0	0
Carcinoma	2	0	0	0
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar-diseminada	6	0	0	0
Neumonía (pneumocysti carinii o por bacteria recurrente)	2	0	0	0
Toxoplasmosis cerebral	1	0	7	0
Alteraciones cardíacas	0	0	1	0
Diabetes	14	7	0	0
Hepatitis (de cualquier tipo)	0	1	0	0
Sífilis	0	0	0	1
Alteraciones gástricas	0	0	0	1
Alteración por intervención quirúrgica	8	22	7	28
No existen				

(Nota: puesto que existen sujetos que padecen más de una enfermedad no se pueden hallar los porcentajes)

Tabla 36: Número de enfermedades media en los distintos grupos muestrales.

NUMERO DE ENFERMEDADES	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
MEDIA	1,07	0,30	0,53	0,06
DESVIACIÓN TIPO	0,87	0,53	0,51	0,25

Tabla 37: Distribución de frecuencias y porcentajes según si recibe tratamiento antirretroviral.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	SIDA/TOXICO/EXCLUSION
Sí	21 (70)
No lo necesita	4 (13,3)
No lo realiza por problema médico	3 (10)
No lo realiza (otros...)	2 (6,7)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 38: Distribución de frecuencias y porcentajes de número de fármacos y tiempo de tratamiento en las personas VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	SIDA/TOXICO/EXCLUSION
Número de fármacos	2,17 (1,62)
Tiempo de tratamiento (meses)	6,67 (11,14)

(Nota: la desviación tipo aparece entre paréntesis)

Tabla 39: Distribución de frecuencias y porcentajes de tipo de tratamiento en las personas VIH/SIDA que recibe tratamiento antirretroviral.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	SIDA/TOXICO/EXCLUSION
ANÁLOGOS DE LOS NUCLEOSIDOS INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA	19
NO ANÁLOGOS DE LOS NUCLEOSIDOS LA TRANSCRIPATASA INVERSA	17
INHIBIDORES DE LA PROTEASA	10

(Nota: puesto que existen sujetos que toman combinaciones de distintos fármacos no se pueden hallar los porcentajes)

Tabla 40: Distribución de frecuencias y media (desviación tipo) según tratamiento que recibe (distinto del tratamiento antirretroviral).

TRATAMIENTO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Omeoprazol	2			
Seguril	3			
Pantecta	1			
Septrim	13			
Rifater	3			
Cemidon	1			
Sintron	2		1	
Acetilsalicílico	1		1	
Neosidantoina	1			1
Nolotil		1		
Voltaren	2	2		
Zinnat	1			
Lofton	1			
Digoxina	2			
Trangorex	1			
Hemobax	1			
Myambutol	2			
Emportal	1			
Micostatin	1			
Aldactone	1			
Antibiótico	2			
Inhaladores	1			
Broncodilatador	1			
Rifinat	2			
Megetrol	1			
Difman	1			
Daralprin	1			
Lederfolin	1			
Dalacin	1			
Tavanic	1			
Eloxon	1			
Loitin	1			
Depakine				1
No existe	11	27	13	27
MEDIA (DESVIACIÓN TIPO)	1,70 (1,84)	0,13 (0,43)	0,13 (0,35)	0,13 (0,50)

(Nota: puesto que existen sujetos que toman combinaciones de distintos fármacos no se pueden hallar los porcentajes)

Tabla 41: Distribución de frecuencias y porcentajes según tipo de tóxico consumido.

TIPO DE TOXICO CONSUMIDO	SIDA TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Cocaína exclusivamente	1 (3,3)	2 (6,7)	0	0
Heroína y cocaína	1 (3,3)	12 (40)	0	0
Benzodicepinas, Alcohol	0	7 (23,3)	0	0
Otros...Acidos,THC (o cualquier derivado),Anfetaminas	0	0	0	0
Todos	28 (93,3)	9 (30)	0	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 42: Distribución de frecuencias y porcentajes según vía de administración del tóxico consumido.

TIPO DE VIA USADA	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Fumada/ Inhalada	2 (6,7)	12 (40)	0	0
Inyectada	1 (3,3)	2 (6,7)	0	0
Oral	0	8 (26,7)	0	0
Todos	27 (90)	8 (26,7)	0	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 43: Distribución de medias y desviaciones típicas según tiempo total de consumo y tiempo de abstinencia actual.

	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Tiempo total de consumo (años)	16,93 (6,29)	13,9 (7,89)	0	0
Tiempo de abstinencia actual (meses)	14,30 (30,77)	16,20 (65.84)	0	0

(Nota: la desviación tipo aparece entre paréntesis)

Tabla 44: Distribución de frecuencias y porcentajes según duración del último consumo.

DURACIÓN DEL ULTIMO CONSUMO	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Ocasional (menor de una semana)	11 (36,7)	9 (30)	0	0
Esporádico (menor de un mes)	4 (13,3)	2 (6,7)	0	0
Habitual (mayor de un mes)	15 (50)	19 (63,3)	0	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 45: Distribución de frecuencias y porcentajes según programa mantenimiento con metadona (PMM).

PROGRAMA MANTENIMIENTO CON METADONA	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Si esta en programa (cantidad media de metadona)	24 (80)	11 (36,7)	0	0
Está en programa de reducción de metadona	2 (6,7)	2 (6,7)	0	0
No está en programa	4 (13,3)	17 (56,7)	0	0
Cantidad de metadona	85,5	27,6	0	0

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 46: Distribución de frecuencias según salud mental: historia anterior (trastornos más frecuentes).

SALUD MENTAL: HISTORIA ANTERIOR(TRASTORNOS MAS FRECUENTES)	SIDA TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Delirium		1		
Síndrome maniaco		1		
T. Orgánico por drogas	2	1		
Reacción de adaptación con ánimo ansioso	1			
Reacción de adaptación con ánimo depresivo	1			
Depresión mayor	4	2	3	
Psicosis reactiva breve			1	
Psicosis (paranoide, hebefrénica, catatónica, simple)	1	1		
T. Del sueño	1		2	
T. Ansiedad generalizada			2	
T. Obsesivo compulsivo	1			
T. De ansiedad (otros)	1			1
T.De personalidad		1		
T. De la sexualidad	1			
T. Bipolar				
T. Mnésico	1			
Epilepsia	2			
No existió	16	20	10	29

(Nota: puesto que existen sujetos que padecen más de una enfermedad no se pueden hallar los porcentajes sobre un 100%)

Tabla 47: Distribución de medias y desviaciones tipo según salud mental: historia anterior (tiempo transcurrido desde el trastorno).

SALUD MENTAL: HISTORIA ANTERIOR	SIDA TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Tiempo transcurrido desde el trastorno (meses)	51,53 (98,48)	32,80 (81,57)	38,47 (80,50)	10,0 (34,53)
Número de trastornos padecidos	0.53 (0,73)	0,27 (0,69)	0,53 (0,83)	0,10 (0,30)

(Nota: la desviación tipo aparece entre paréntesis)

Tabla 48: Distribución de frecuencias y porcentajes según salud mental: historia anterior (tratamiento realizado).

SALUD MENTAL:HISTORIA ANTERIOR (TRATAMIENTO REALIZADO)	SIDA TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Psiquiatra	7 (23,3)	4 (13,3)	5 (33,3)	0
Psicólogo	0	0	0	2 (6,7)
Medico de cabecera	2 (6,7)	0	0	1 (3,3)
Otros profesionales de la salud mental	1 (3,3)	0	0	0
Medicina alternativa (infusiones, curanderos, etc...)	0	0	0	0
“Familiares, amigos...”	0	0	0	0
“Él mismo”	0	0	0	0
Sin tratamiento	20 (66,7)	26 (86,7)	10 (66,7)	27 (90)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 49: Distribución de frecuencias según salud mental: historia actual (trastornos más frecuentes).

SALUD MENTAL: HISTORIA ACTUAL (TRASTORNOS MAS FRECUENTES)	SIDA TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Síndrome maniaco	1	1		
T. Orgánico por drogas		1		
Reacción de adaptación con ánimo depresivo	2			
Depresión mayor		3	1	
Psicosis (paranoide, hebefrénica, catatónica, simple)	1		1	
T. Del sueño	5			
T. Ansiedad generalizada	1			
T. De ansiedad (otros)	6			
T. Bipolar	1	1		
T. Mnésico	1			
Epilepsia	1			
No existe	15	23	12	30

(Nota: puesto que existen sujetos que padecen más de una enfermedad no se pueden hallar los porcentajes sobre un 100%)

Tabla 50: Distribución de medias y desviaciones tipo según salud mental: historia anterior.

SALUD MENTAL: HISTORIA ANTERIOR	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Tiempo de duración del trastorno (meses)	10,47 (22,47)	8,40 (15,49)	5 (14,15)	0
Número de trastornos que padece	0,63 (0,81)	0,23 (0,43)	0,20 (0,42)	0

(Nota: la desviación tipo aparece entre paréntesis)

Tabla 51: Distribución de frecuencias y porcentajes según salud mental: historia actual (tratamiento que realiza).

SALUD MENTAL: HISTORIA ACTUAL (ESPECIALISTA)	SIDA TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Psiquiatra	2 (6,7)	3 (10)	1 (6,7)	
Psicólogo				
Medico de cabecera	9 (30)		1 (6,7)	
Otros profesionales de la salud mental	1 (3,3)			
Medicina alternativa				
Familiares, amigos...				
“Él mismo”.		1 (3,3)		
Sin tratamiento	18 (60)	26 (86,2)	13 (86,2)	30 (100)

(Nota1: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

(Nota2: Sólo se ha tomado en cuenta el tratamiento para afrontar la enfermedad mental, no el realizado por los distintos especialistas para otros objetivos, como por ejemplo, para el proceso personal de desarrollo en los centros terapéuticos)

Tabla 52: Distribución de frecuencias según tratamiento psiquiátrico que realiza.

TRATAMIENTO PSIQUIATRICO QUE REALIZA	SIDA/TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
Antidepresivos	2	1		
Ansiolíticos	9	1		
Neurolépticos	2	1	1	
Hipnóticos	3	1	1	
Campral Antabus Hidroxil	1	4		
Depakine Neosidantoina	3	1		
No recibe ninguno	18	25	11	30
Otros		1		
Media (desviación tipo)	0,66 (1.03)	0,33 (0,76)	0,27 (0,46)	0

Tabla 53: Número de fármacos que recibe en la actualidad.

NÚMERO DE FÁRMACOS	SIDA TOXICO EXCLUSION	TOXICO EXCLUSIÓN	EXCLUSION	NORMAL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	2,16 (2,17)			
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO	0,66 (1.03)	0,33 (0,76)	0,27 (0,46)	
OTROS TRATAMIENTOS	1,70 (1,84)	0,13 (0,43)	0,13 (0.35)	0,13 (0,50)
CANTIDAD DE METADONA	85,5	27,6	0	0

3. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS

3.1. MATERIAL TESTOLÓGICO

La evaluación se realizó en condiciones adecuadas para la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica. Fue realizada por psicólogos entrenados y cualificados. El tiempo medio de aplicación del protocolo de valoración fue de 90 minutos, separándose en dos sesiones si el estado de salud de la persona así lo requería. Cuando los pacientes experimentaban dificultades en comprender los ítems de las pruebas se les explicó su significado de manera adecuada a su nivel cultural.

Las pruebas que constituían el protocolo de valoración fueron las siguientes:

- Entrevista semiestructurada de elaboración propia.
- Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983).
- Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978).
- Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).
- Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-II (Millon, 1999).

3.1.1. Entrevista semiestructurada de elaboración propia. (Anexo I).

La entrevista pretendía recabar información de distintas áreas que estimamos importantes para nuestro estudio. Los ítems se agruparon en cinco bloques: datos sociodemográficos, de salud, de drogadicción, de salud mental y datos sociojudiciales.

Este instrumento, al ser el primero en aplicar de todo el protocolo, tenía un doble objetivo, por una parte recabar la información pertinente, y por otra parte, el establecer un mínimo vínculo de cercanía con la persona antes de pasar a la aplicación del resto del material testológico.

La mayoría de los datos fueron aportados por el propio sujeto, salvo en el área salud, que fue cumplimentada con los datos aportados por el correspondiente especialista a través de un informe.

3.1.2. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983). (Anexo II)

Esta escala fue construida para detectar problemas de ansiedad y depresión y su gravedad en medios hospitalarios no psiquiátricos. Se centra más en la evaluación de los aspectos psicológicos que somáticos de la ansiedad (insomnio, pérdida de apetito, etc.) a fin de evitar dificultades diagnósticas, puesto que se aplica a enfermos físicos (Sierra, Buéla-Casal y Miró, 2001).

Consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas: una de ansiedad y otra de depresión, de 7 ítems cada una. En cada uno de los ítems se le pide al sujeto que describa los sentimientos que ha experimentado en la última semana, valiéndose de una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos.

En conjunto, presenta una fiabilidad y validez satisfactorias. Así, el coeficiente alfa de consistencia interna en un estudio de Tejero, Guimerá, Farré y Perai (1986) es de 0,81 y 0,82 para las escalas de ansiedad y depresión, respectivamente. Además, el HAD posee una fiabilidad test-retest alta, es sensible al cambio terapéutico e informa por separado de ambos trastornos.

Los puntos de corte para la interpretación son los siguientes: de 0 a 7 trastorno ausente, de 8 a 10 casos dudosos y, por último, 11 o más, trastorno presente.

Como limitación plantea que existe cierta correlación entre ambas escalas (0,59), lo que supone a nivel clínico, que el HAD detecta la existencia de un trastorno ansioso depresivo global, sin establecer diferencia clara entre la ansiedad y la depresión (Tejero *et. al.*,1986). En cualquier caso, se trata de un instrumento para ser utilizado en sujetos que como consecuencia de una enfermedad presentan ansiedad, no siendo muy adecuado su empleo fuera de este contexto (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). La validación española fue realizada por Caro e Ibáñez (1992).

3.1.3. Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978). (Anexo III)

En esta prueba se pide a los sujetos que muestren su grado de acuerdo con una serie de actitudes depresivas. Se confeccionó inspirándose en el papel que tanto Ellis como Beck habían señalado para las ideas irracionales y los supuestos disfuncionales específicos de la depresión. Consta de dos formas paralelas con 40 ítems cada una que se contestan en una escala de 7 puntos, variando entre “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente desacuerdo”. Los temas contemplados en estos ítems son las atribuciones, las expectativas de control, la probabilidad de que se den ciertos resultados, las normas de actuación perfeccionistas, las ideas rígidas acerca de las cosas que podrían ocurrir y los intereses en los juicios de los demás (Bas y Andrés, 1996).

En cuanto a sus cualidades psicométricas se refiere, esta escala presenta un índice alfa de fiabilidad de 0,89 a 0,92, y una fiabilidad test-retest de $r = 0,84$. La validez concurrente es de $r = 0,36$ a $0,52$ (Buela-Casal *et al.*, 2001).

3.1.4. Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). (Anexo IV)

La primera versión de esta escala constaba de 68 ítems y fue desarrollada por los autores en 1980. Posteriormente, en 1985, la escala fue revisada redefiniendo algunos ítems y suprimiendo otros, quedando finalmente un total 50 ítems. En la actualidad, la escala contiene dos escalas derivadas racionalmente: el

afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. El afrontamiento orientado al problema tiene como función manejar la fuente de estrés, mientras que el afrontamiento orientado a la emoción se dirige a regular las emociones estresantes, esto es, a reducir o manejar el distrés emocional asociado a la situación.

Lazarus y Folkman (1986) a partir de las dos escalas iniciales, derivaron, por medio de análisis factorial, ocho subescalas. Los ítems se factorizaron utilizando el método alfa y el de factores principales aplicándoles una rotación oblicua. Los resultados de los análisis obtuvieron 8 factores que explican el 46,2% de la varianza (Soriano y Zorroza, 1999).

Resumimos el contenido psicológico de cada una de estas subescalas:

Escala 1. Confrontación: describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acciones directas.

Escala 2. Distanciamiento: describe los esfuerzos por separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo.

Escala 3. Autocontrol: describe los esfuerzos por regular los propios sentimientos y acciones.

Escala 4. Búsqueda de apoyo social: describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información, o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión.

Escala 5. Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento del propio papel en el problema. Con anterioridad se le denominó “autorreproche”.

Escala 6. Huida-Evitación: describe el pensamiento desiderativo. Los ítems de esta escala que sugieren huida y evitación contrasta con los ítems de la escala de distanciamiento, que sugieren separación.

Escala 7. Planificación: describe los esfuerzos deliberados centrados en el problema para alterar la situación unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

Escala 8. Reevaluación positiva: describe los esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

Los índices de fiabilidad alfa para las distintas subescalas son los siguientes: confrontación $\alpha=0,70$; distanciamiento $\alpha=0,61$; autocontrol $\alpha=0,70$; búsqueda de apoyo social $\alpha=0,76$; aceptación de la responsabilidad $\alpha=0,66$; huida-evitación $\alpha=0,72$; planificación $\alpha=0,68$; reevaluación positiva $\alpha=0,79$ (Folkman, Lazarus, Dunkel, Delongis *et al.*, 1986). Según los propios autores, se produce una correlación moderada-baja entre las escalas (siendo $r= 0,39$ la más alta).

3.1.5. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) (1999). (Anexo V)

El MCMI-II es una prueba que consta de 175 ítems con un formato de respuesta verdadero/falso, que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Los diferentes aspectos de la personalidad patológica evaluados, son recogidos en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad y alteración); 10 escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádica, Compulsiva, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva/Masoquista); 3 escalas de personalidad patológica (Esquizotipia, Límite y Paranoide); 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (Eje I DSM-III-R) (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de alcohol y Abuso de drogas); y 3 síndromes clínicos de

gravedad severa (Eje I, DSM-III-R) (Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante).

Escala 1: Esquizoide. Esta escala se corresponde con el trastorno de personalidad esquizoide del DSM-IV. Estos pacientes se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones, así como también a sus demandas.

Escala 2: Fóbica (evitativa). La orientación activa-retraída evaluada es muy parecido al trastorno de personalidad evitativo del DSM-IV. Estos pacientes experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de las experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos. Sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa.

Escala 3: Dependiente (sumisa). Es equivalente al trastorno de personalidad dependiente del DSM-IV. Estas personas han aprendido que quien les lidera les ha de proteger. Carecen de iniciativa y de autonomía.

Escala 4: Histriónica. La manipulación de los sucesos hace que aumente la cantidad de atención y favores que estos sujetos reciben y evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Estos pacientes muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada.

Escala 5: Narcisista. Aquellos que obtienen altas puntuaciones en esta escala se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer sólo por

permanecer pasivos o centrados en sí mismos. Las experiencias pasadas le han enseñado a sobreestimar su propio valor, esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante y pueden llegar, sin intención, a explotar a los demás.

Escala 6A: Antisocial. Actúan para contrarrestar la expectativa de dolor y depreciación de otros, esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa. Son irresponsables e impulsivos. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

Escala 6B: Agresivo/sádica. Son individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan placer y satisfacción personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos.

Escala 7: Compulsiva. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor hacia la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento, sino también sobreaceptándolo y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos. Detrás de este frente de decoro y restricción, aparece el enfado intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8A: Pasivo-agresiva. Pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esto representa una incapacidad para resolver conflictos. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, el desafío y el negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

Escala 8B: Autodestructiva (masoquista). Se relaciona con los demás de una forma obsequiosa y autosacrificada, estas personas permiten y quizás fomenten, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos, incluso algunos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y su angustia recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y trasforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más afortunados. Actúan de manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

Las tres siguientes propuestas adicionales de personalidad patológica representan problemas estructurales graves y procesos disfuncionales. Difieren de las anteriores escalas en los siguientes criterios: déficit en la competencia social y frecuentes episodios psicóticos.

Escala S: Esquizotípica. Representa un patrón de distanciamiento cognitivo e interpersonal. Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Incluidos a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades de comportamiento son notables y estos individuos son percibidos por los demás como extraños o diferentes. Pueden mostrarse con cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

Escala C: Límite (bordeline). Subyacen contenidos teóricos de las pautas dependiente, discordante, independiente y ambivalente. Cada una de estas personalidades límite tiene fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclado con periodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que lo distingue claramente de los otros dos patrones graves es la disregulación de sus afectos vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentimiento de identidad y muestran una

evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide. Muestran una desconfianza vigilante respecto a los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y las influencias externas. Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

Escala A: Ansiedad. Estos pacientes informan de sentimientos aprensivos o fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. La mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos son característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Escala H: Histeriforme (tipo somatoforme). Encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, periodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de salud y una variedad dramática, aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes pero no relacionadas del cuerpo. Las quejas son presentadas de forma dramática, insidiosa y exagerada. Si están presentes de forma objetivas verdaderas enfermedades, tienden a magnificarse a pesar de los informes médicos tranquilizadores.

Escala H: Hipomanía. Estos pacientes evidencian períodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad y distraibilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad. También muestran un entusiasmo no

selectivo, excesiva planificación para metas no realistas, una invasión incluso tiranizando y demandando más calidad en las relaciones interpersonales, disminución de las necesidades de sueño, fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles del estado de ánimo.

Escala D: Neurosis depresiva (distimia). El paciente se ha visto afectado por un periodo de dos o más años con sentimiento de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos de depresión pueden haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, escaso apetito o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, marcada pérdida de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

Escala B: Abuso de alcohol. Historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito, y como consecuencia, experimentan un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

Escala T: Abuso de Drogas. Tienden a tener dificultades para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de los límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

Escala SS: Pensamiento psicótico. Se clasifican normalmente como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorganizados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistematizados. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos

por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento discreto o vigilante.

Escala CC: Depresión mayor. Son incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor al futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este período. Son notables la disminución de apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian aprensiones e ideas obsesivas.

Escala PP: Trastorno delirante. Son considerados paranoides agudos, pueden llegar a ser ocasionalmente beligerantes, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. Puede haber signos de trastornos de pensamiento e ideas de referencia. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados. Además manifiestan tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante la posible traición.

Con respecto a la fiabilidad, añadir que en los estudios españoles aún no se ha podido obtener índices test-retest. Es de esperar que la utilización del MCMI-II en el contexto español facilite la consecución de este tipo de datos. Sin embargo, y en relación al segundo índice de fiabilidad, el coeficiente alfa (también llamado de consistencia interna), el estudio realizado con muestra clínica ofrece unos índices bastante aceptables (sobre todo de las escalas autodestructiva, límite, neurosis depresiva y depresión mayor) y satisfactorios en los coeficientes obtenidos por las escalas esquizoide, histriónica y compulsiva.

En la validez se consiguió que los ítems prototípicos de cada escala del MCM-II (gracias al proceso secuencial seguido), cumpliera los criterios básicos.

Los datos de validación con diversas poblaciones (pacientes ambulatorios, pacientes internos; centros para drogadictos y alcohólicos) sugieren que el MCMI-II puede usarse con un nivel de confianza razonable en la mayoría de los contextos clínicos.

4. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS.

A pesar de que el protocolo de evaluación psicológica fue exactamente el mismo para todos los grupos, el procedimiento de aplicación no coincidió en todos ellos.

En los grupos formados por personas que vivían en una situación de exclusión (grupos A, B y C), los participantes fueron seleccionados por los equipos de los centros sociales donde asistían. Estos equipos ofrecían una primera información que nosotros les facilitábamos, tras la aceptación del sujeto, se concertaba la correspondiente cita.

Los distintos espacios que los centros nos ofrecieron para la evaluación siempre reunieron las condiciones adecuadas (silencio, comodidad, etc.) para la administración del protocolo.

La entrevista con nuestros evaluadores comenzaba con un recordatorio de la finalidad del estudio y del carácter voluntario y privado del mismo. El orden de administración fue siempre el mismo: la Entrevista semiestructurada de elaboración propia; la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983); la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978); el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-III (1999).

El nivel cultural de los sujetos (en los tres grupos donde existía exclusión) determinó que en todos los casos, los ítems y las posibles respuestas fuesen leídas por el evaluador. Algunos ítems fueron modificados para que los individuos pudiesen comprender el significado de los mismos. Así, en la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) fueron sustituidas por sinónimos determinadas palabras (exhibir, frustrado, cónyuge, dificultades de tipo emocional); sin embargo, en la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978), puesto que los participantes olvidaban que habían de responder según cómo se habían sentido en la última semana, se les repitió en

varias ocasiones, al inicio del ítem la frase: “...*en esta última semana...*”. Por último y con respecto al Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), se acordó que todos los participantes se enfrentasen hipotéticamente a la misma situación, y por razones prácticas se decidió que esta fuese el cierre del centro donde asistían. Las instrucciones que recibían eran: “...*Imagínate que un día llegas a tu hora habitual al Centro, y en una reunión se te comunica que el Centro cierra al día siguiente por motivos internos, según la forma habitual que tú tienes de hacer frente a los problemas, elige el grado de acuerdo en los que estás con las siguientes frases.*” A pesar de la posible interferencia en los niveles de deseabilidad social en las respuestas ofrecidas por los participantes por la situación que se les planteó (cierre del Centro), estimamos más conveniente esta opción que asumir la variabilidad que aportaba la gran diversidad de situaciones complejas que estas personas están habituados a afrontar.

5. MATERIAL INFORMÁTICO Y ESTADÍSTICO.

5.1. MATERIAL INFORMÁTICO

Para la totalidad de los análisis estadísticos de este estudio se ha usado el sistema SPSS para Windows (versión 11.0).

5.2. METODOS ESTADÍSTICOS

Las distintas pruebas estadísticas utilizadas, fueron seleccionadas en función de las características y distribución de las diferentes variables estudiadas en esta investigación, así como en función de los objetivos de la misma.

En primer lugar, se realizó un estudio a nivel descriptivo de los datos aportados por la Entrevista semiestructurada de elaboración propia. En el caso de las variables de naturaleza cuantitativa, se realizó el cálculo de estabilidad de la tendencia central (media) y de variabilidad (desviación tipo), de cada uno de los grupos y para cada una de las variables de dicha entrevista. Si las variables eran de naturaleza nominal u ordinal, se tomaban las frecuencias absolutas de cada valor en relación a cada grupo. Los resultados han sido expuestos al describir los grupos muestrales.

En un segundo lugar, se realizó un Análisis de la Varianza de un factor (ANOVA) para determinar las posibles diferencias significativas entre las variables estudiadas en los diferentes grupos. Para aquellas variables que no cumplieron el necesario supuesto de homogeneidad de varianza (prueba de Levene) se realizó un contraste basado en un análisis no paramétrico utilizando en primer lugar la prueba H de Kruskal-Wallis (Chi-Cuadrado) para varias muestras independientes, y en caso de hallar diferencias significativas utilizamos la prueba de U de Mann-Whitney con el fin de establecer entre qué grupos se daban dichas diferencias.

De esta forma se ha procedido para las hipótesis principales, sin embargo, para las hipótesis secundarias, se ha realizado en primer lugar un análisis gráfico

de las posibles interacciones de las variables estudiadas a través de gráficos de líneas simples utilizando como función resumen la media de las variables estudiadas.

Capítulo cuarto

RESULTADOS

HIPÓTESIS 1.1.

Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social no presentan diferencias en personalidad (entendiéndose por éstas puntuaciones distintas en las siguientes variables de personalidad: esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva, pasivo/agresivo, autodestructiva) distintas de las personas que sin estar afectadas por la infección presentan antecedentes de politoxicomanías y viven en una situación de exclusión social, ni de aquéllas que sin estar afectadas por la infección, ni presentar antecedentes de politoxicomanías, viven en una situación de exclusión social.

HIPÓTESIS 1.2.

Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentarán un patrón común de personalidad (entendiéndose por éste puntuaciones similares en las siguientes variables de personalidad: esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva, pasivo/agresivo, autodestructiva) distinto de las personas que no están afectadas por la infección, no presentan antecedentes de politoxicomanías y no viven en una situación de exclusión social.

Para poder contrastar estas hipótesis hemos comparado las puntuaciones estandarizadas de las escalas de patrones básicos de personalidad clínica (escalas desde la 1 a la 8B) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) (Millon, 1999) en los grupos denominados Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA (grupos A, B, C y D, respectivamente).

Un primer estudio descriptivo de los datos proporcionados por el MCMI-II lo realizamos utilizando las medias.

Tabla 54: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT1(Esquizoide).

	Media	D.T.
Normal	42,27	28,38
Pobreza	69,00	27,18
Drogadicción	66,90	16,98
SIDA	61,83	15,63

Tabla 55: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT2 (Evitativa).

	Media	D.T.
Normal	15,43	15,36
Pobreza	60,33	28,11
Drogadicción	67,80	26,29
SIDA	66,30	17,64

Tabla 56: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT3 (Dependiente).

	Media	D.T.
Normal	51,07	30,09
Pobreza	69,33	36,40
Drogadicción	61,90	25,49
SIDA	67,33	22,74

Tabla 57: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT4 (Histriónica).

	Media	D.T.
Normal	47,87	22,26
Pobreza	59,47	20,76
Drogadicción	62,43	13,33
SIDA	64,83	16,15

Tabla 58: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT5 (Narcisista)

	Media	D.T.
Normal	46,67	27,01
Pobreza	69,33	25,50
Drogadicción	58,93	23,25
SIDA	63,03	20,04

Tabla 59: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT6A (Antisocial).

	Media	D.T.
Normal	31,37	20,91
Pobreza	59,87	31,20
Drogadicción	65,57	21,29
SIDA	73,70	19,98

Tabla 60: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT6B (Agresivo-sádica).

	Media	D.T.
Normal	31,57	24,92
Pobreza	50,73	23,77
Drogadicción	55,50	20,37
SIDA	60,97	22,09

Tabla 61: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT7 (Compulsiva).

	Media	D.T.
Normal	78,10	32,68
Pobreza	86,07	30,35
Drogadicción	58,87	15,25
SIDA	57,90	17,31

Tabla 62: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT8A (Pasivo-agresiva).

	Media	D.T.
Normal	22,03	16,50
Pobreza	43,40	24,25
Drogadicción	49,20	25,31
SIDA	59,90	30,86

Tabla 63: Medias y Desviación Tipo (D.T.) en MT8B (Autodestructiva).

	Media	D.T.
Normal	14,77	8,85
Pobreza	48,27	29,02
Drogadicción	61,27	27,10
SIDA	59,93	23,16

Como puede observarse tanto en las distintas tablas (tablas 54-63) como en el gráfico siguiente (gráfico 5), la gran mayoría de las medias en las distintas subescalas del MCMI-II se aproximan a valores cercanos a 60, puntuación que los autores del test han señalado como la representativa de la mediana de las puntuaciones de los pacientes participantes en la baremación del test. Por otra parte, en el Inventario MCMI-II se establece como punto de corte para sugerir la alteración en las subescalas la puntuación 74. De esta forma podemos observar en el gráfico 6 que, salvo en la escala MT7 (compulsividad), existe un mayor número de participantes en los grupos Pobreza, Drogadicción y SIDA cuyas puntuaciones se aproximan a la presencia de alteración.

Gráfico 5: Medias de los distintos grupos en el MCMI-II (escalas básicas).

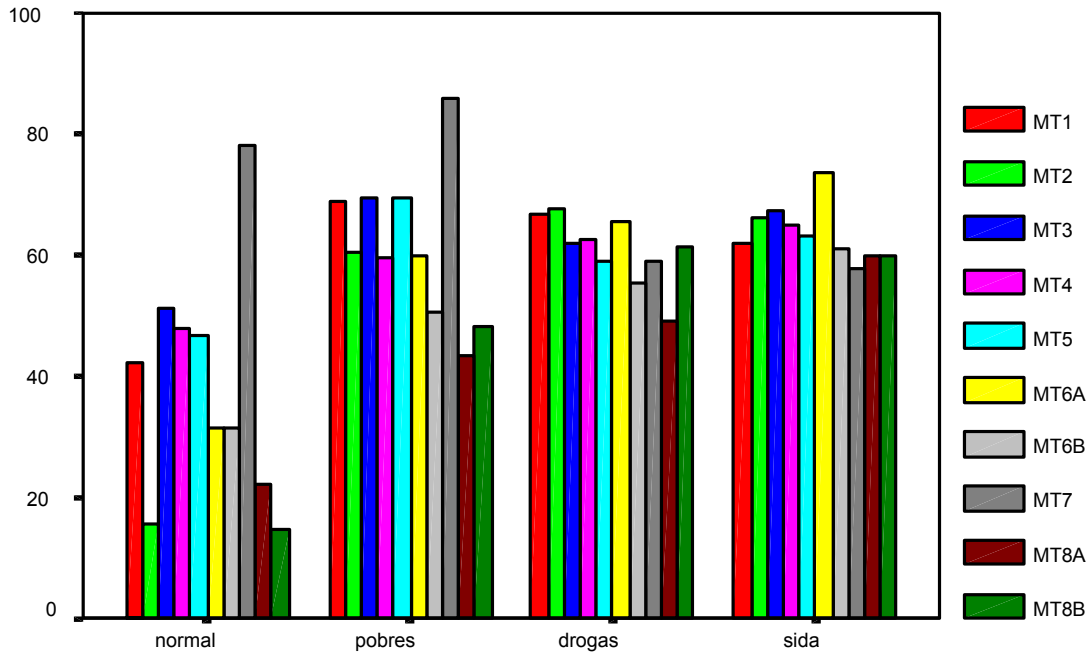
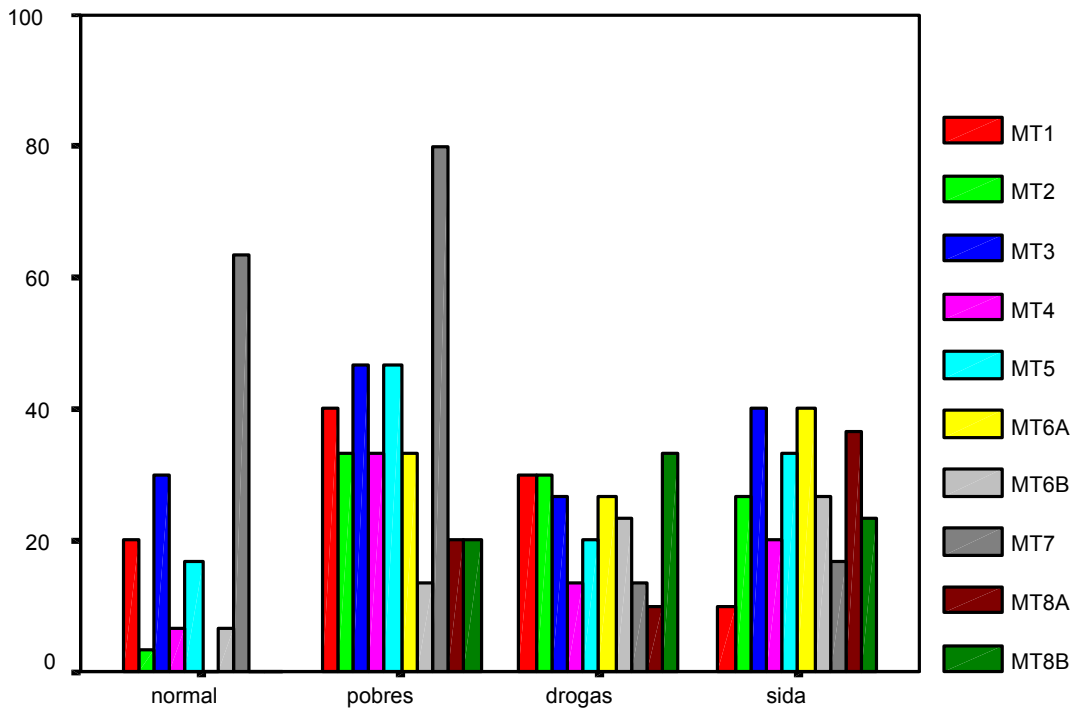


Gráfico 6: Porcentaje de casos que superan la puntuación 74 en los distintos grupos en el MCMI-II (escalas básicas).



Para la comparación de las medias de los distintos grupos en las variables de personalidad estudiadas, hemos utilizado un Análisis de la Varianza de un factor (procedimiento ANOVA de un factor). El ANOVA se basa en el cumplimiento

de dos supuestos fundamentales: normalidad y homogeneidad. El primero se da por válido por el tamaño suficiente de las muestras, y para la comprobación del segundo, homogeneidad de varianzas, utilizaremos la prueba de Levene (tabla 64).

Tabla 64: Prueba de homogeneidad de varianzas en las escalas de patrones básicos de personalidad clínica MCMI-II en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
MT1: Esquizoide	5,817	3	101	0,001
MT2: Evitativa	4,263	3	101	0,007
MT3: Dependiente	3,028	3	101	0,033
MT4: Histriónica	2,583	3	101	0,058 *
MT5: Narcisista	1,388	3	101	0,251 *
MT6A: Antisocial	2,853	3	101	0,041
MT6B: Agresivo-sádica	0,175	3	101	0,913 *
MT7: Compulsiva	10,517	3	101	0,000
MT8A: Pasivo-agresivo	4,215	3	101	0,007
MT8B: Autodestructiva	8,066	3	101	0,000

* sig. >0,05

Recordamos que para cumplir el supuesto de homogeneidad, el valor crítico asociado al estadístico de Levene ha de ser mayor de 0,05. De las variables que hemos analizados sólo lo cumplen las siguientes: MT4 (Histriónico), MT5 (Narcisista) y MT6B (Agresivo-sádica). Es por ello que sólo con estas variables podemos realizar el correspondiente ANOVA de un factor (tabla 65).

Tabla 65: ANOVA de un factor en las escalas de patrones básicos de personalidad clínica en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
MT4	Inter-grupos	5073,400	3	1691,133	5,157	0,002 **
	Intra-grupos	33120,733	101	327,928		
	Total	38194,133	104			
MT5	Inter-grupos	6565,395	3	2188,465	3,838	0,012 *
	Intra-grupos	57588,833	101	570,186		
	Total	64154,229	104			
MT6B	Inter-grupos	14695,290	3	4898,430	9,493	0,000 **
	Intra-grupos	52116,767	101	516,008		
	Total	66812,057	104			

* p<0,05

**p<0,01

En el análisis realizado en la tabla anterior (tabla 65) observamos que en todas las variables utilizadas aparecen diferencias significativas ($p < 0,05$), pero éstas no permiten precisar entre que grupos en concreto se encuentran las diferencias detectadas. Para saber qué media difiere de otra se debe utilizar un tipo particular de contraste denominado comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori, concretamente, utilizaremos el método de Scheffé asumiendo varianzas iguales (tabla 66, 67 y 68).

Tabla 66: Comparaciones múltiples Post hoc para MT4 (Histriónica) en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Diferencia entre medias	Significación
Normal	Pobreza	-11,6000	0,257 n.s.
	Drogadicción	-14,5667	0,025 *
	SIDA	-16,9667	0,006 **

* p<0,05

**p<0,01

n.s.: no significativo

Tabla 67: Comparaciones múltiples Post hoc para MT5 (Narcisista) en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Diferencia entre medias	Significación
Normal	Pobreza	-22,6667	0,034 *
	Drogadicción	-12,2667	0,272 n.s.
	SIDA	-16,3667	0,077 n.s.

* p<0,05

n.s.: no significativo

Tabla 68: Comparaciones múltiples Post hoc para MT6B (Agresivo-sádica) en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Diferencia entre medias	Significación
Normal	Pobreza	-19,1667	0,075 n.s.
	Drogadicción	-23,9333	0,001 **
	SIDA	-29,4000	0,000 **

**p<0,01

n.s.: no significativo

Por los resultados que nos ofrece la tablas 66 y 68, podemos decir que los sujetos pertenecientes a los grupo Drogadicción y SIDA presentan niveles significativamente más elevados de “histrionismo” y de tendencia “agresiva-sádica” que los sujetos del grupo población normal. Además los datos muestran puntuaciones superiores en el grupo de Pobreza con respecto al grupo de Normales (tabla 67).

En aquellas variables que no cumplieron el supuesto de homogeneidad de varianzas (MT1:Esquizoide, MT2: Evitativa, MT3: Dependiente, MT6A: Antisocial, MT7: Compulsiva, MT8A: Pasivo-agresivo y MT8B: Autodestructiva), realizaremos distintas pruebas no paramétricas, en primer lugar, un contraste basado en la prueba H de Kruskal-Wallis (Chi-Cuadrado) para varias muestras independientes (tabla 69) con el fin de determinar si existen diferencias globales entre los distintos grupos, y en segundo lugar, para determinar concretamente entre qué grupos existen, realizaremos la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 69: Prueba de Kruskal-Wallis en las escalas de patrones básicos de personalidad clínica en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

	MT1: ESQUIZOIDE	MT2: EVITATIVA	MT3: DEPENDIENTE	MT6A: ANTISOCIAL	MT7: COMPULSIVA	MT8A: PASIVO-AGRESIVO	MT8B: AUTODESTRUCTIVA
Chi-cuadrado	18,493	49,557	5,827	40,024	17,014	29,843	49,346
gl	3	3	3	3	3	3	3
Sig. asintót.	0,000 **	0,000 **	0,120	0,000 **	0,001 *	0,000 **	0,000 **

* p<0,05

**p<0,01

Tablas 70: Prueba U de Mann-Whitney para MT1: Esquizoide en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,807	0,005 **
	Drogadicción	-3,455	0,001 **
	SIDA	-3,136	0,002 **
Drogadicción	SIDA	-1,968	0,049 *

* p<0,05

**p<0,01

Tablas 71: Prueba U de Mann-Whitney para MT2: Evitativa en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-4,533	0,000**
	Drogadicción	-5,852	0,000**
	SIDA	-5,955	0,000**

**p<0,01

Tablas 72: Prueba U de Mann-Whitney para MT6A: Antisocial en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,795	0,005 **
	Drogadicción	-5,169	0,000 **
	SIDA	-5,717	0,000 **

**p<0,01

Tablas 73: Prueba U de Mann-Whitney para MT7: Compulsiva en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-0,831	0,406 n.s.
	Drogadicción	-2,714	0,007 **
	SIDA	-2,758	0,006 **
Pobreza	Drogadicción	-3,060	0,002**
	SIDA	-3,047	0,002**

**p<0,01

n.s.: no significativo

Tablas 74: Prueba U de Mann-Whitney para MT8A: Pasivo-agresiva en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-3,168	0,002 **
	Drogadicción	-4,163	0,000 **
	SIDA	-4,659	0,000 **
Pobreza	SIDA	-2,035	0,042*

* p<0,05

**p<0,01

Tablas 75: Prueba U de Mann-Whitney para MT8B: Autodestructiva en los grupos Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-4,134	0,000**
	Drogadicción	-5,902	0,000**
	SIDA	-5,888	0,000**

**p<0,01

Destacamos de los resultados de las tablas anteriores (69-75) el hecho de que el grupo normal se diferencie prácticamente en todas las escalas del resto de los grupos. Además encontramos diferencias en “conducta compulsiva” de los grupos que no presentan politoxicomanía (Normal y Pobreza) con respecto a los que sí (Drogadicción y SIDA) (tabla 73).

HIPÓTESIS 2.1.

Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de Drogadicción y con una situación de exclusión social presentan una mayor prevalencia de trastornos afectivos (incluyendo distorsiones cognitivas) que el resto de los grupos.

Para el estudio de esta hipótesis se han empleado escalas de distintos test psicológicos. De la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983), hemos usado el Índice General de Ansiedad: (HADA) y el Índice general de Depresión (HADD). De la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978) hemos usado sus siete subescalas y del Inventario Multiaxial Clínico de Millon MCMI-III (Millon, 1999), las tres escalas denominadas “síndromes clínicos”: Ansiedad (MTA), Hipomanía (MTN), Distimia (MTD) y tres de las categorizadas como “síndromes graves”: Pensamiento psicótico (MTSS), Depresión mayor (MTC) y Trastorno delirante (MTPP).

Para una exposición más clara de los resultados hemos realizado las distintas comparaciones de forma independiente en cada test, por lo que a continuación aparecerán los diferentes contrastes en cada instrumento.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL (HAD) DE ZIGMOND Y SNAITH, 1983

Los primeros datos que ofrecemos son los descriptivos media y desviación tipo en los distintos grupos. Recordamos que las puntuaciones en este instrumentos en cada ítems puede adoptar desde el valor 0 a 3.

Tabla 76: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 1: “Me siento tenso o nervioso” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,90	0,48
Pobreza	1,33	1,17
Drogadicción	1,77	1,04
SIDA	1,50	0,94

Tabla 77: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 2: "Todavía disfruto con lo que antes me gustaba" (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,30	0,53
Pobreza	0,87	1,12
Drogadicción	1,63	1,19
SIDA	1,33	1,37

Tabla 78: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 3: "Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder" (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,30	0,59
Pobreza	1,00	1,31
Drogadicción	0,97	1,22
SIDA	1,20	1,06

Tabla 79: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 4: "Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas" (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,17	0,40
Pobreza	0,87	1,06
Drogadicción	0,93	1,01
SIDA	1,37	1,24

Tabla 80: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 5: "Tengo mi mente llena de preocupaciones" (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,67	0,66
Pobreza	1,80	1,26
Drogadicción	2,00	1,02
SIDA	1,53	1,14

Tabla 81: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 6: "Me siento alegre" (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,47	0,63
Pobreza	0,93	1,22
Drogadicción	1,27	1,17
SIDA	1,17	1,05

Tabla 82: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 7: "Puedo estar sentado tranquilo y sentirme relajado" (0-3).

	Media	D.T.
Normal	1,00	0,59
Pobreza	1,13	0,83
Drogadicción	1,43	0,86
SIDA	1,50	1,07

Tabla 83: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 8: “Me siento como si cada día estuviera más lento” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,50	0,63
Pobreza	1,00	1,13
Drogadicción	0,63	0,89
SIDA	0,90	0,96

Tabla 84: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 9: “Tengo una extraña sensación como de “aleteo” en el estómago” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,37	0,49
Pobreza	0,60	0,91
Drogadicción	1,00	1,23
SIDA	1,23	1,10

Tabla 85: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 10: “He perdido interés por mi aspecto personal” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,43	0,68
Pobreza	0,53	0,83
Drogadicción	0,83	1,05
SIDA	0,87	0,97

Tabla 86: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 11: “Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,43	0,68
Pobreza	1,33	1,34
Drogadicción	1,57	1,10
SIDA	1,43	1,10

Tabla 87: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 12: “Me siento optimista respecto al futuro” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,30	0,70
Pobreza	0,73	1,03
Drogadicción	0,90	1,03
SIDA	0,73	0,94

Tabla 88: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 13: “Me asaltan sentimientos repentinos de pánico” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,03	1,82
Pobreza	0,47	1,06
Drogadicción	0,70	1,12
SIDA	0,75	0,94

Tabla 89: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HAD 14: “Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV” (0-3).

	Media	D.T.
Normal	0,30	0,46
Pobreza	0,53	1,06
Drogadicción	0,80	0,96
SIDA	0,97	1,06

Tabla 90: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HADA: Índice general de ansiedad (1-3).

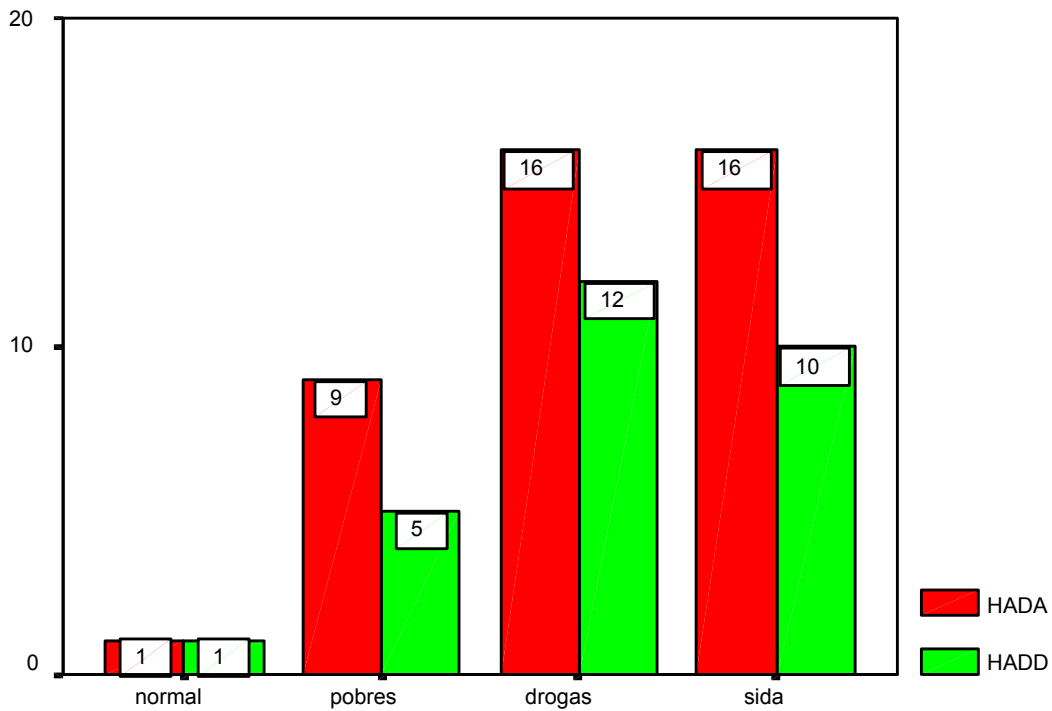
	Media	D.T.
Normal	1,03	0,18
Pobreza	1,93	0,88
Drogadicción	1,93	0,94
SIDA	1,93	0,94

Tabla 91: Medias y desviación Tipo (D.T.) de HADD: Índice general de depresión (1-3).

	Media	D.T.
Normal	1,03	0,18
Pobreza	1,53	0,83
Drogadicción	1,70	0,91
SIDA	1,50	0,78

Las medias de los distintos grupos no indican de manera clara síntomas de ansiedad y de depresión. Sin embargo, a nivel gráfico, si representamos el número de participantes que según los criterios de la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) muestran tales alteraciones emocionales, encontramos que éstas son más frecuentes entre los sujetos pertenecientes a los grupos Pobreza, Drogadicción y SIDA (gráfico 7).

Gráfico 7: Número de participantes que según el HAD presentan ansiedad/depresión.



En la tabla siguiente podemos observar que sólo la subescala 8 cumple el supuesto de homogeneidad, por lo que sólo realizamos el ANOVA en esa variable, el contraste (tablas 93) nos muestra que la significación asociada a la correspondiente F ($F=1,626$; $sig.=0,188$) no indica diferencias significativas entre los distintos grupos.

Tablas 92: Prueba de homogeneidad de varianzas en HAD para los grupos Normal, Drogadicción, Pobreza y SIDA.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
HAD1	11,714	3	101	0,000
HAD2	19,815	3	101	0,000
HAD3	9,847	3	101	0,000
HAD4	17,470	3	101	0,000
HAD5	4,671	3	101	0,004
HAD6	4,067	3	101	0,009
HAD7	7,960	3	101	0,000
HAD8	2,449	3	101	0,068 *
HAD9	7,314	3	101	0,000
HAD10	3,804	3	101	0,012
HAD11	8,357	3	101	0,000
HAD12	3,863	3	101	0,012
HAD13	17,207	3	101	0,000
HAD14	4,132	3	101	0,008
HADA	46,503	3	101	0,000
HADD	34,009	3	101	0,000

* sig. >0,05

Tabla 93: ANOVA de un factor para HAD8 HAD para los grupos Normal, Drogadicción, Pobreza y SIDA.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3,824	3	1,275	1,626	0,188 n.s.
Intra-grupos	79,167	101	0,784		
Total	82,990	104			

n.s.: no significativo

Puesto que prácticamente ninguna de las subescalas han cumplido el supuesto de homogeneidad vemos adecuado la realización de las comparaciones basándonos en pruebas no paramétricas. Para esto utilizaremos en primer lugar la prueba H de Kruskal-Wallis (Chi-Cuadrado) para varias muestras independientes (tabla 94) y en segundo lugar la prueba U de Mann-Whitney .

Tabla 94: Prueba H de Kruskal-Wallis en HAD para los grupos Normal, Drogadicción, Pobreza y SIDA.

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
HAD1	12,452	3	0,006 **
HAD2	19,669	3	0,000 **
HAD3	11,813	3	0,008 **
HAD4	19,000	3	0,000 **
HAD5	22,966	3	0,000 **
HAD6	9,770	3	0,021 *
HAD7	5,723	3	0,126 n.s.
HAD9	11,131	3	0,011 *
HAD10	3,862	3	0,277 n.s.
HAD11	18,362	3	0,000 **
HAD12	7,547	3	0,056 n.s.
HAD13	14,419	3	0,002 **
HAD14	8,301	3	0,040 *
HADA	23,190	3	0,000 **
HADD	12,551	3	0,006 **

* p<0,05

**p<0,01

n.s.: no significativo

En la tabla 94 se observa que la significación asociada a las distintas Chi-cuadro de las variables HAD1, HAD2, HAD3, HAD4, HAD5, HAD6, HAD9, HAD11, HAD13, HAD14, HADA y HADD es significativa ($p<0,05$) y por tanto nos indica que en esas variables existen diferencias intergrupales. Para poder determinar entre qué grupos existen las diferencias detectadas realizamos a continuación la prueba U de Mann-Whitney (tablas 95-106). A continuación mostramos sólo aquellos contrastes cuya diferencia ha sido significativa.

Tabla 95: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 1: “Me siento tenso o nervioso” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
SIDA	Normal	-2,643	0,008 **
Normal	Drogadicción	-3,577	0,000 **

**p<0,01

Tabla 96: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 2: “Todavía disfruto con lo que antes me gustaba” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
SIDA	Normal	-2,904	0,004 **
Drogadicción	Normal	-4,482	0,000 **
	Pobreza	-2,037	0,042 *

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 97: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 3: “Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	SIDA	-3,611	0,000 **
	Drogadicción	-2,240	0,025 *

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 98: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 4: “Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,484	0,013 *
	Drogadicción	-3,454	0,010 *
	SIDA	-4,111	0,000 **

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 99: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 5: “Tengo mi mente llena de preocupaciones” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,913	0,004 **
	Drogadicción	-4,696	0,000 **
	SIDA	-3,027	0,020 *

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 100: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney HAD 6: “Me siento alegre” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Drogadicción	-2,751	0,006 **
	SIDA	-2,761	0,006 **

**p<0,01

Tabla 101: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 9: “Tengo una extraña sensación como de “aleteo” en el estómago” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
SIDA	Normal	-3,381	0,001 **

**p<0,01

Tabla 102: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 11: “Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-4,018	0,000 **
	Drogadicción	-2,159	0,031 *
	SIDA	-3,647	0,000 **

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 103: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 13: “Me asaltan sentimientos repentinos de pánico” (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Drogadicción	-3,037	0,020 *
	SIDA	-3,862	0,000 **

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 104: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HAD 14: "Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV" (0-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Drogadicción	-2,059	0,039 *
	SIDA	-2,594	0,009 **

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 105: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en HADA: Índice general de ansiedad (1-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-4,321	0,000 **
	Drogadicción	-4,325	0,000 **
	SIDA	-4,325	0,000 **

**p<0,01

Tabla 106: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney HADD: Índice general de depresión (1-3).

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,814	0,005 *
	Drogadicción	-3,489	0,00 *
	SIDA	-3,017	0,003 *

* p<0,05

Como se observan en las tablas anteriores, en prácticamente todas las subescalas existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Normal y el resto de los grupos, lo que nos confirma que existe una mayor presencia de los síntomas ansiedad y depresión entre los grupos Pobreza, Drogadicción y SIDA.

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES (DAS) DE WEISSMAN Y BECK (1978).

Nuevamente, como descriptivos iniciales aportamos las medias y las desviaciones tipo de las distintas subescalas en los grupos objeto de estudio (tablas 107-113).

Tabla 107: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 1: Aprobación.

	Media	D.T.
Normal	0,07	3,28
Pobreza	-0,80	4,36
Drogadicción	-0,83	4,26
SIDA	-0,47	5,15

Tabla 108: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 2: Amor.

	Media	D.T.
Normal	1,13	3,82
Pobreza	0,20	3,49
Drogadicción	-1,60	4,94
SIDA	-1,57	4,22

Tabla 109: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 3: Ejecución.

	Media	D.T.
Normal	5,37	3,79
Pobreza	-0,33	4,62
Drogadicción	0,80	4,48
SIDA	2,20	5,03

Tabla 110: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 4: Perfeccionismo.

	Media	D.T.
Normal	2,60	4,02
Pobreza	-1,53	5,17
Drogadicción	0,00	4,97
SIDA	-0,53	6,23

Tabla 111: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 5: Derecho sobre los otros.

	Media	D.T.
Normal	2,10	2,83
Pobreza	-1,93	5,77
Drogadicción	-1,77	5,32
SIDA	-2,26	4,55

Tabla 112: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 6: Omnipotencia.

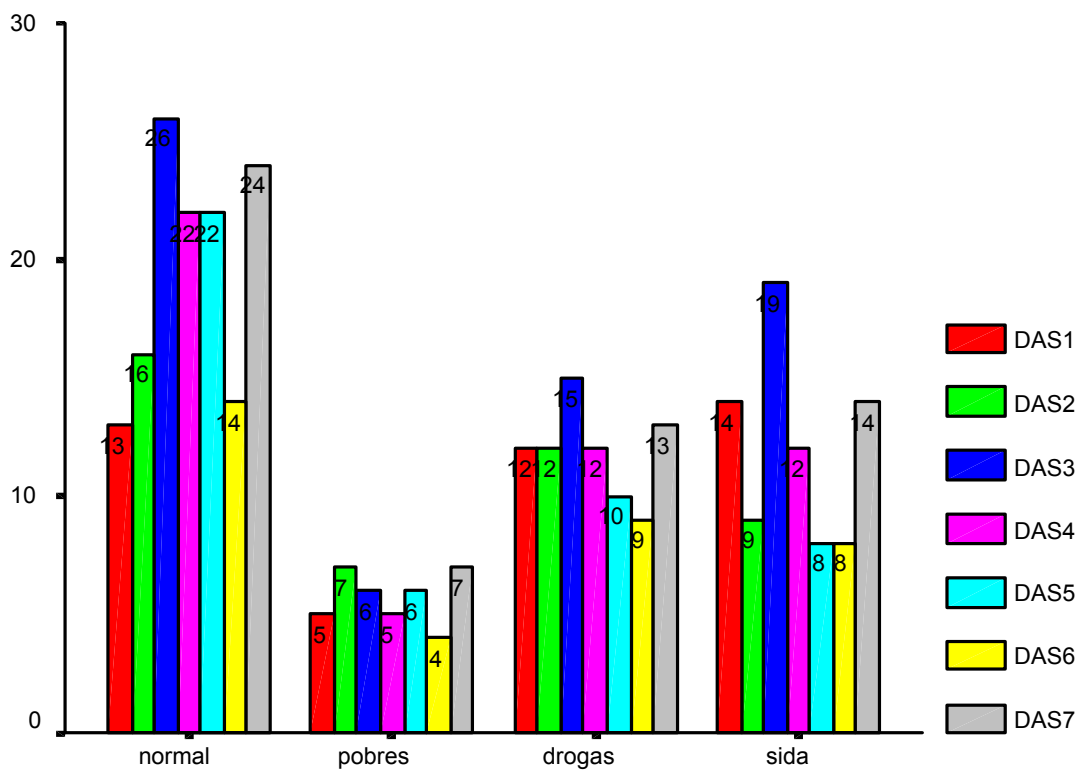
	Media	D.T.
Normal	0,20	3,96
Pobreza	-2,00	5,34
Drogadicción	-2,93	4,39
SIDA	-2,53	5,31

Tabla 113: Medias y desviación Tipo (D.T.) de DAS 7: Autonomía.

	Media	D.T.
Normal	3,17	3,75
Pobreza	-0,40	4,94
Drogadicción	-0,66	3,93
SIDA	-0,27	3,79

En la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) se establece que los valores positivos en las subescalas corresponden a las actitudes que pertenecen a lo que los autores determinan como “área de fortaleza psicológica”. Con el objetivo de observar de un modo gráfico qué número de participantes de los distintos grupos que se encuentran en esta situación, aportamos el siguiente gráfico (gráfico 8).

Gráfico 8: Número de sujetos que superan los valores “0”, categorizados por el DAS como “área de fortaleza psicológica”.



Antes de realizar las comparaciones de las medias correspondientes comprobaremos si en los grupos se cumple el supuesto de homogeneidad necesario para realizar el ANOVA (tabla 114).

Tabla 114: Prueba de homogeneidad de varianzas en el DAS para los grupos Normal, Drogadicción, Pobreza y SIDA.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
DAS1	3,551	3	101	0,017
DAS2	0,896	3	101	0,446 *
DAS3	0,903	3	101	0,442 *
DAS4	2,872	3	101	0,040
DAS5	4,661	3	101	0,004
DAS6	1,208	3	101	0,311 *
DAS7	0,887	3	101	0,451 *

Sig.> 0,05

Puesto que las variables DAS2, DAS3, DAS6, DAS 7 cumplen el supuesto de homogeneidad, podemos realizar en ellas el análisis de la varianza pertinente (tabla 115).

Tabla 115: ANOVA de un factor para DAS.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
DAS2	Inter-grupos	157,529	3	52,510	2,913	0,038 *
	Intra-grupos	1820,433	101	18,024		
	Total	1977,962	104			
DAS3	Inter-grupos	453,757	3	151,252	7,511	0,000 **
	Intra-grupos	2033,900	101	20,138		
	Total	2487,657	104			
DAS6	Inter-grupos	175,257	3	58,419	2,643	0,053 n.s.
	Intra-grupos	2232,133	101	22,100		
	Total	2407,390	104			
DAS7	Inter-grupos	278,367	3	92,789	5,803	0,001 **
	Intra-grupos	1614,833	101	15,988		
	Total	1893,200	104			

* p<0,05

**p<0,01

n.s.: no significativo

La tabla 115 nos presenta los resultados de las comparaciones en estas variables. La significación asociada a la F nos indica que las variables DAS2, DAS3, DAS7, muestran diferencias significativas. Para poder discriminar entre que grupos existen las citadas diferencias realizamos comparaciones múltiples post hoc (tablas 116-117).

Tabla 116: Comparaciones múltiples post hoc para DAS 3: Ejecución.

GRUPO	GRUPO	Diferencia entre medias	Significación
Normal	Pobreza	5,7000	0,002 **
	Drogadicción	4,5667	0,002 **

**p<0,01

Tabla 117: Comparaciones múltiples post hoc para DAS 7: Autonomía.

GRUPO	GRUPO	Diferencia entre medias	Significación
Normal	SIDA	-3,4333	0,014 *
	Drogadicción	3,7667	0,006 **

* p<0,05

**p<0,01

Nuevamente, el grupo de Normal se muestra como aquel con el que existen la mayores diferencias del resto de los grupos, también en lo que respecta a las variables “ejecución” y “autonomía”.

Para aquellas variables que no cumplieron el supuesto de homogeneidad realizaremos el correspondiente análisis utilizando pruebas no paramétricas (Tablas 118-120).

Tablas 118: Prueba de Kruskal-Wallis para DAS1, DAS4 y DAS 5

	DAS1	DAS4	DAS5
Chi-cuadrado	0,789	8,195	15,745
G1	3	3	3
Sig. asintót.	0,852 n.s.	0,042 *	0,001 **

* p<0,05

**p<0,01

n.s.: no significativo

Tabla 119: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en DAS4: perfeccionismo.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,476	0,013 *
	Drogadicción	-2,165	0,030 *
	SIDA	-2,030	0,042 *

* p<0,05

Tabla 120: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney en DAS 5: derecho sobre los demás.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,146	0,032 *
	Drogadicción	-3,020	0,003 **
	SIDA	-3,863	0,000 **

* p<0,05

**p<0,01

El grupo de normal, en actitudes como “perfeccionismo” y “derecho sobre los otros”, muestra valores positivos categorizados como indicadores de “fortaleza psicológica” y estos son distintos de los valores en el resto de los grupos.

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON-II (MCMII-II)

Mostramos en las tablas siguientes los descriptivos referentes a medias y desviaciones típicas de aquellas subescalas seleccionadas de este instrumento psicológico por su afinidad con la hipótesis objeto de estudio (tablas 121-126).

Tabla 121: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTA: Ansiedad.

	Media	D.T.
Normal	32,87	10,66
Pobreza	52,93	27,56
Drogadicción	32,00	31,43
SIDA	47,97	29,49

Tabla 122: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTN: Hipomanía.

	Media	D.T.
Normal	34,87	19,43
Pobreza	56,73	19,66
Drogadicción	53,80	9,95
SIDA	53,76	18,74

Tabla 123: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTD: Distimia: neurosis depresiva.

	Media	D.T.
Normal	30,93	9,86
Pobreza	57,13	26,50
Drogadicción	31,17	34,11
SIDA	32,20	30,89

Tabla 124: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTSS: Pensamiento psicótico.

	Media	D.T.
Normal	17,63	14,72
Pobreza	70,07	26,15
Drogadicción	61,27	15,81
SIDA	63,63	9,07

Tabla 125: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTCC: Depresión mayor.

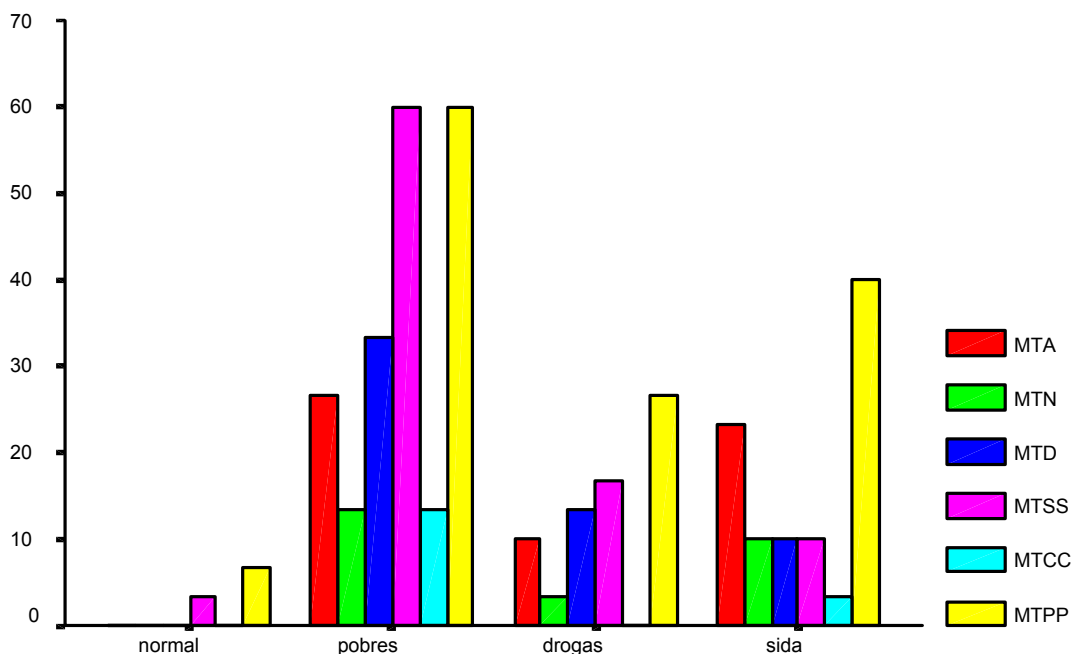
	Media	D.T.
Normal	14,47	11,33
Pobreza	46,87	28,05
Drogadicción	37,67	30,12
SIDA	50,70	20,71

Tabla 126: Medias y desviación Tipo (D.T.) de MTPP: Trastorno delirante.

	Media	D.T.
Normal	32,77	25,90
Pobreza	79,33	33,51
Drogadicción	67,63	9,14
SIDA	72,30	12,05

Como ya hemos indicado con anterioridad, en el Inventario MCMI-II se establece como punto de corte para sugerir la alteración en las subescalas la puntuación 74. En el gráfico que exponemos a continuación (gráfico 9) se observa que el grupo donde existe mayor número de participantes que tiene puntuaciones que indican “alteración” es el de Pobreza, seguido del grupo de SIDA y el de Drogadicción.

Gráfico 9: Porcentaje de casos que superan la puntuación 74 en los distintos grupos en el MCMI-II (síndromes clínicos y graves).



En la tabla 127 encontramos la prueba de Levene (homogeneidad de varianzas) para las escalas seleccionadas del MCMII-II. En esta tabla podemos ver que en ninguna de ellas se cumple el supuesto de homogeneidad.

Tablas 127: Prueba de homogeneidad de varianzas en MCMI-II para los grupos Normal, Drogadicción, Pobreza y SIDA.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
MTA	18,597	3	101	0,000
MTN	4,303	3	101	0,007
MTD	20,891	3	101	0,000
MTSS	7,105	3	101	0,000
MTCC	13,645	3	101	0,000
MTPP	18,575	3	101	0,000

Puesto que las variables no cumplieron los supuestos necesarios para poder realizar el ANOVA, se han utilizado pruebas no paramétricas para realizar las correspondientes comparaciones.

Tabla 128: Prueba H de Kruskal-Wallis en MCMI-II.

	MTA	MTN	MTD	MTSS	MTCC	MTPP
Chi-cuadrado	9,711	19,009	11,240	54,520	27,789	42,526
gl	3	3	3	3	3	3
Sig. asintót.	0,021 *	0,000 **	0,010 *	0,000 **	0,000 **	0,000 **

* p<0,05

**p<0,01

La Prueba H de Kruskal-Wallis (tabla 128) nos muestra diferencias significativas en todos los grupos. En los análisis siguientes (tablas 129-134) se muestra que prácticamente todos los grupos presentan mayores niveles de ansiedad, hipomanía, distimia y depresión mayor que el grupo Normal.

Tabla 129: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTA: Ansiedad.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-2,674	0,008 **
	SIDA	-2,189	0,029 *
Pobreza	Drogadicción	-2,012	0,044 *

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 130: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTN: Hipomanía.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-3,048	0,002 **
	Drogadicción	-3,677	0,000 **
	SIDA	-3,381	0,001 **

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 131: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTD: Distimia.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
SIDA	Normal	-0,732	0,001 **
	Pobreza	-2,541	0,011 *
Pobreza	Drogadicción	-2,589	0,010 **
	Normal	-3,411	0,001 **

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 132: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTSS: Pensamiento psicótico.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-4,978	0,000 **
	Drogadicción	-5,845	0,000 **
	SIDA	-6,229	0,000 **

**p<0,01

Tabla 133: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTCC: Depresión mayor.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-4,450	0,000 **
	Drogadicción	-2,044	0,041 *
	SIDA	-5,345	0,000 **

* p<0,05

**p<0,01

Tabla 134: Pruebas no paramétricas de Mann-Whitney MTPP: Trastorno delirante.

GRUPO	GRUPO	Z	Significación
Normal	Pobreza	-3,891	0,000 **
	Drogadicción	-5,142	0,000 **
SIDA	Normal	-5,525	0,000 **
	Drogadicción	-2,110	0,035 *

* p<0,05

**p<0,01

HIPÓTESIS

3.1.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social no presentan estrategias de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación y reevaluación positiva) distintas de las personas que sin estar afectadas por la infección presentan antecedentes de politoxicomanías y viven en una situación de exclusión social, ni de aquéllos que sin estar afectadas por la infección, ni presentar antecedentes de politoxicomanías, viven en una situación de exclusión social.

3.2.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentarán bajas puntuaciones en determinadas estrategias de afrontamiento adaptativas (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación y reevaluación positiva) y altas puntuaciones en las estrategias de afrontamiento más desadaptativas (huida evitación).

3.3.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de Drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentarán estrategias de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación y reevaluación positiva) distintas de las personas que no están afectadas por la infección, no presentan antecedentes de politoxicomanías y no viven en una situación de exclusión social.

En estas hipótesis realizaremos las comparaciones oportunas usando las subescalas que componen la Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Las medias y las desviaciones típicas de los grupos Normal, Drogadicción, Pobreza y SIDA, en diferentes subescalas, se exponen en las tablas siguientes (tablas 135-142).

Tabla 135: Medias y desviación tipo (D.T) de LI: Confrontación: describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acciones directas.

	Media	D.T.
Normal	8,07	2,83
Pobreza	8,93	4,51
Drogadicción	6,97	3,06
SIDA	8,57	4,06

Tabla 136: Medias y desviación tipo (D.T) de LII: Distanciamiento: describe los esfuerzos por separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo.

	Media	D.T.
Normal	9,43	3,21
Pobreza	11,47	4,84
Drogadicción	10,10	4,16
SIDA	9,80	4,15

Tabla 137: Medias y desviación tipo (D.T) de LIII: Autocontrol: describe los esfuerzos por regular los propios sentimientos y acciones

	Media	D.T.
Normal	8,10	2,07
Pobreza	8,67	3,01
Drogadicción	8,00	2,88
SIDA	6,77	3,04

Tabla 138: Medias y desviación tipo (D.T) de LIV: Búsqueda de Apoyo Social.

	Media	D.T.
Normal	9,87	2,84
Pobreza	11,20	3,76
Drogadicción	8,10	4,37
SIDA	11,67	4,54

Tabla 139: Medias y desviación tipo (D.T) de LV: Aceptación de la Responsabilidad: reconocimiento del propio papel en el problema.

	Media	D.T.
Normal	5,47	2,25
Pobreza	5,07	3,57
Drogadicción	3,00	2,38
SIDA	4,63	2,87

Tabla 140: Medias y desviación tipo (D.T) de LVI: Huida-Evitación: describe el pensamiento desiderativo. Los ítems de esta escala sugieren huida y evitación.

	Media	D.T.
Normal	5,06	2,49
Pobreza	6,87	4,34
Drogadicción	6,50	3,99
SIDA	6,83	4,04

Tabla 141: Medias y desviación tipo (D.T) de LVII: Planificación: describe los esfuerzos deliberados centrados en el problema para alterar la situación unido a la aproximación analítica para resolver el problema.

	Media	D.T.
Normal	10,83	2,66
Pobreza	11,87	3,25
Drogadicción	9,73	3,55
SIDA	10,03	4,09

Tabla 142: Medias y desviación tipo (D.T) de LVIII: Reevaluación Positiva: describe los esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

	Media	D.T.
Normal	10,47	3,52
Pobreza	11,87	4,63
Drogadicción	10,90	12,98
SIDA	10,60	5,05

El análisis de la varianza que los datos nos permiten hacer (todas las subescalas, salvo LVI y LTO, cumplen el supuesto de homogeneidad) (tabla 143), nos indica que existen diferencias significativas entre los grupos en las subescalas LIV y LV ($F= 3,603$; sig.= 0,016 y LV $F= 4,651$; sig.=0,004)(tabla 144).

Tabla 143: Prueba de homogeneidad de varianzas para Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
LI	1,900	3	101	0,134 *
LII	2,133	3	101	0,101 *
LIII	1,473	3	101	0,226 *
LIV	2,275	3	101	0,084 *
LV	2,694	3	101	0,050 *
LVI	2,981	3	101	0,035
LVII	2,567	3	101	0,059 *
LVIII	1,419	3	101	0,242 *
LTO	2,911	3	101	0,038

Sig. >0,05

Tablas 144: ANOVA de un factor para Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
LI	Inter-grupos	54,829	3	18,276	1,459	0,230 n.s.
	Intra-grupos	1265,133	101	12,526		
	Total	1319,962	104			
LII	Inter-grupos	43,362	3	14,454	0,896	0,446 n.s.
	Intra-grupos	1628,600	101	16,125		
	Total	1671,962	104			
LIII	Inter-grupos	47,114	3	15,705	2,083	0,107 n.s.
	Intra-grupos	761,400	101	7,539		
	Total	808,514	104			
LIV	Inter-grupos	169,529	3	56,510	3,603	0,016 *
	Intra-grupos	1584,033	101	15,683		
	Total	1753,562	104			
LV	Inter-grupos	100,767	3	33,589	4,651	0,004 **
	Intra-grupos	729,367	101	7,221		
	Total	830,133	104			
LVII	Inter-grupos	55,114	3	18,371	1,540	0,209 n.s.
	Intra-grupos	1204,733	101	11,928		
	Total	1259,848	104			
LVIII	Inter-grupos	3,529	3	1,176	0,013	0,998 n.s.
	Intra-grupos	8805,100	101	87,179		
	Total	8808,629	104			

* p<0,05

**p<0,01

n.s.: no significativo

En las comparaciones a posteriori (tabla 145) encontramos que sólo existen diferencias significativas entre el grupo Normal y el grupo Drogadicción en la subescala LV (sig.= 0,008).

Tabla 145: Comparaciones múltiples *a posteriori* del grupo Normal con Drogadicción, Pobreza y SIDA en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Variable dependiente	(I) GRUPO	(J) GRUPO	Diferencia entre medias (I-J)	Significación
LIV	Drogadicción	SIDA	-3,1667	0,027 *
LV	Normal	Drogadicción	2,4667	0,008 **

* p<0,05

**p<0,01

En aquellas subescalas en las que no se cumplían el supuesto de homogeneidad, no se han encontrado diferencias significativas utilizando pruebas no paramétricas (tabla 146).

Tabla 146: Estadísticos de contraste para Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman: Prueba de Kruskal-Wallis.

	LVI
Chi-cuadrado	2,917
gl	3
Sig. asintót.	0,405 n.s.

n.s.: no significativo

HIPÓTESIS SECUNDARIAS

HIPÓTESIS 1.3.

En los grupos de población estudiados existe relación entre determinadas variables de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica, compulsiva, pasivo/agresivo y autodestructiva) y variables de carácter sociosanitario (tiempo de infección, tiempo total de consumo, tiempo de abstinencia, número de años en prisión y domicilio habitual).

El estudio de esta hipótesis, englobada dentro de las llamadas hipótesis secundarias, intenta aportar posible tendencias de determinadas relaciones que se han observado en los datos. Por el interés y la posible información que aporta, nos parece interesante mostrar de una manera gráfica aquellas relaciones que, según nuestro criterio, presentan mayor relevancia.

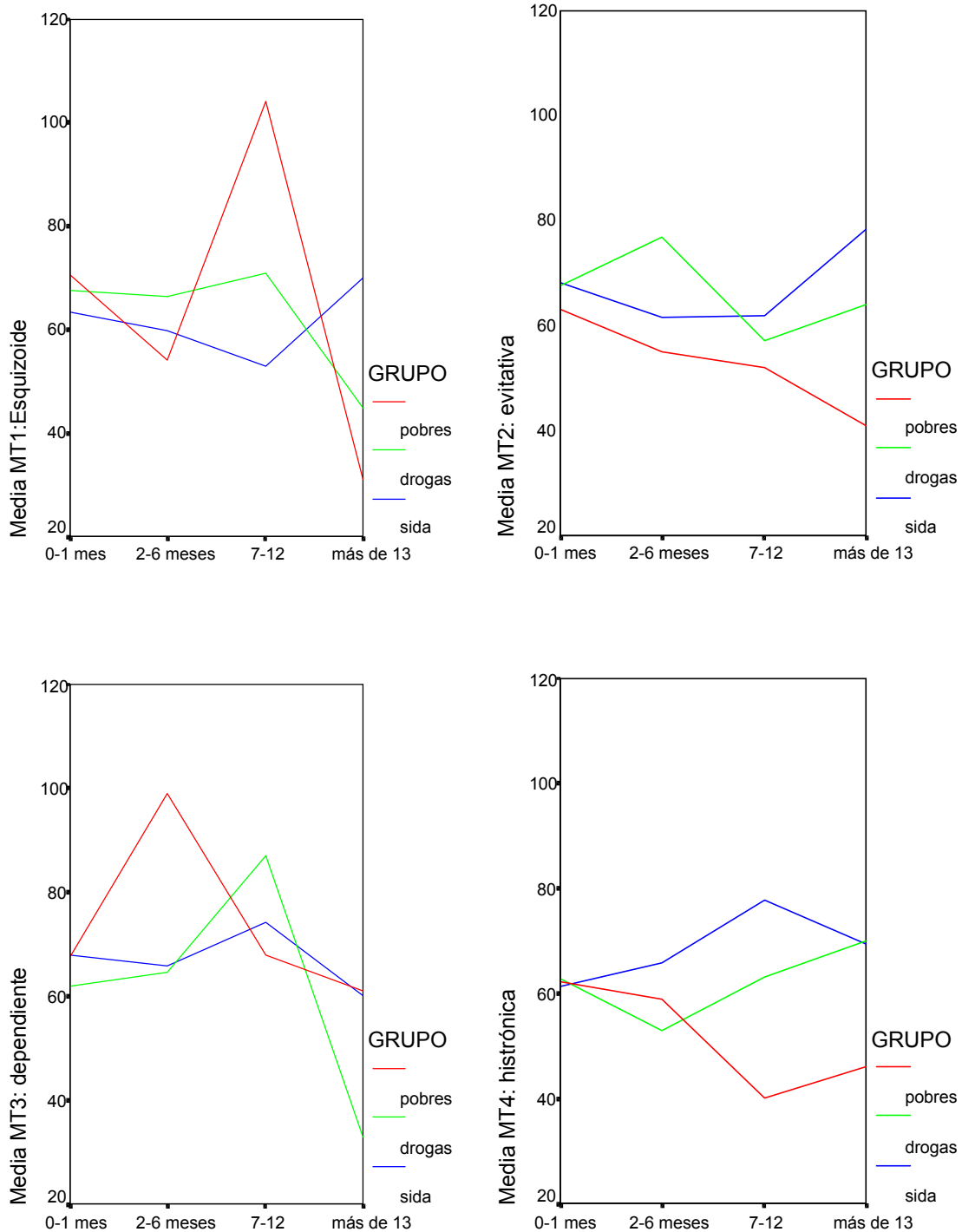
Para poder contrastar esta hipótesis hemos comparado las puntuaciones estandarizadas de las escalas de patrones básicos de personalidad clínica (escalas desde la 1 a la 8B) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) (Millon, 1999) en los grupos denominados Normal, Pobreza, Drogadicción y SIDA (grupos A, B, C y D). Las variables en las que hemos intentado ver la posibles relaciones pertenecen a tres áreas recogidas en el protocolo de valoración (anexo I): área social, sanitaria y de politoxicomanías.

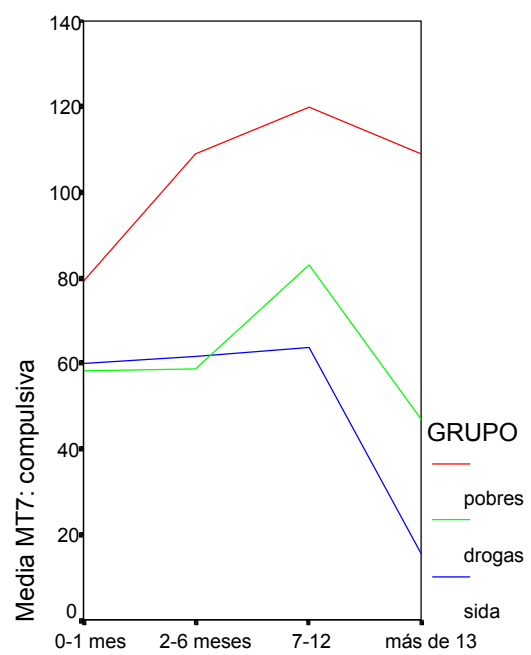
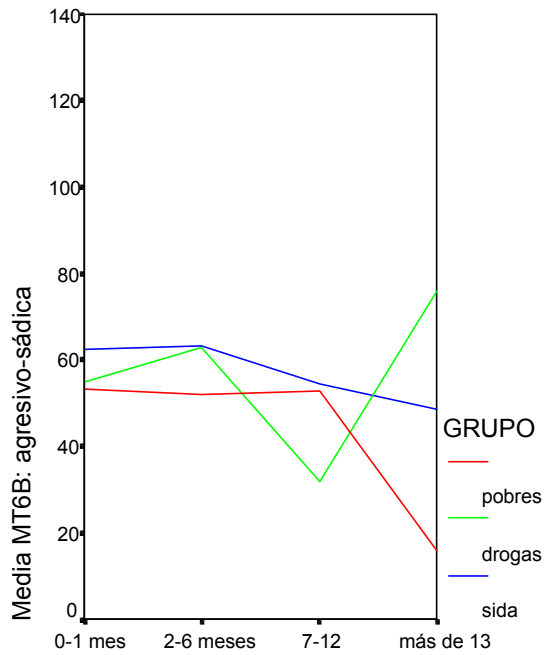
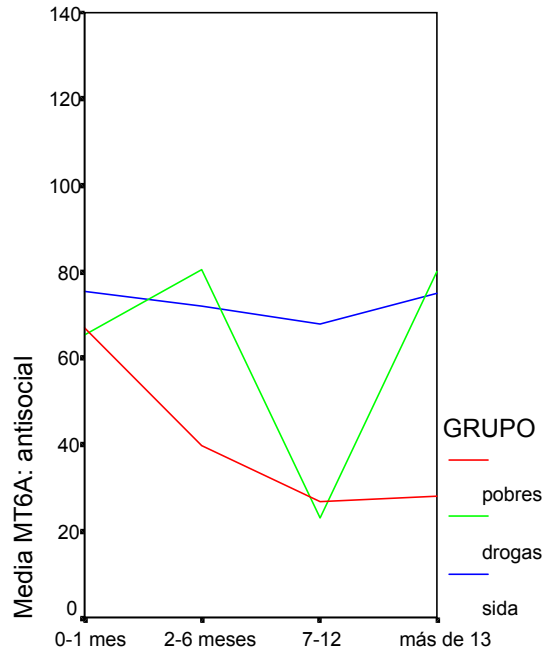
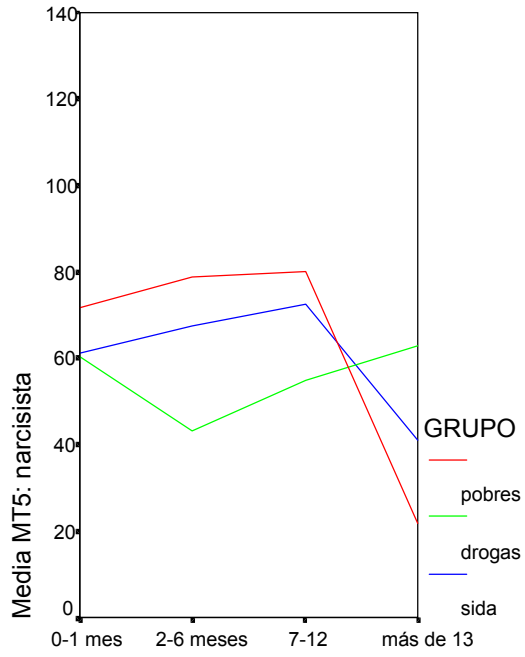
A continuación sólo incluiremos aquellas variables en las que hemos podido apreciar a nivel gráfico una posible influencia, por el contrario, aquellas en las que no la hemos encontrado aparecen en el anexo VI.

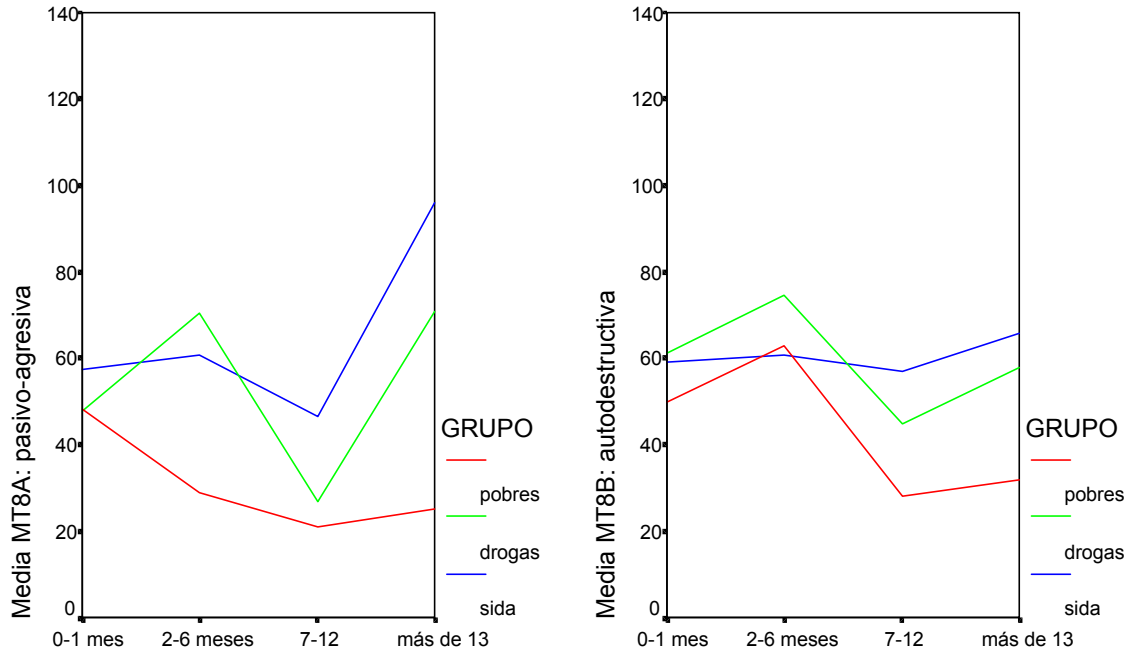
Con respecto al área social las variables estudiadas son: El tiempo que permanecen en los distintos centros (obtenida de la diferencia entre “fecha actual” y “fecha de ingreso en centro”) y el domicilio actual (véanse los gráficos en el anexo VI).

La variable “Tiempo en centro” se ha contemplado sólo en los grupos de exclusión (Pobreza, Drogadicción y SIDA) y en las diez escalas básicas de personalidad del MCMI-II.

Gráficos 10: Tiempo Centro en MCMI-II (escalas básicas).





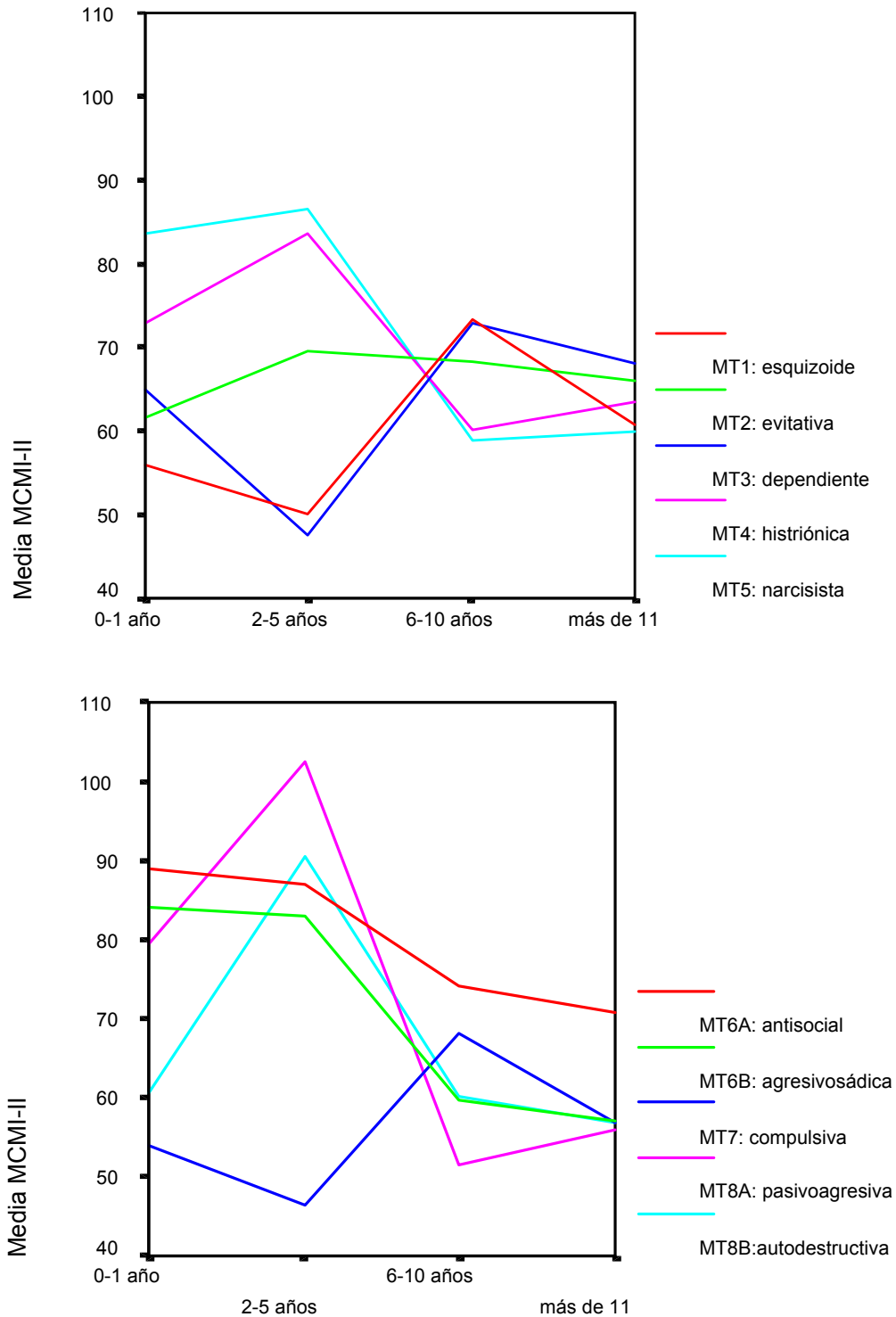


Los gráficos nos sugieren una posible influencia de la variables Tiempo en Centro en algunas variables. Observamos que en la subescala MT1 (esquizoide) y MT4 (histriónica) los grupo Drogadicción y SIDA se comportan de igual modo con puntuaciones en torno a las consideradas en el inventario como puntuaciones medias (en torno a 60), mientras que el grupo Pobreza muestra un comportamiento irregular; en la subescala MT5 (narcisista) los grupos Pobreza y SIDA marcan una misma tendencia descendente y el grupo Drogadicción no parece estar influido por la variable Tiempo en Centro; en la subescala MT7(compulsiva) los grupos Drogadicción y SIDA presentan una trayectoria similar y descendente, y el grupo Pobreza unas puntuaciones superiores a los otros grupos y una tendencia aparentemente ascendente y, por último, en las subescalas MT8A (pasiva-agresiva) y MT8B (autodestructiva) los tres grupos ofrecen un perfil similar carecterizado por una cambio en el sentido de la tendencia decreciente de las puntuaciones al alcanzar el valor “más de 13 meses de estancia en el centro”.

Una segunda área estudiada es la sanitaria. Para su estudio hemos elegido aquellas variables que nos parecieron más pertinentes relacionadas con el SIDA: Tiempo de infección SIDA (gráfico 11) y Tiempo de tratamiento antirretroviral

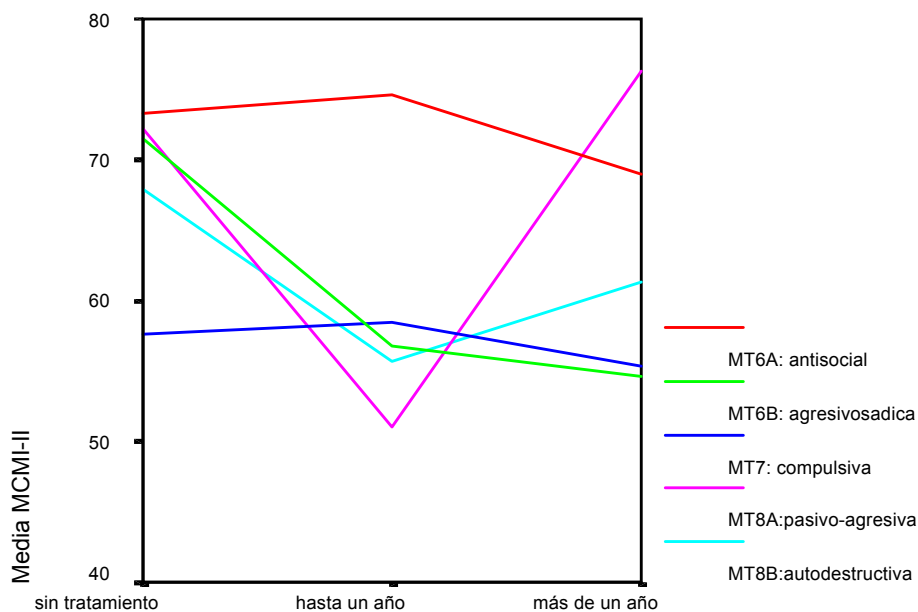
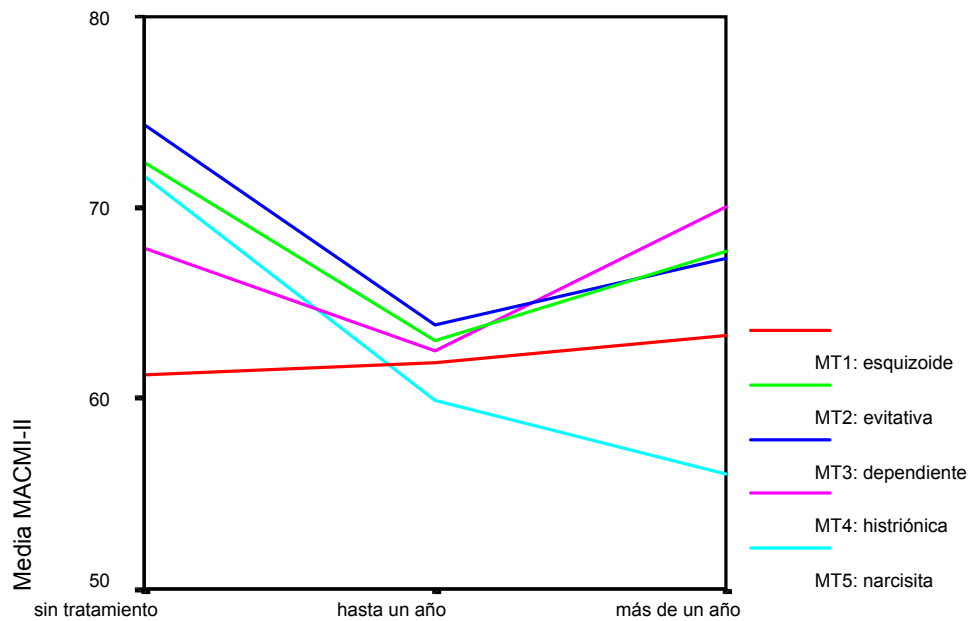
(gráfico 12). Si bien en estas variables no existe posibilidad de comparación por la escasez de participantes en los distintos niveles de las variables, nuestra intención es la de “captar” si la interacción aporta alguna tendencia.

Gráfico 11: Tiempo de infección SIDA en MCMI-II (escalas básicas).



En el gráfico 11, se puede observar que a medida que los participantes presentan mayor tiempo de infección SIDA, las puntuaciones en todas las subescalas tienden a igualarse en torno al valor que el instrumento marca como puntuación normal (60); por otra parte, en la variable Tiempo de Tratamiento Antirretroviral (gráfico 12) encontramos un cambio de sentido en la tendencia descendente cuando las puntuaciones alcanzan el nivel “más de un año de tratamiento”.

Gráfico 12: Tiempo de Tratamiento Antirretroviral en MCMI-II (escalas básicas).



Por ultimo, veremos cómo se comportan variables del área de las politoxicomanías. Hemos escogido las variables Tipo de tóxicos (gráfico 13 y gráfico 14) y Tiempo total de consumo (gráfico 15 y gráfico 16) por ser aquellas que se les presupone mayor afinidad a las variables de personalidad. Sólo están representados los grupos Drogadicción y SIDA por ser los únicos que puntúan en esta variables.

Gráfico 13: Tóxicos consumidos en grupo SIDA en MCMI-II (escalas básicas).

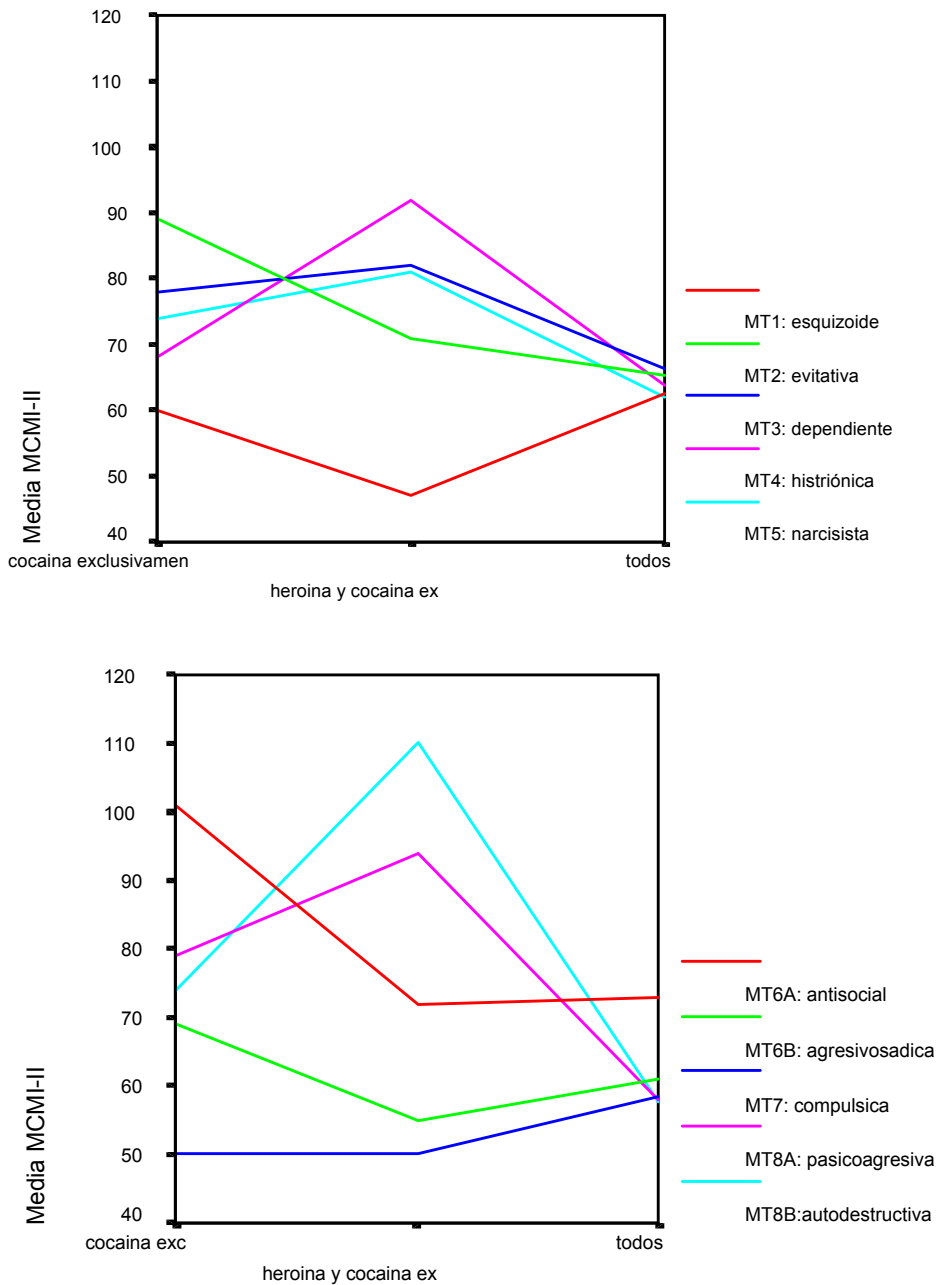
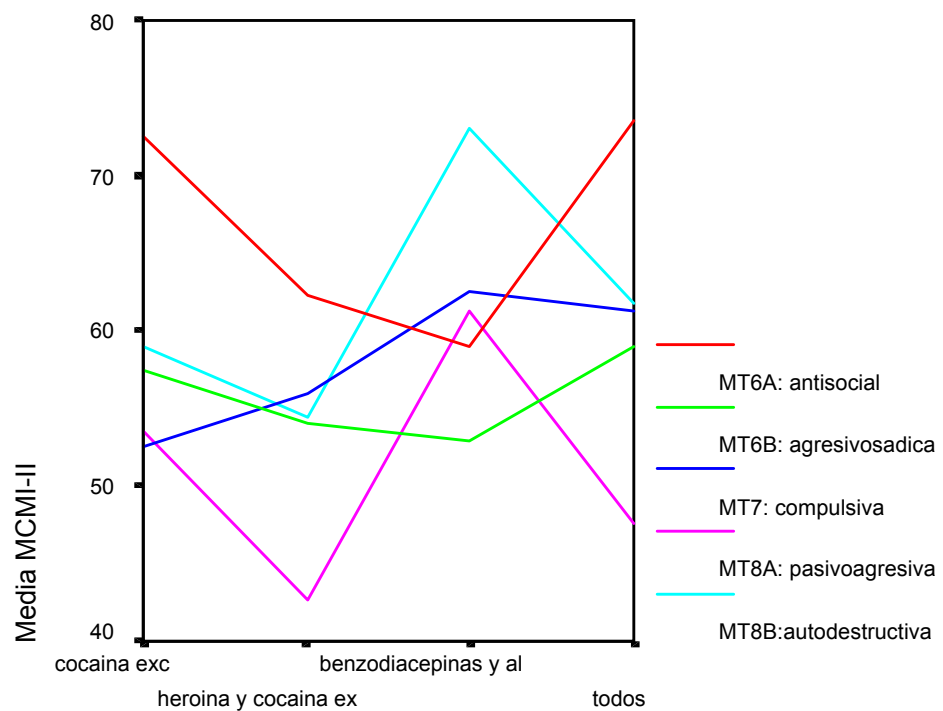
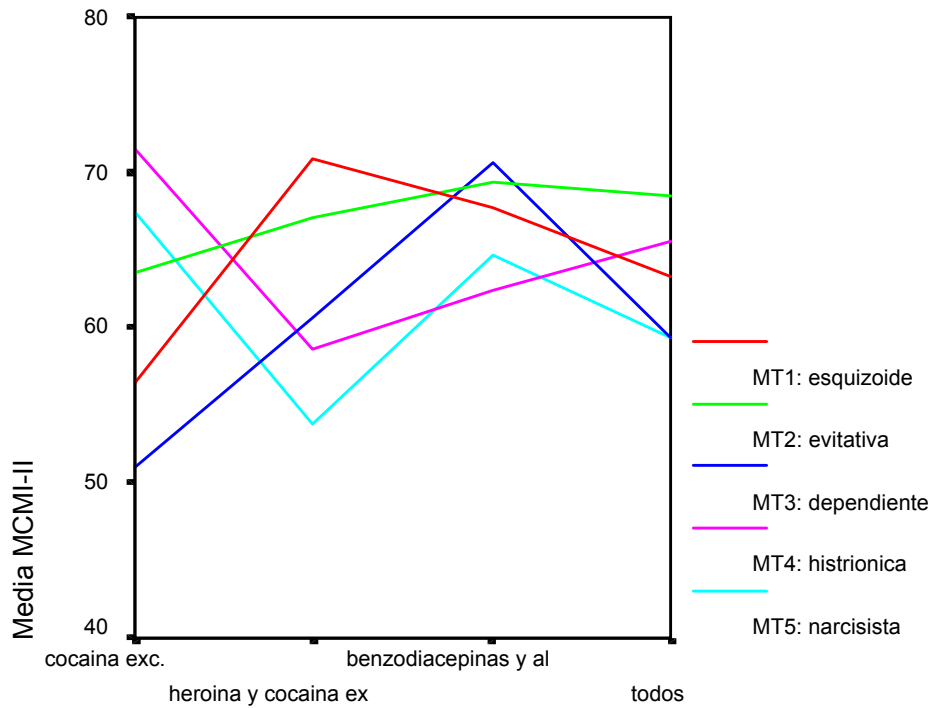


Gráfico 14: Tóxicos consumidos en grupo Drogadicción en MCMI-II (escalas básicas).



La última variable utilizada en esta hipótesis ha sido el Tiempo total de consumo.

Gráfico 15: Tiempo total de consumo en SIDA en MCMI-II (escalas básicas).

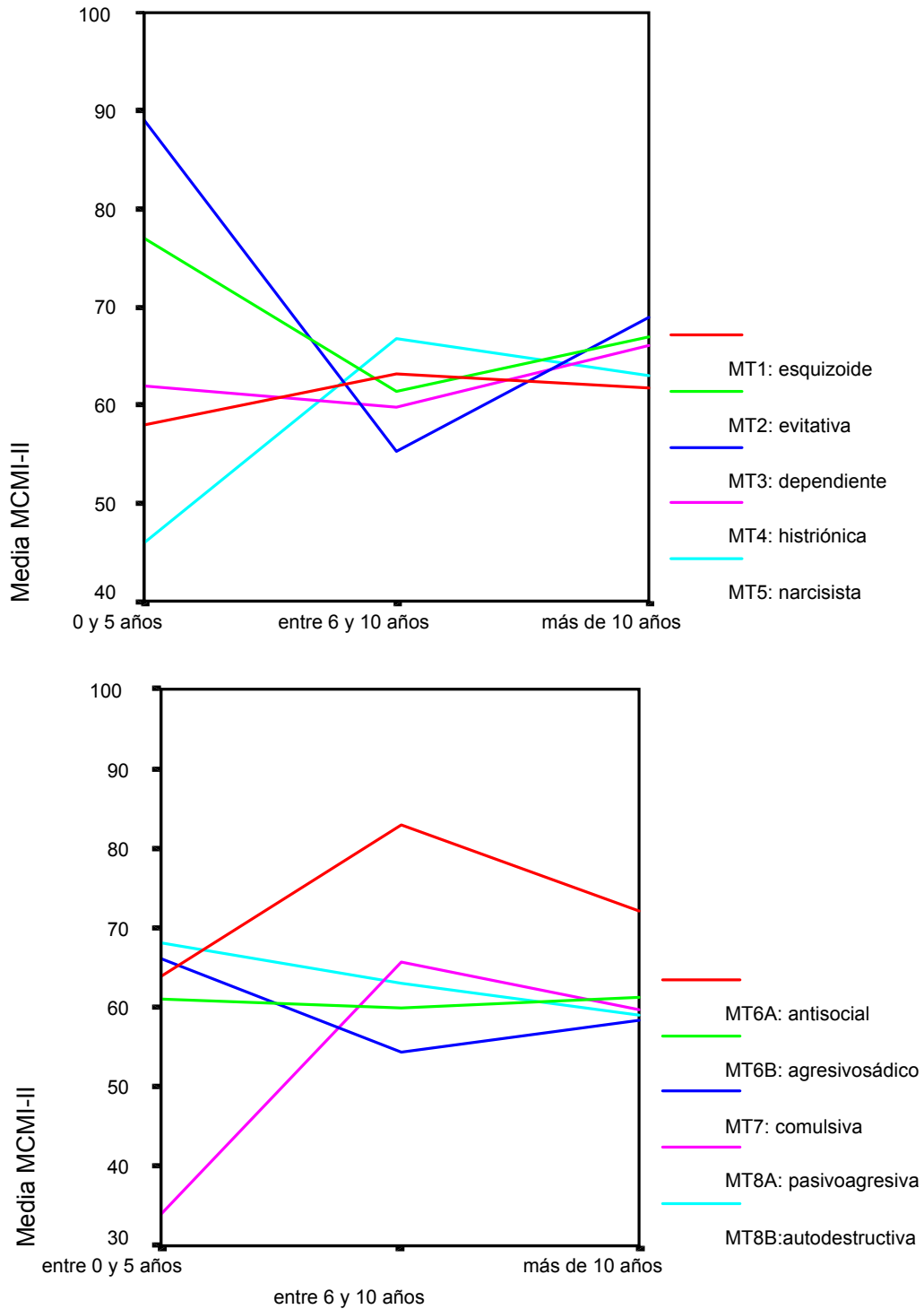
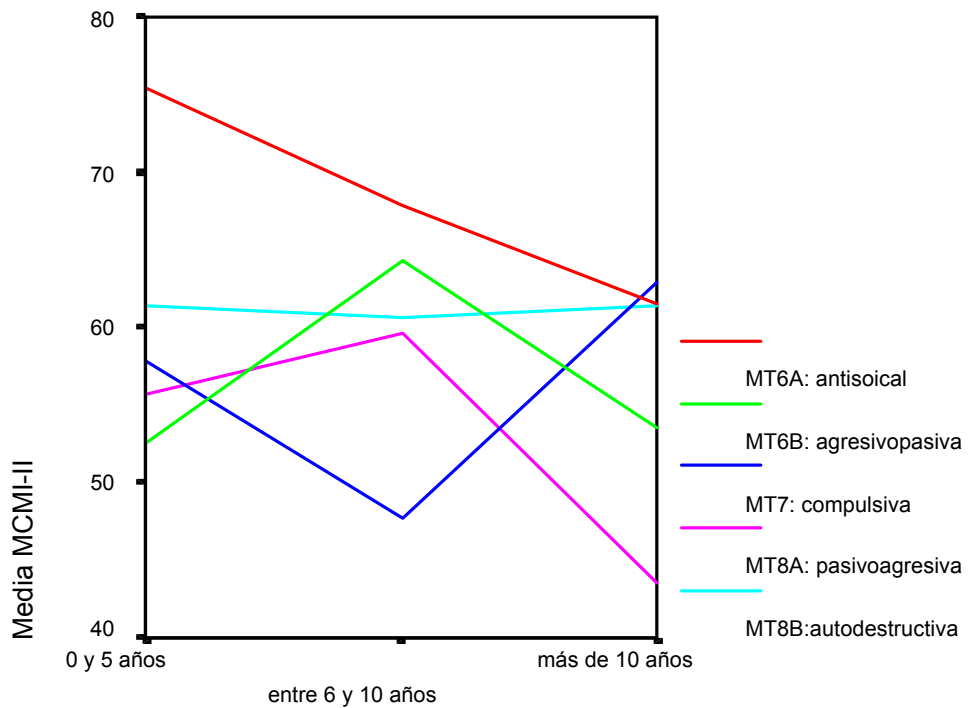
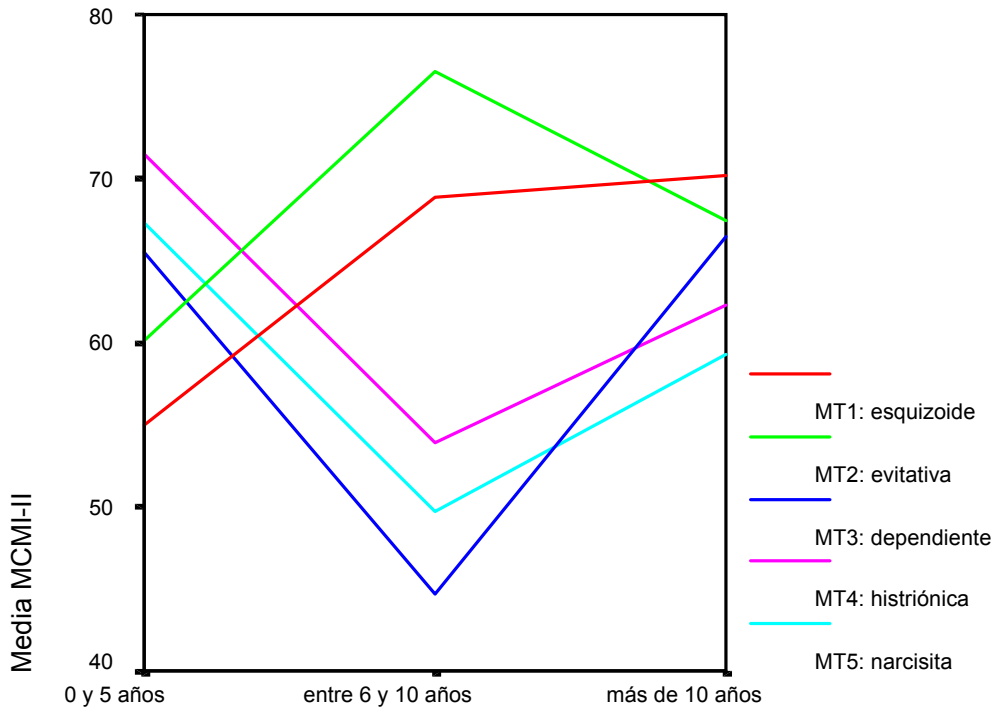


Gráfico 16: Tiempo total de consumo en Drogadicción en MCMI-II (escalas básicas).



Según nos muestran las figuras anteriores (gráficos 15, 16, 17 y 18), el grupo de personas que presentan la infección SIDA, se comporta de forma similar en las dos variables estudiadas (Tóxicos Consumidos y Tiempo Total de Consumo): homogeneizando las puntuaciones según adoptan los niveles con valores más altos. Así, por una parte, los participantes de este grupo que presentan el nivel más elevado en la variables Tóxicos Consumidos (= todos) presentan, prácticamente en todas las subescalas, valores próximos a 60, por otra parte, en este mismo grupo, cuando los sujetos presenta un Tiempo Total de Consumo superior a 10 años también obtienen la misma puntuación central. Este efecto no nos lo ofrecen los gráficos en el grupo de Drogadicción.

HIPÓTESIS 2.2.

En los diferentes grupos de población estudiados existe relación entre la prevalencia de trastornos afectivos (incluyendo distorsiones cognitivas) y determinadas variables de ámbito de la salud (con respecto a la infección SIDA: tiempo de infección, tiempo desde la última revisión, número de enfermedades que padece, tiempo de tratamiento, número de fármacos tomados; con respecto a la enfermedad mental: trastornos mentales actuales, tiempo de tratamiento actual, tratamiento que realiza, número de fármacos que toma), del ámbito de la politoxicomanía (tóxicos consumidos, vía de administración más frecuente, duración del último consumo, tiempo de abstinencia, tiempo total de consumo, estar incluido en programa de mantenimiento con metadona, cantidad de metadona tomada diariamente) y de carácter sociales (edad, domicilio actual, en caso de estar residiendo en centros, tiempo de estancia en el centro, ingresos económicos y fuente de los mismos, contactos familiares y situación judicial actual).

Esta hipótesis está clasificada en nuestro estudio como hipótesis secundaria, e intenta aportar posible tendencias de determinadas relaciones que se han observado en los datos. Como ya se explicó en la hipótesis 1.3. se utilizarán gráficos que nos puedan hacer intuir si existe cierta relación.

Por otra parte, con el fin de utilizar puntuaciones más representativas y menos influenciadas por interferencias, se han empleado, en los instrumentos que así lo han permitido, parámetros globales. Así, en la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983), hemos usado el Índice General de Ansiedad: (HADA) y el Índice general de Depresión (HADD), en la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1977) hemos usado un factor denominado "AC" que hace referencia a nivel general de actitudes disfuncionales (tabla 144). En el Inventario Multiaxial Clínico de Millon MCMI-II (1990), hemos mantenido las tres escalas denominadas "síndromes clínicos": Ansiedad (MTA), Hipomanía (MTN), Distimia (MTD) y tres de las categorizadas

como “síndromes graves”: Pensamiento psicótico (MTSS), Depresión mayor (MTC), Trastorno delirante (MTPP).

Como ya hemos mencionado anteriormente, en el caso de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1977), se ha realizado un análisis factorial por el método de extracción de componentes principales. Se encontró un único factor que consigue explicar el 53,055% de la varianza, por lo que hemos usado la puntuación en este factor como medida global de esta prueba denominándole factor AC que indica el grado de disfunción de las actitudes del sujeto.

Tabla 144: Matriz de componentes principales del DAS.

	Componente
DAS1	0,640
DAS2	0,728
DAS3	0,753
DAS4	0,790
DAS5	0,755
DAS6	0,735
DAS7	0,687
% varianza explicada	53,055

A continuación sólo incluiremos aquellas variables en las que hemos podido apreciar a nivel gráfico una posible influencia. Para una exposición más clara de los resultados, los gráficos han sido agrupados según las siguientes variables biosociales: Domicilio habitual (Domicilio), Fuente de Ingresos económicos (Fuente), Número de enfermedades (Enfermed), Tiempo de abstinencia (Abstinen), Duración del último consumo (Ultimoco), Tiempo total de consumo (Tiemcons), Programa Mantenimiento Metadona (Metadona). Por el contrario, aquellas en las que no hemos encontrado una aparente relación aparecen en el anexo VI, y son las siguientes: Fecha de nacimiento (Edadrec), Tiempo de estancia en centro (Tiemcent), Cantidad de Ingresos económicos (Ingresos) (ANEXO VI), Contactos familiares (Familia), Situación actual judicial (Jjudicial) (ANEXO VI), Tiempo de infección (Tiemsida), Tiempo de tratamiento antirretroviral (Ttar), Número de fármacos (Ntar), Número otros fármacos (Notrotto), Tipo de

tóxico (Toxico), Vía de tóxico (Viatoxi), Número de Enfermedades mentales que padece (EATSREC), Tiempo de tratamiento actual Salud Mental (EATP) y N° de fármacos psiquiátrico que recibe (ETSMN).

Domicilio habitual (Domicilio)

Gráfico 17: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Domicilio.

Índice General de Ansiedad: HADA

Índice general de Depresión: HADD

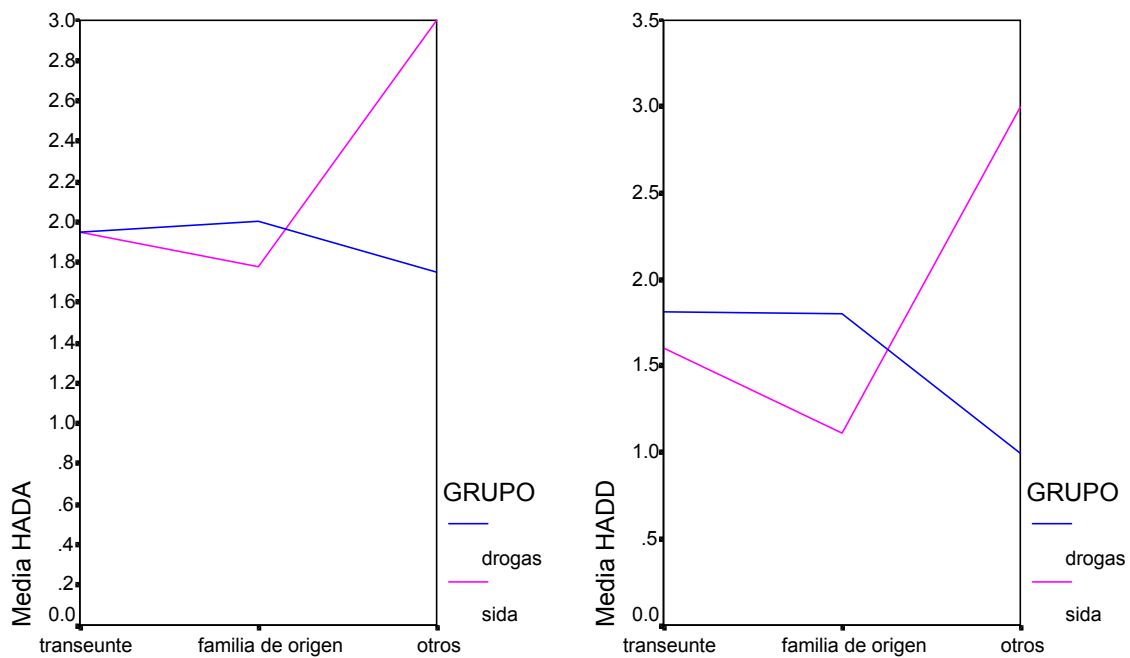


Grafico 18: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Domicilio.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

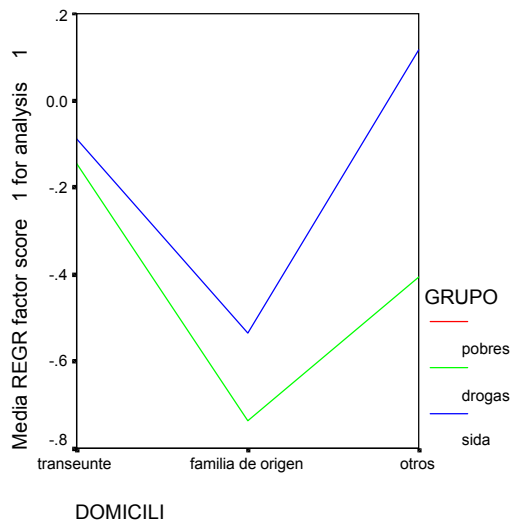
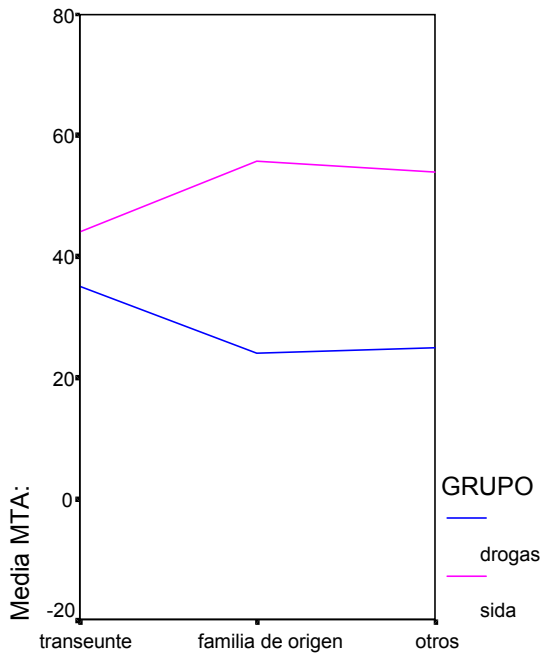
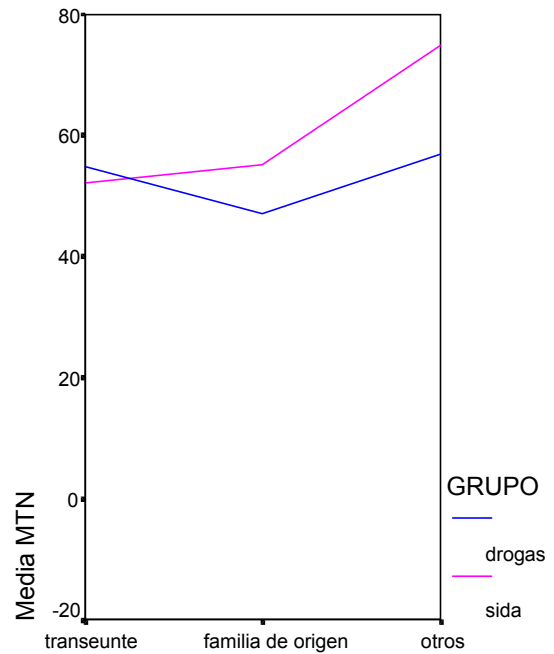


Gráfico 19: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Domicilio

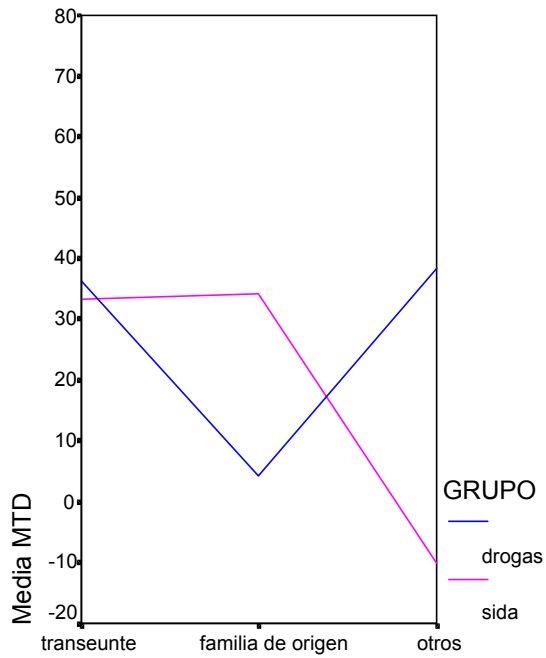
MTA: Ansiedad



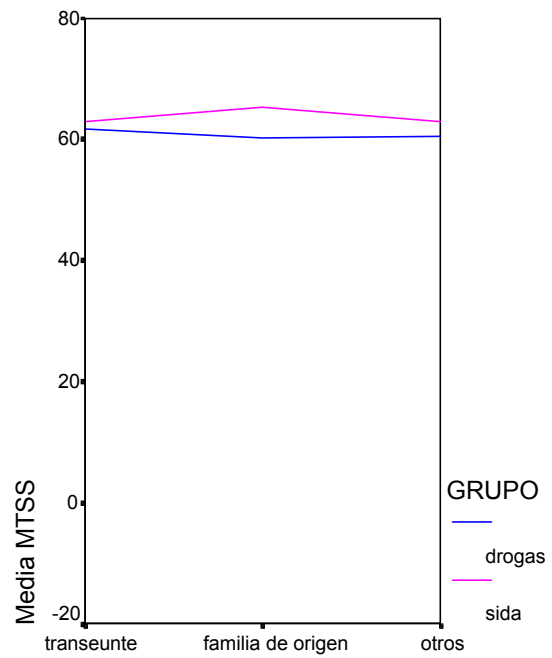
MTN: Hipomanía



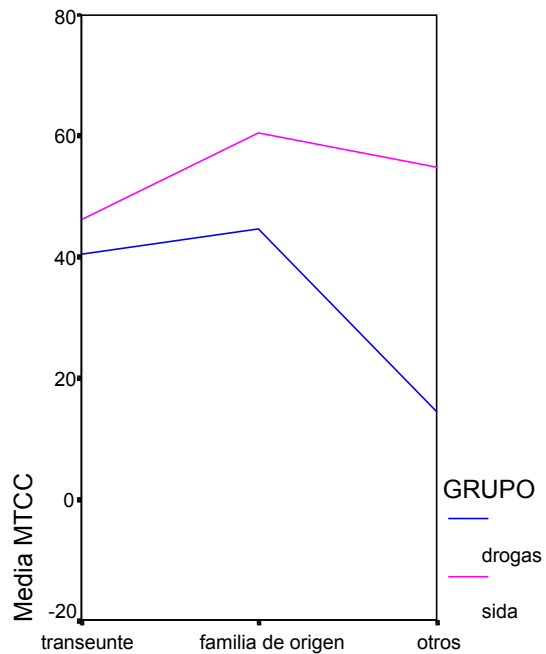
MTD: Distimia



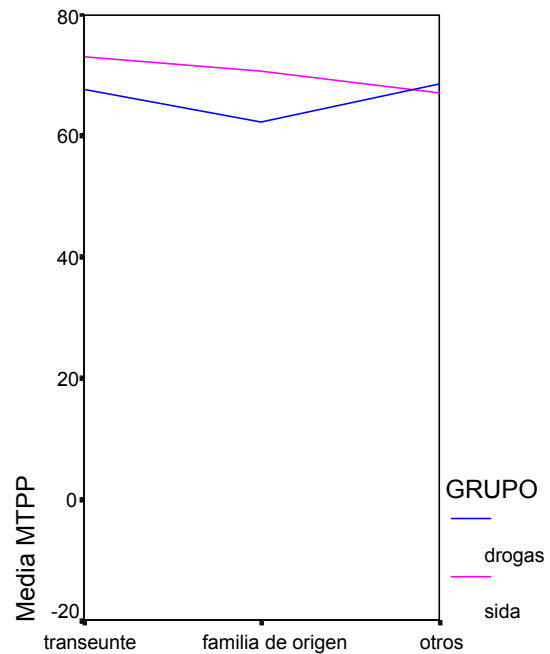
MTSS: Pensamiento psicótico



MTCC: Depresión mayor



MTPP: Trastorno delirante



Los gráficos anteriores nos muestran un comportamiento similar de los dos grupos en las variables Actitudes disfuncionales y Depresión mayor, sin embargo

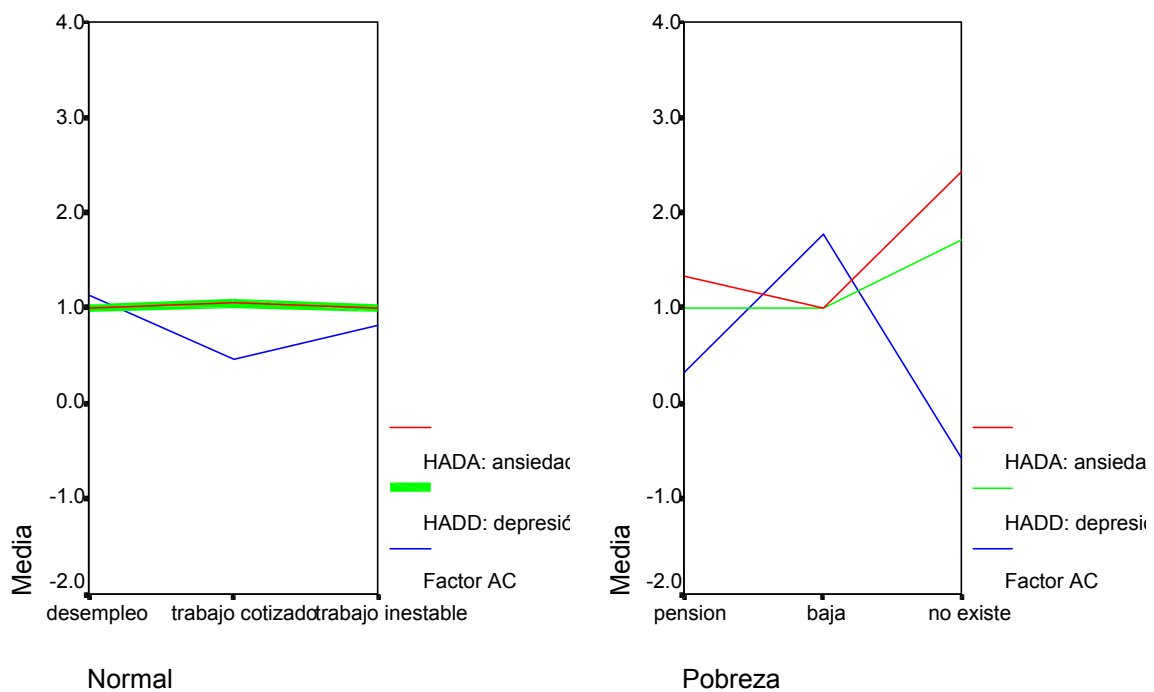
en los índices generales de ansiedad y depresión del HAD (gráfico 17) y en la subescala Distimia los grupos adoptan valores divergentes en el nivel “otros” de la variables Domicilio habitual. En las subescalas ansiedad, hipomanía, pensamiento psicótico y trastorno delirante no se puede observar la influencia esperada.

Fuente de Ingresos económicos (Fuente)

En esta variable nos llama la atención el sentido inverso entre los índices globales de ansiedad y depresión del HAD y el factor AC en el grupo de pobreza; comportamiento que no se observa en los grupos de Drogadicción y SIDA, destacando en este último una distribución similar y esperable de los datos en el índice de ansiedad y el factor AC.

Con respecto a las subescalas del MCMI-II, es el grupo Pobreza donde se pueden apreciar una influencia de esta variable por la variación en el sentido que experimenta el gráfico cuando los participantes presentan el nivel “fuente de los ingresos: baja laboral”.

Gráfico 20: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Fuente de ingresos económicos.



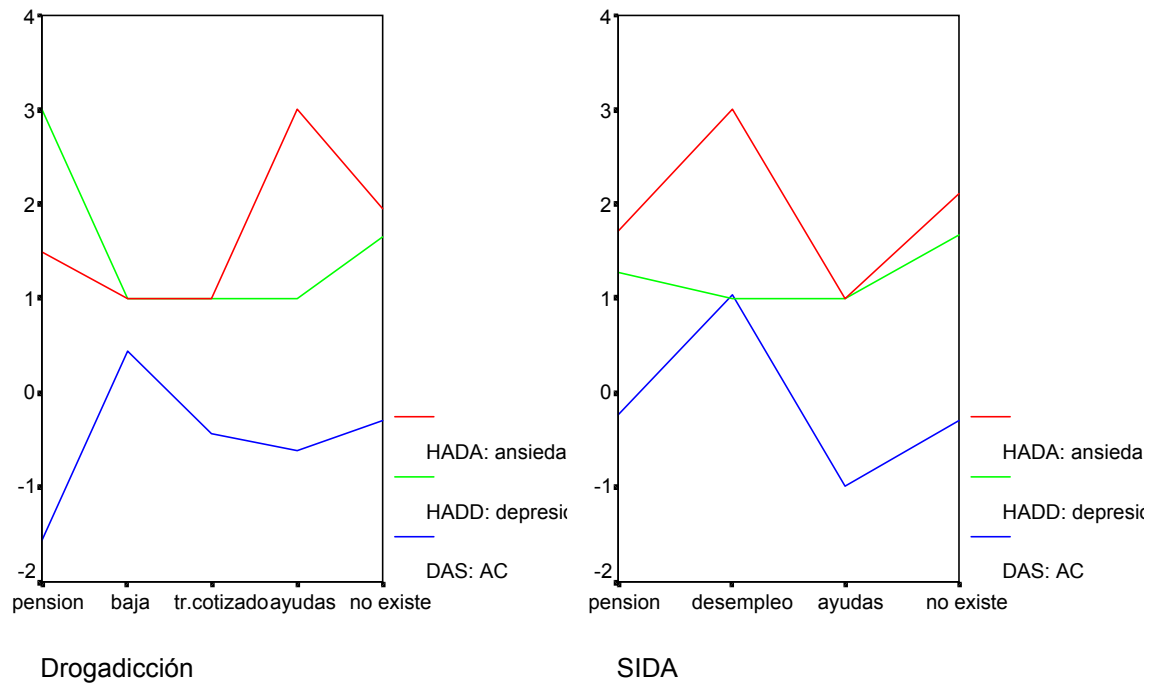
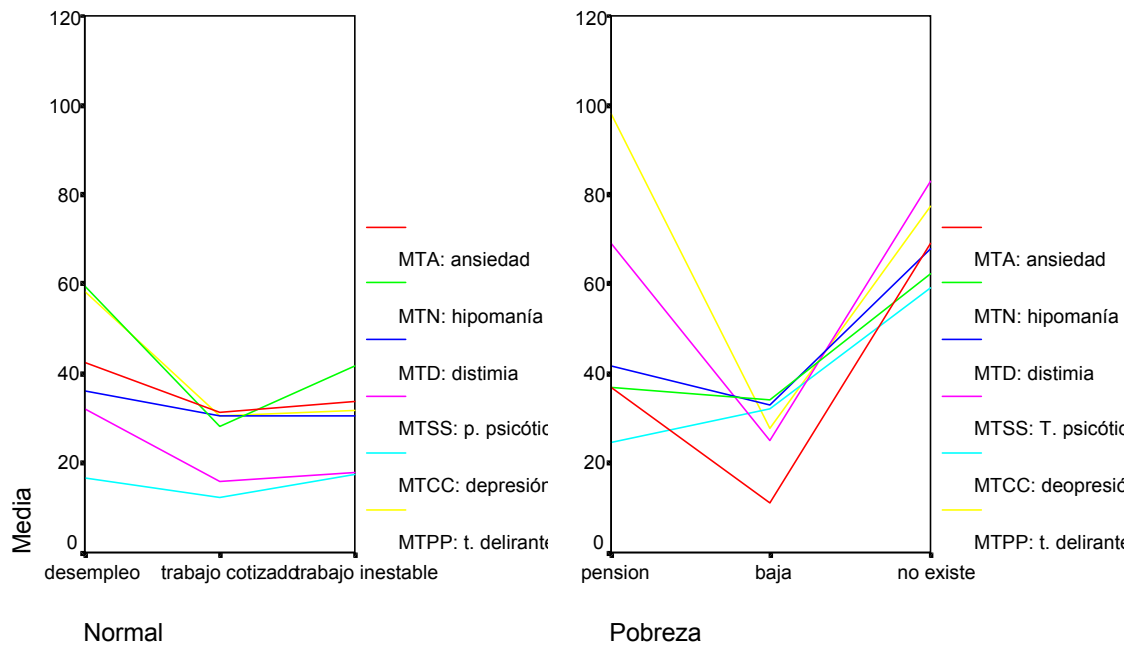
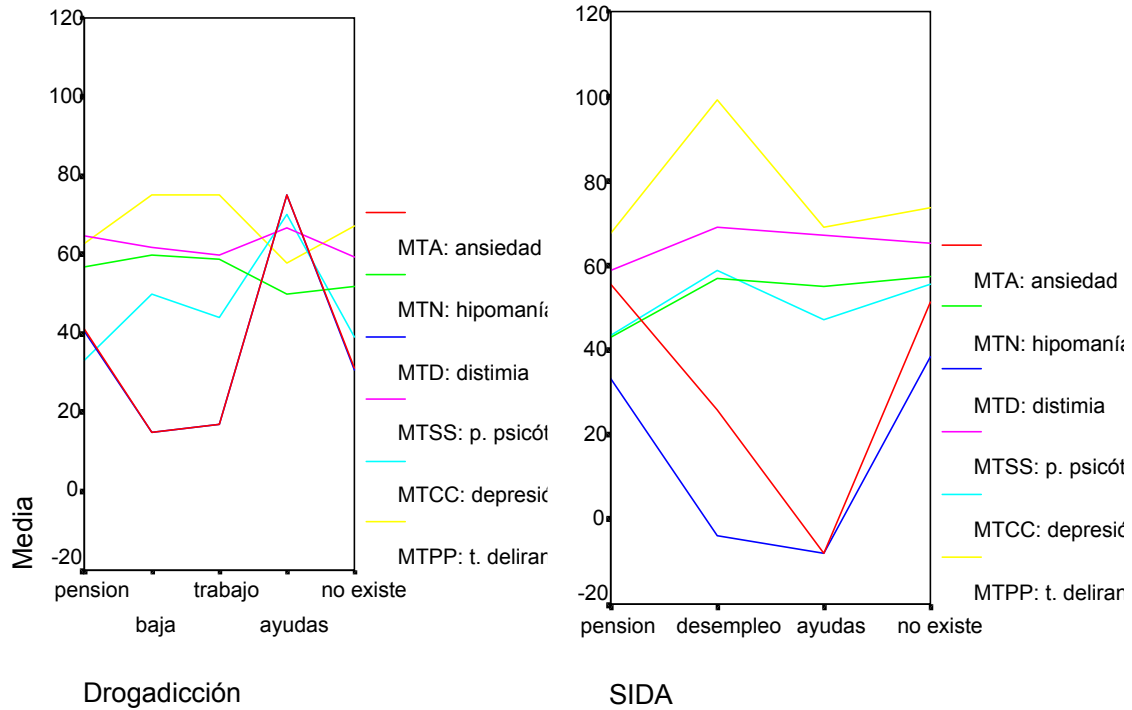


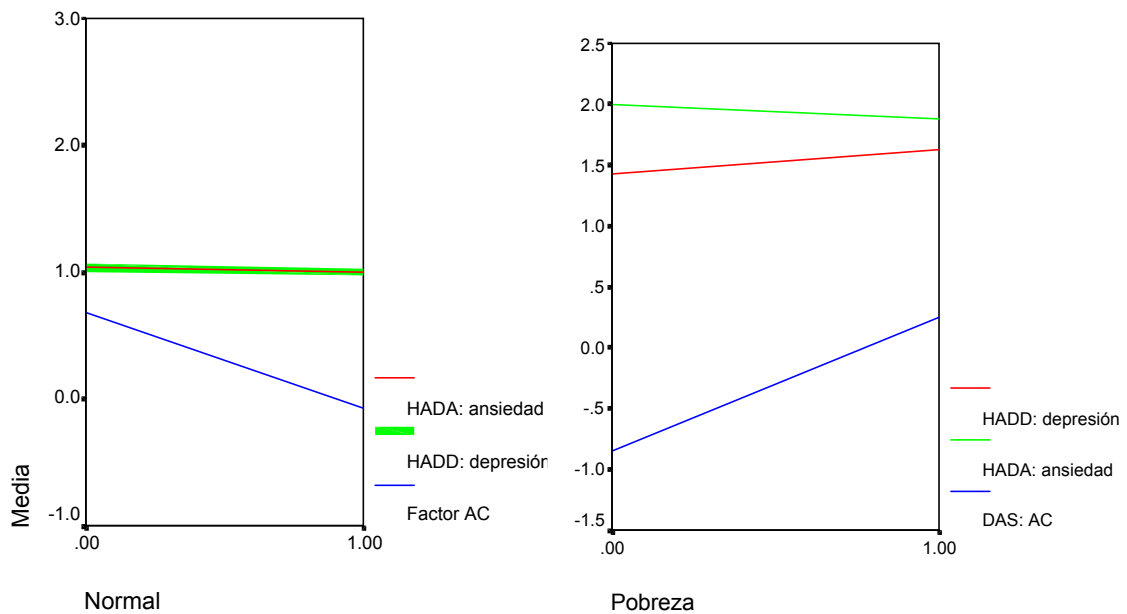
Gráfico 21: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Fuente de Ingresos económicos.





Número de enfermedades (Enfermed).

Gráfico 22: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Número de enfermedades.



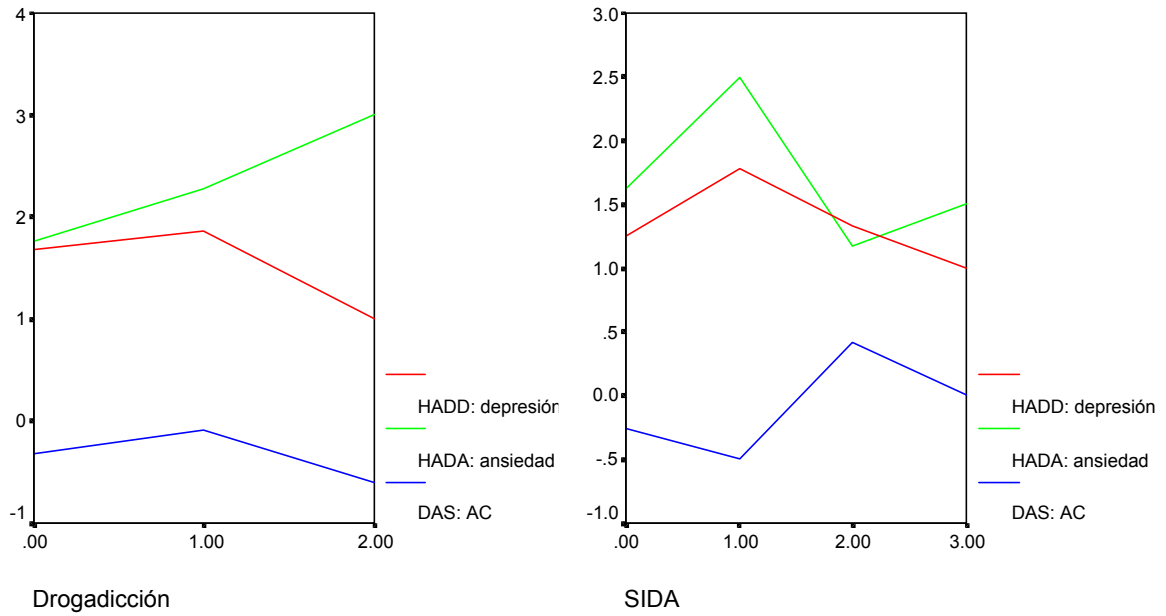
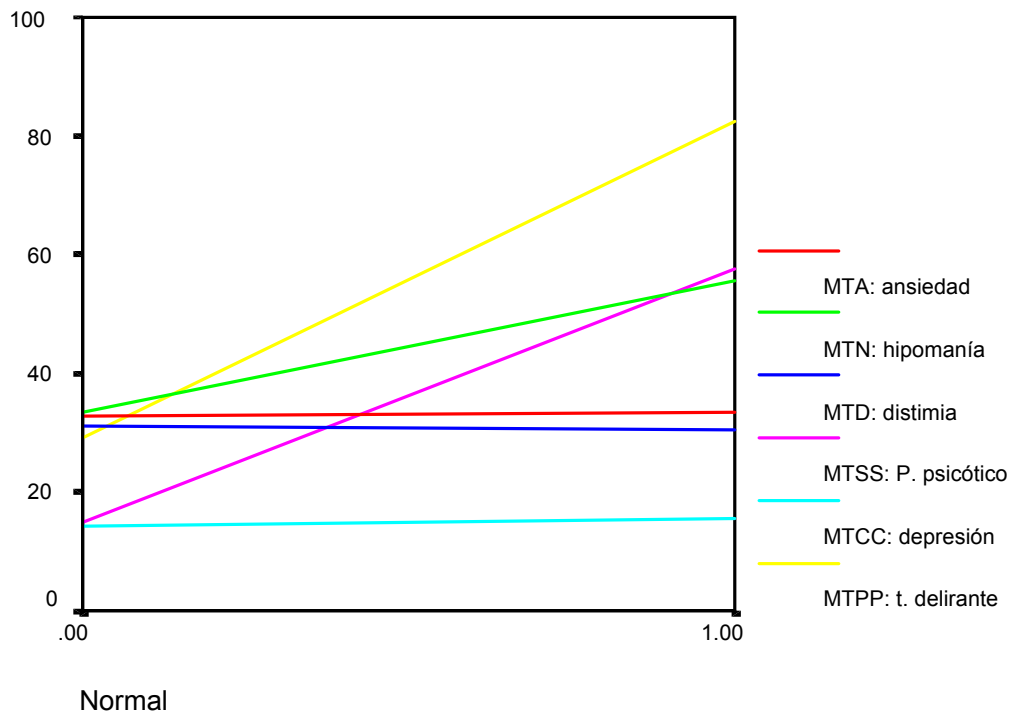
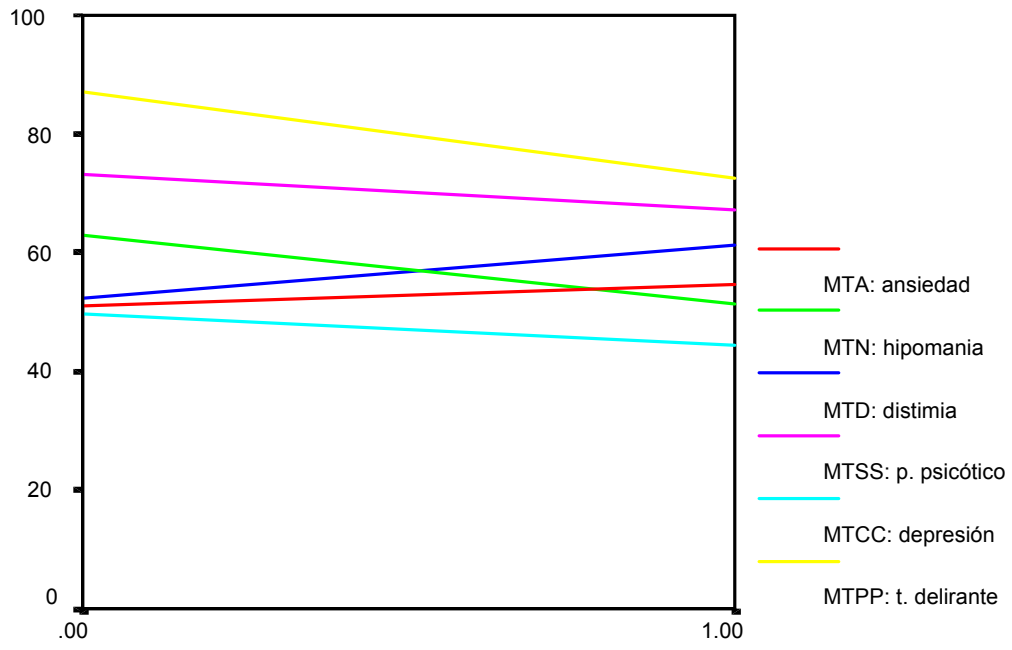
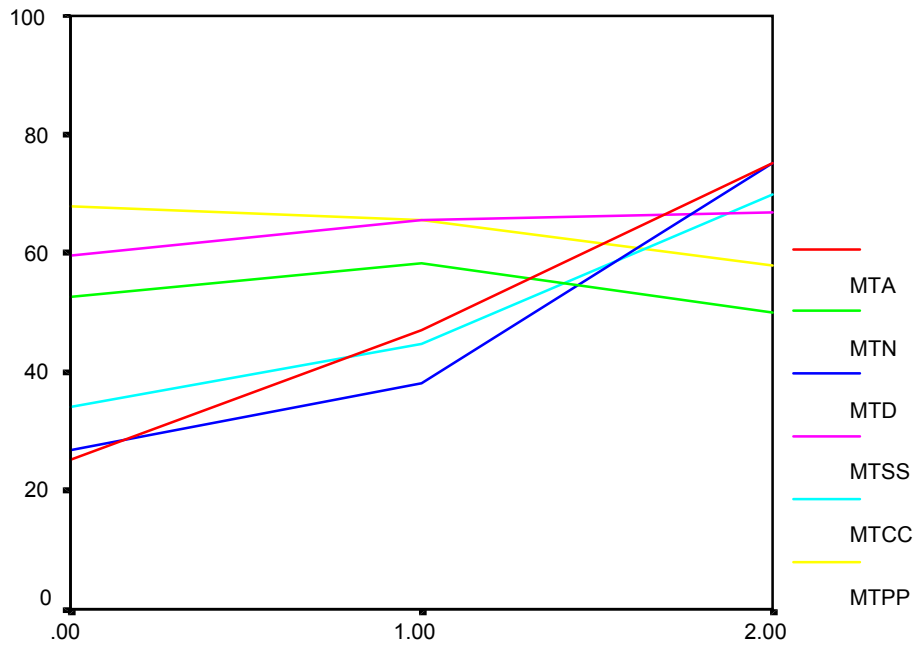


Gráfico 23: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Número de enfermedades.

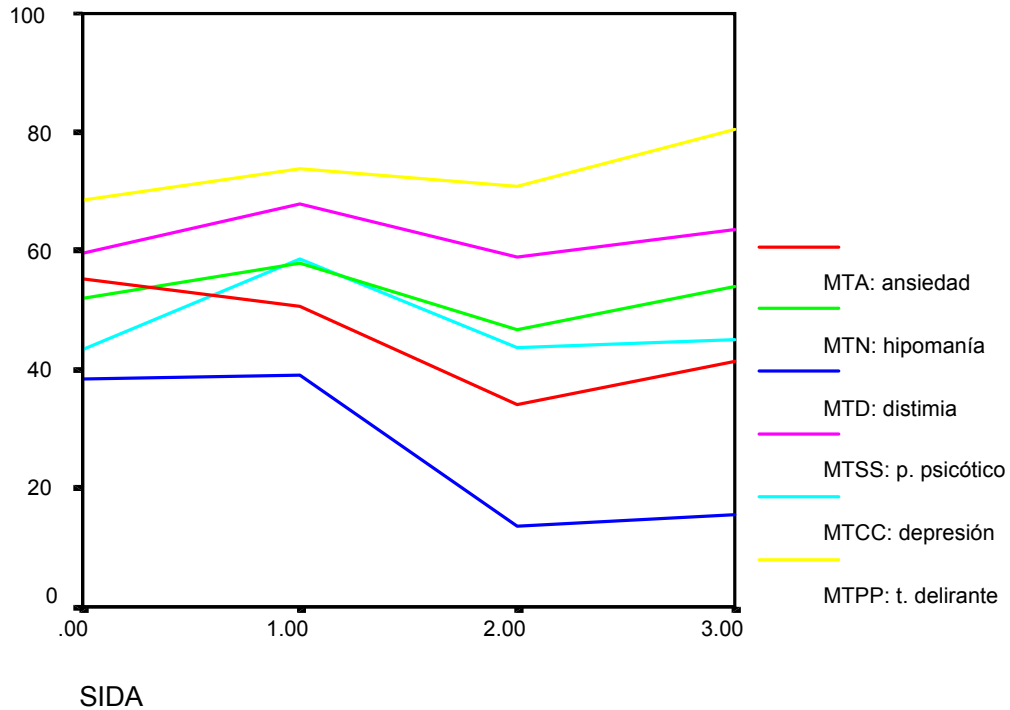




Pobreza



Drogadicción



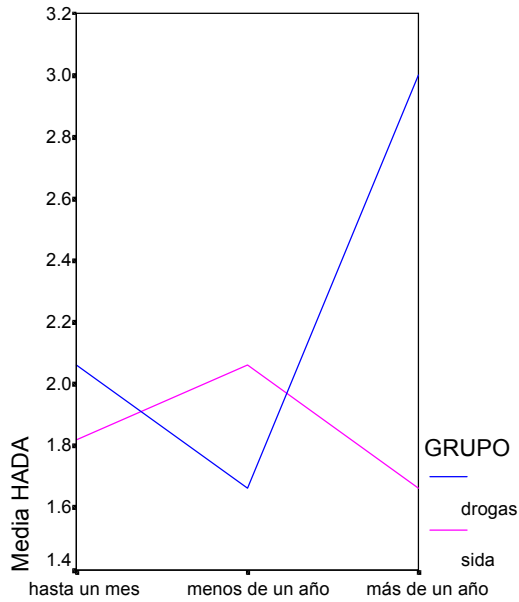
Según nos sugiere el gráfico 23, los sujetos que forman parte del grupo Drogadicción tienden a presentar un aumento en los niveles de distimia, depresión y ansiedad según incrementa el número de enfermedades que padecen.

Tiempo de abstinencia (Abstinen)

La variable tiempo de abstinencia, según los gráficos 24, 25 y 26 se comporta de forma inversa en los distintos grupos y en prácticamente todas las variables estudiadas. Así por ejemplo, mientras que en el grupo Drogadicción los niveles de ansiedad y depresión aumentan a medida que lo hace el tiempo de abstinencia, en el grupo de SIDA, estas puntuaciones disminuyen.

Gráfico 24: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Tiempo de abstinencia.

Índice General de Ansiedad: HADA



Índice general de Depresión: HADD

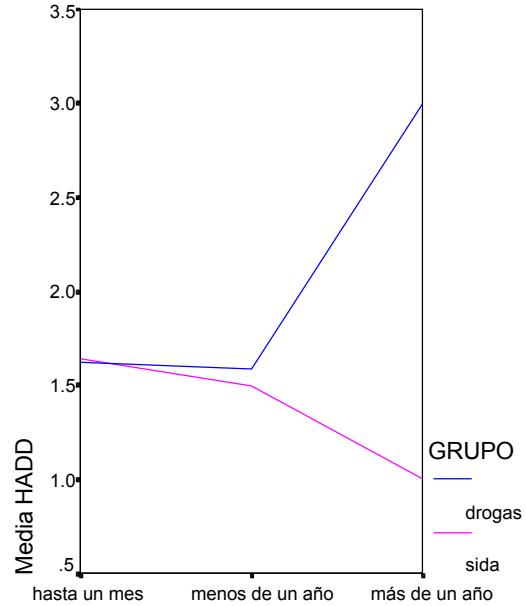


Gráfico 25: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo de abstinencia.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

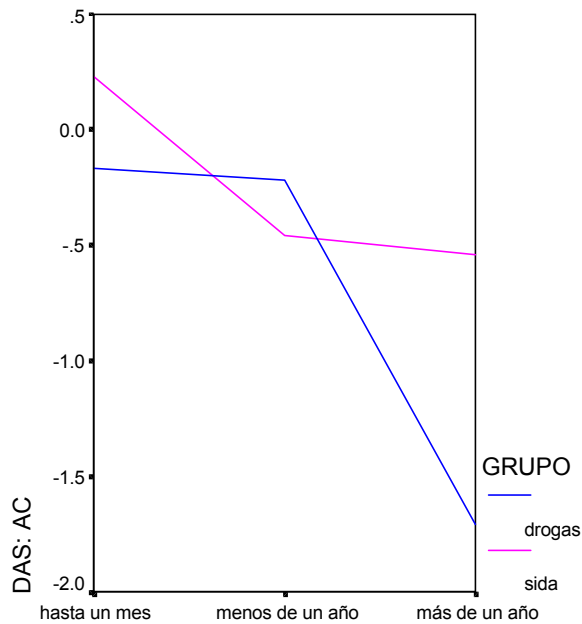
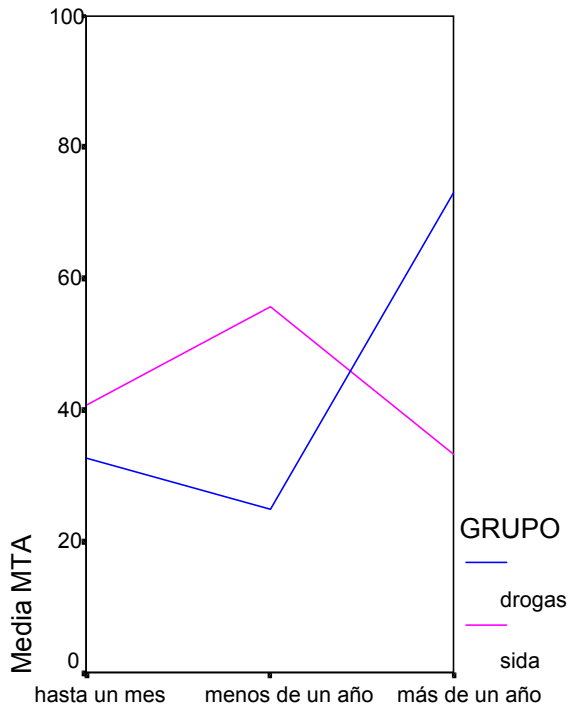
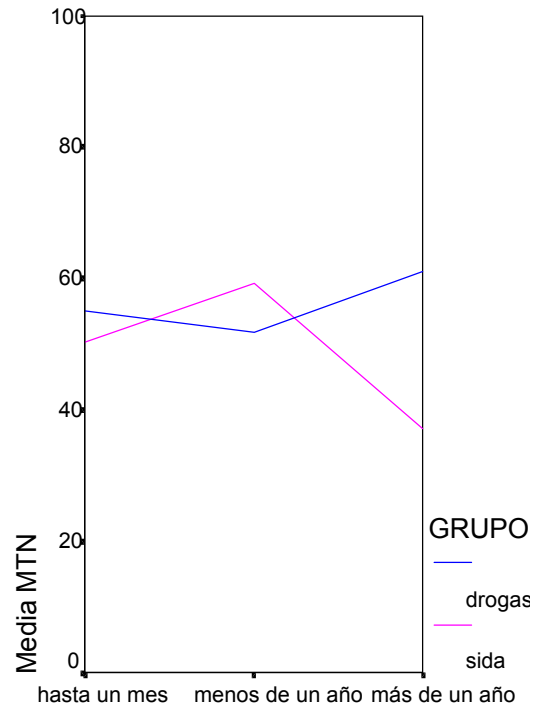


Gráfico 26: Subescalas del Inventario MCMI-II en Tiempo de abstinencia.

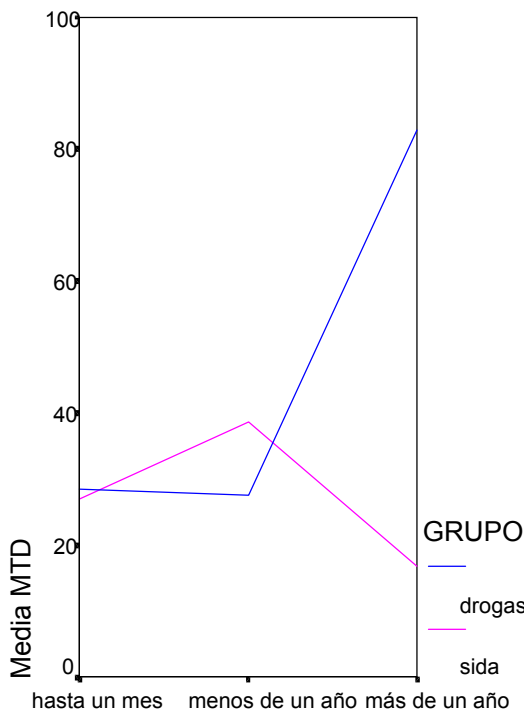
MTA: Ansiedad



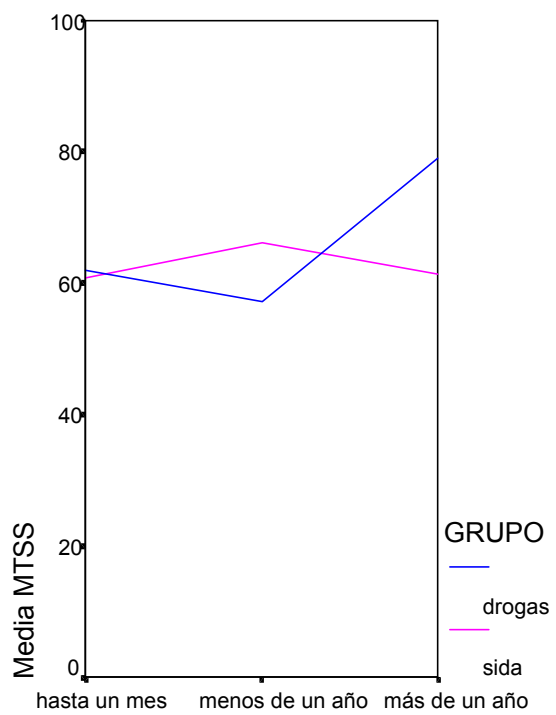
MTN: Hipomanía

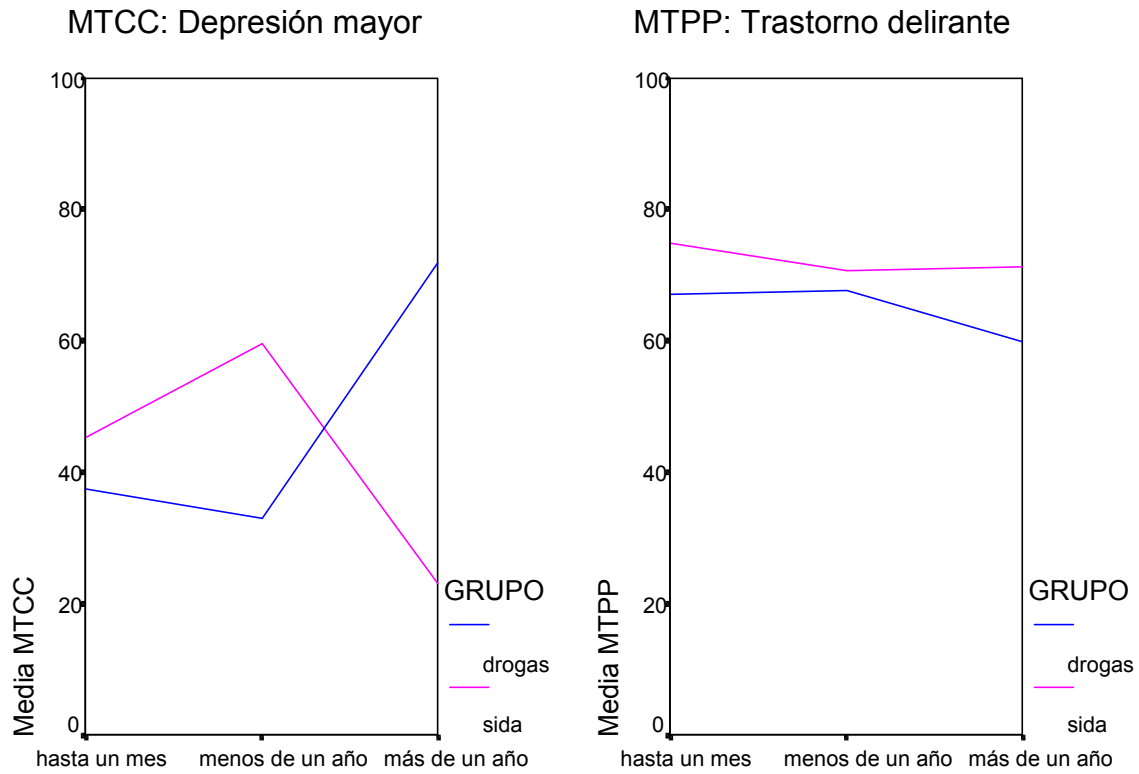


MTD: Distimia



MTSS: Pensamiento psicótico





Duración del último consumo (Ultimoco).

Gráfico 27: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Duración del último consumo

Índice General de Ansiedad: HADA Índice general de Depresión: HADD

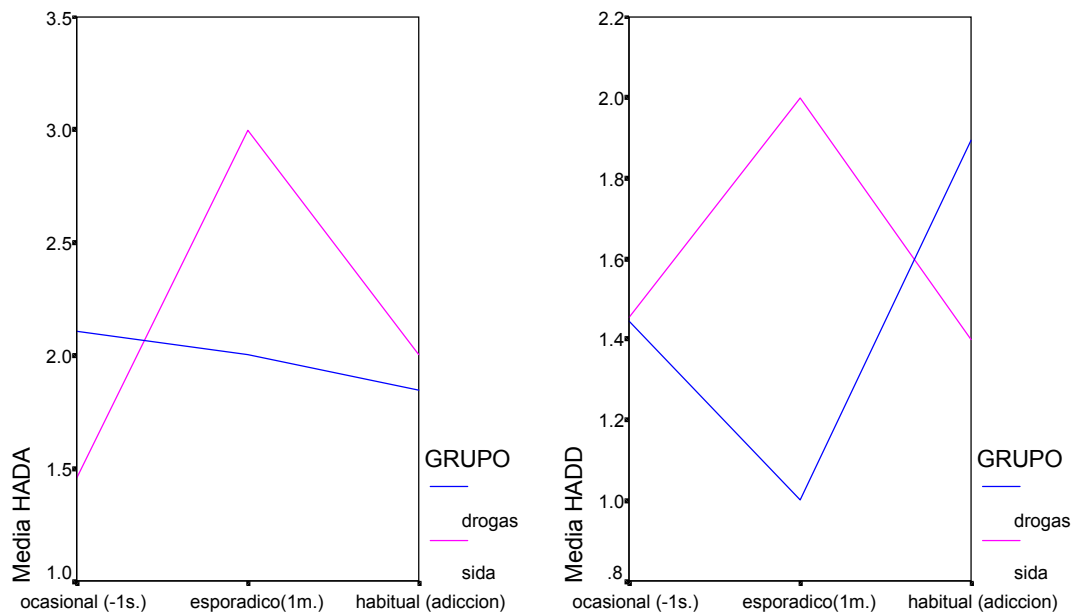
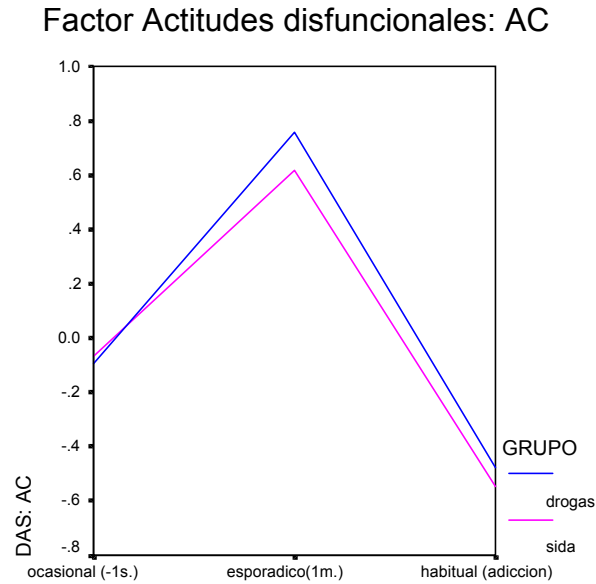


Grafico 28: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Duración del último consumo.

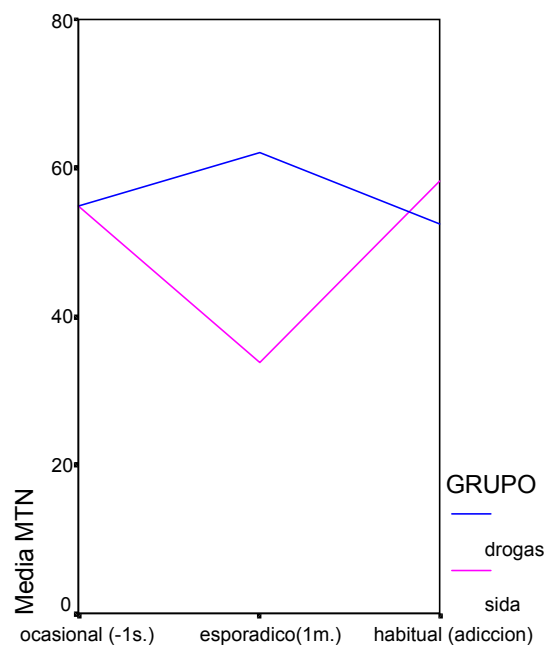
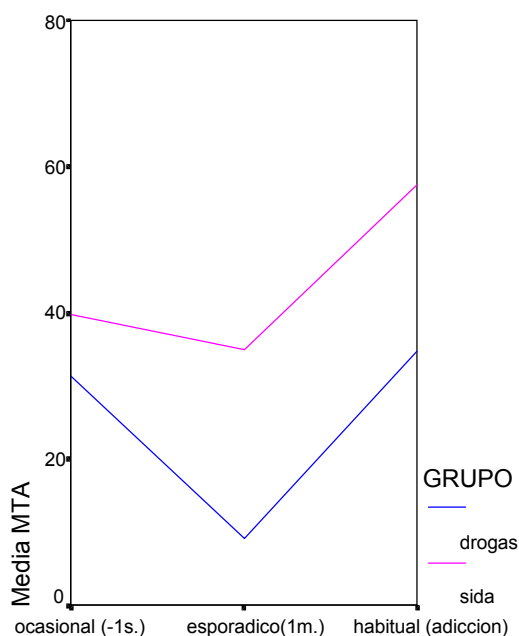


Mientras que el gráfico 27 nos ofrece nuevamente un comportamiento inverso de la variable depresión y grupo, en el gráfico 28 y 29 los grupos se comportan de forma muy similar mostrándonos, en prácticamente todas las subescalas, un cambio de sentido decreciente cuando la variable “último consumo” adopta el valor “esporádico”.

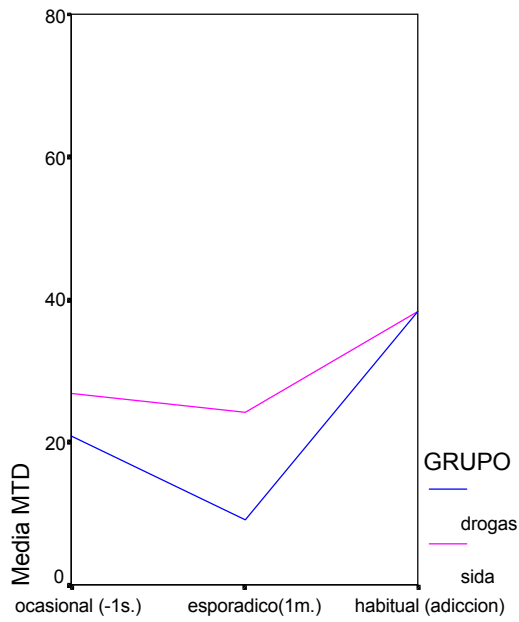
Gráfico 29: Subescalas del Inventario MCMII-II en Duración del último consumo.

MTA: Ansiedad

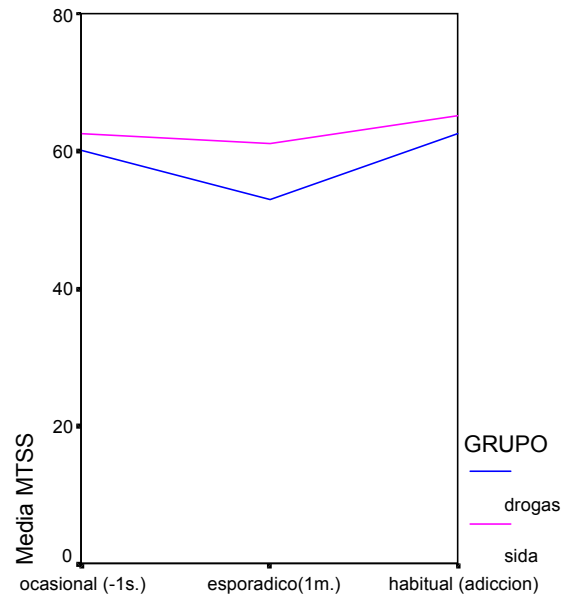
MTN: Hipomanía



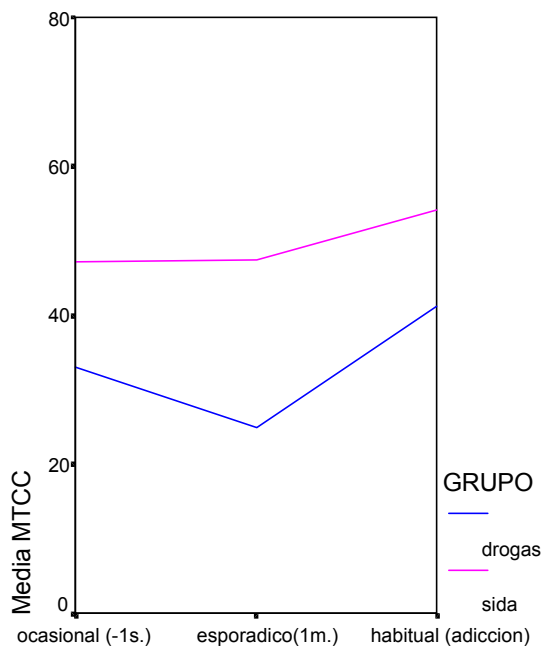
MTD: Distimia



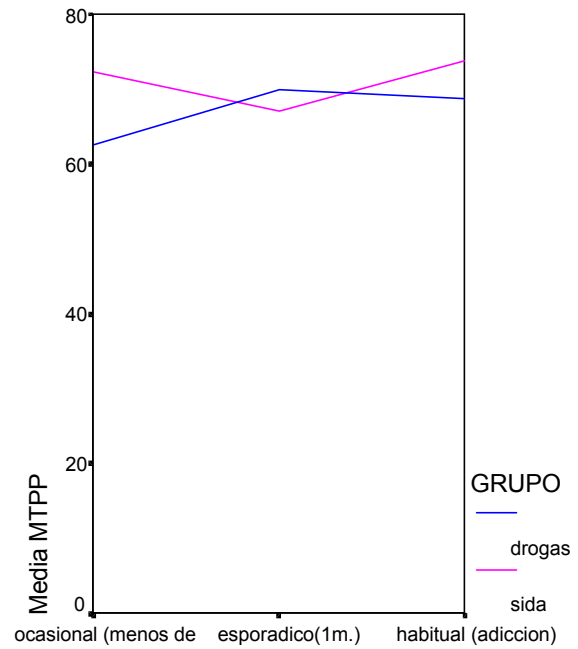
MTSS: Pto. psicótico



MTCC: Depresión mayor



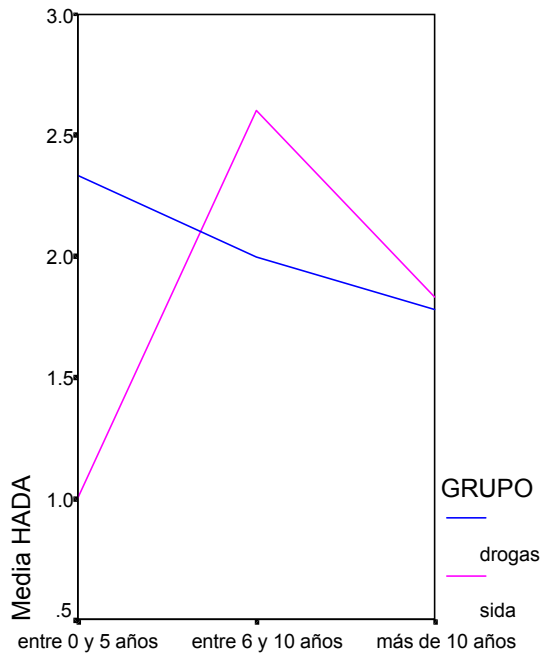
Trastorno delirante



Tiempo total de consumo (Tiemcons)

Gráfico 30: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Tiempo total de consumo.

Índice General de Ansiedad: HADA



Índice general de Depresión: HADD

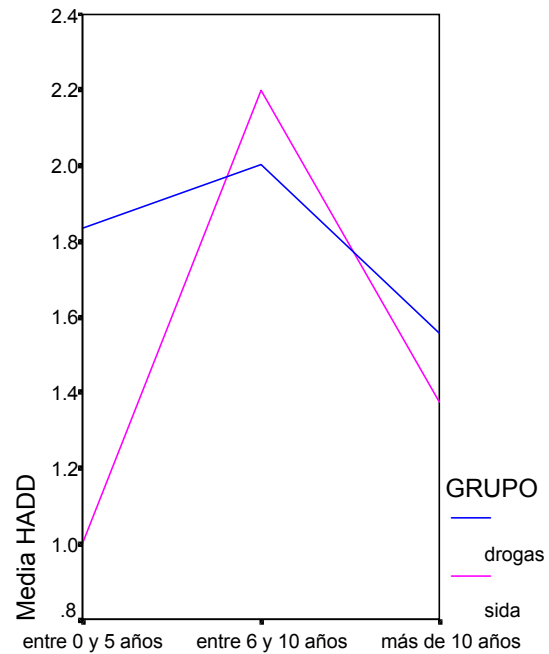


Gráfico 31: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo total de consumo.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

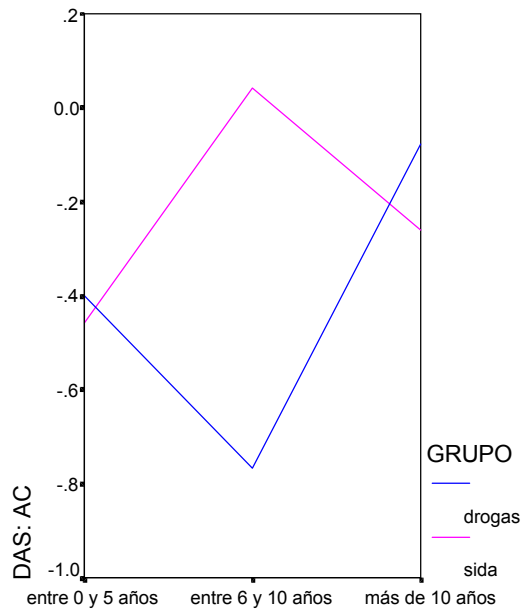
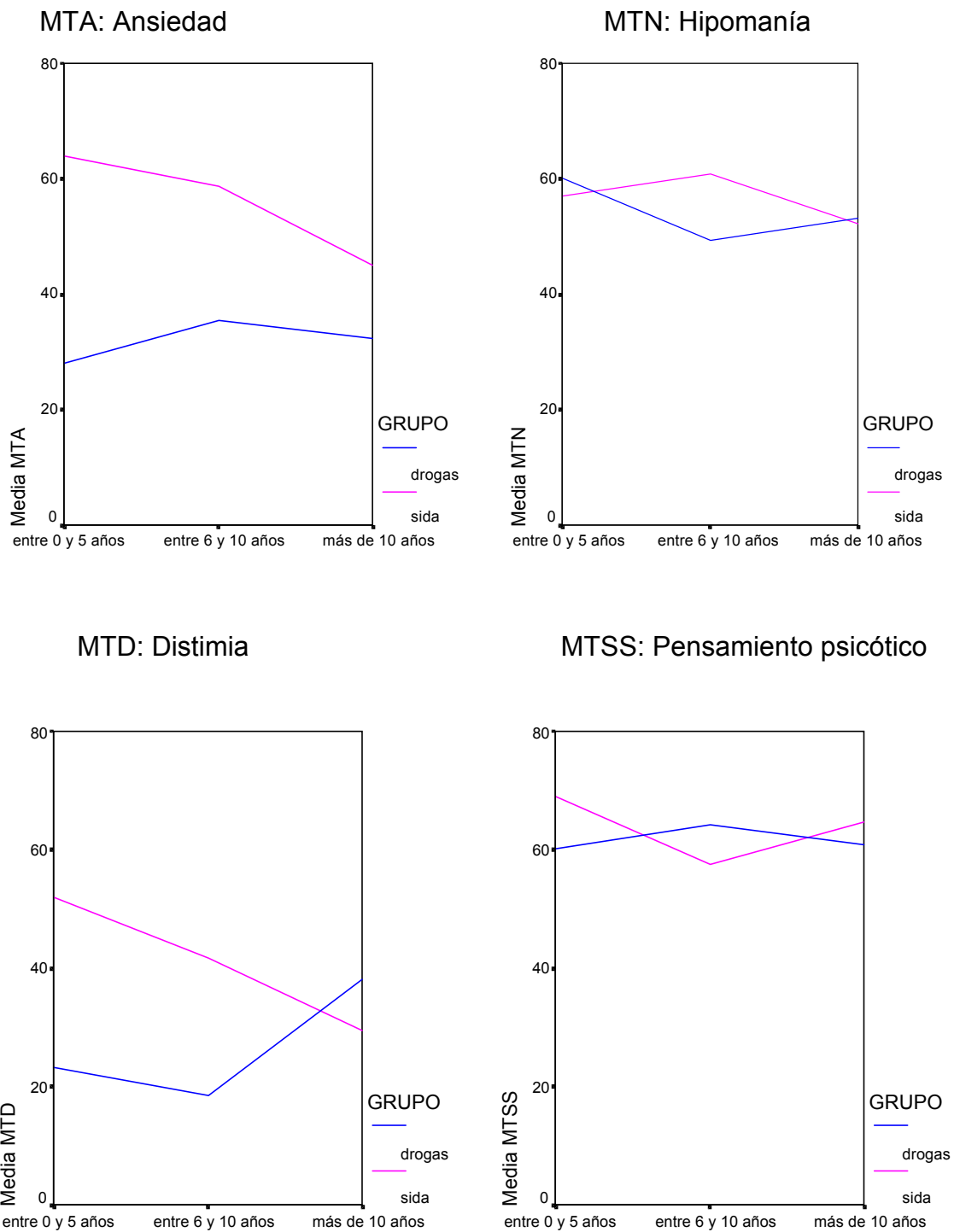
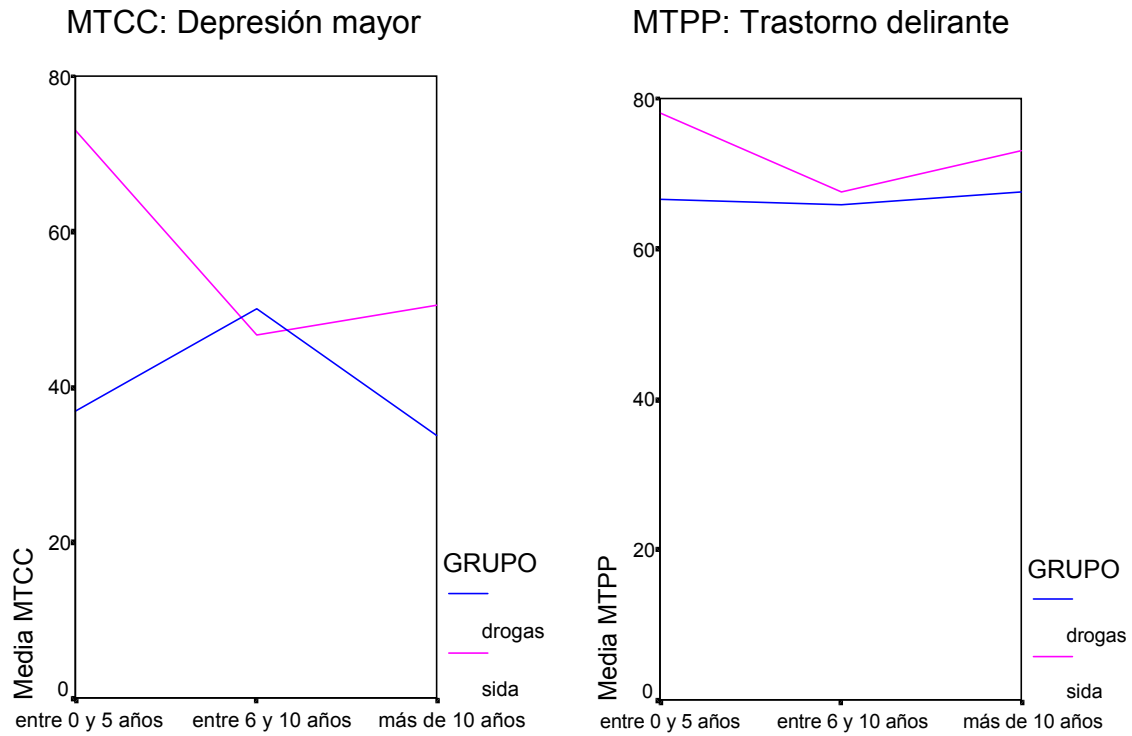


Gráfico 32: Subescalas del Inventario MCMII-II en Tiempo total de consumo.



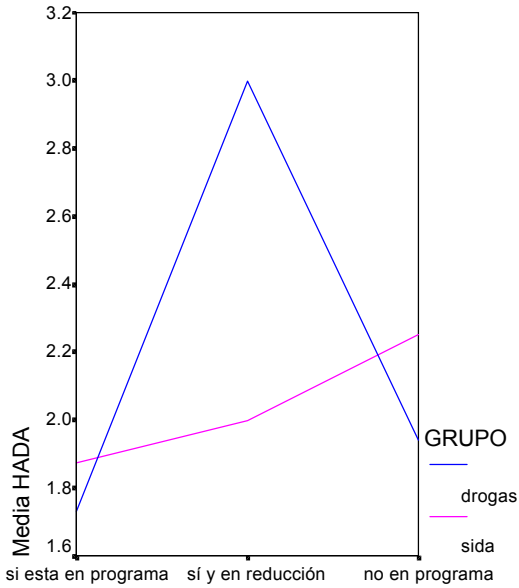


Según los gráficos anteriores (gráficos 30, 31 y 32) en los grupos Drogadicción y SIDA parece existir relación entre la variable Tiempo total de consumo y las subescalas actitudes disfuncionales y depresión mayor. Los grupos muestran una tendencia de los datos aparentemente contraria, produciéndose el punto de inflexión en el valor medio de la variable “tiempo total de consumo” (entre 6 y 10 años de consumo).

Programa Mantenimiento Metadona (Metadona)

Gráfico 33: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Metadona.

Índice General de Ansiedad: HADA



Índice general de Depresión: HADD

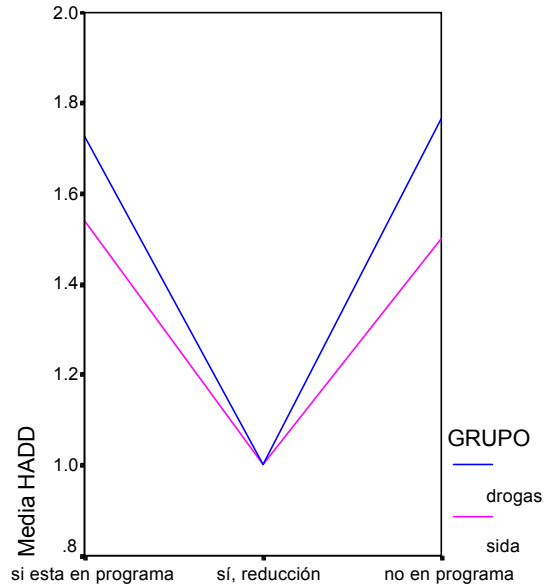


Gráfico 34: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Metadona.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

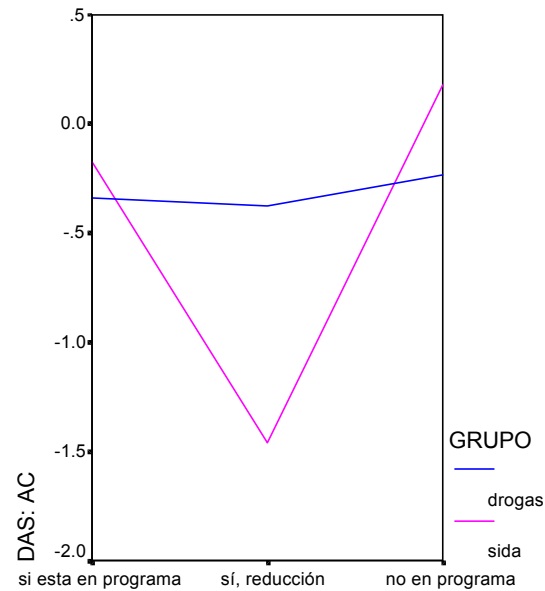
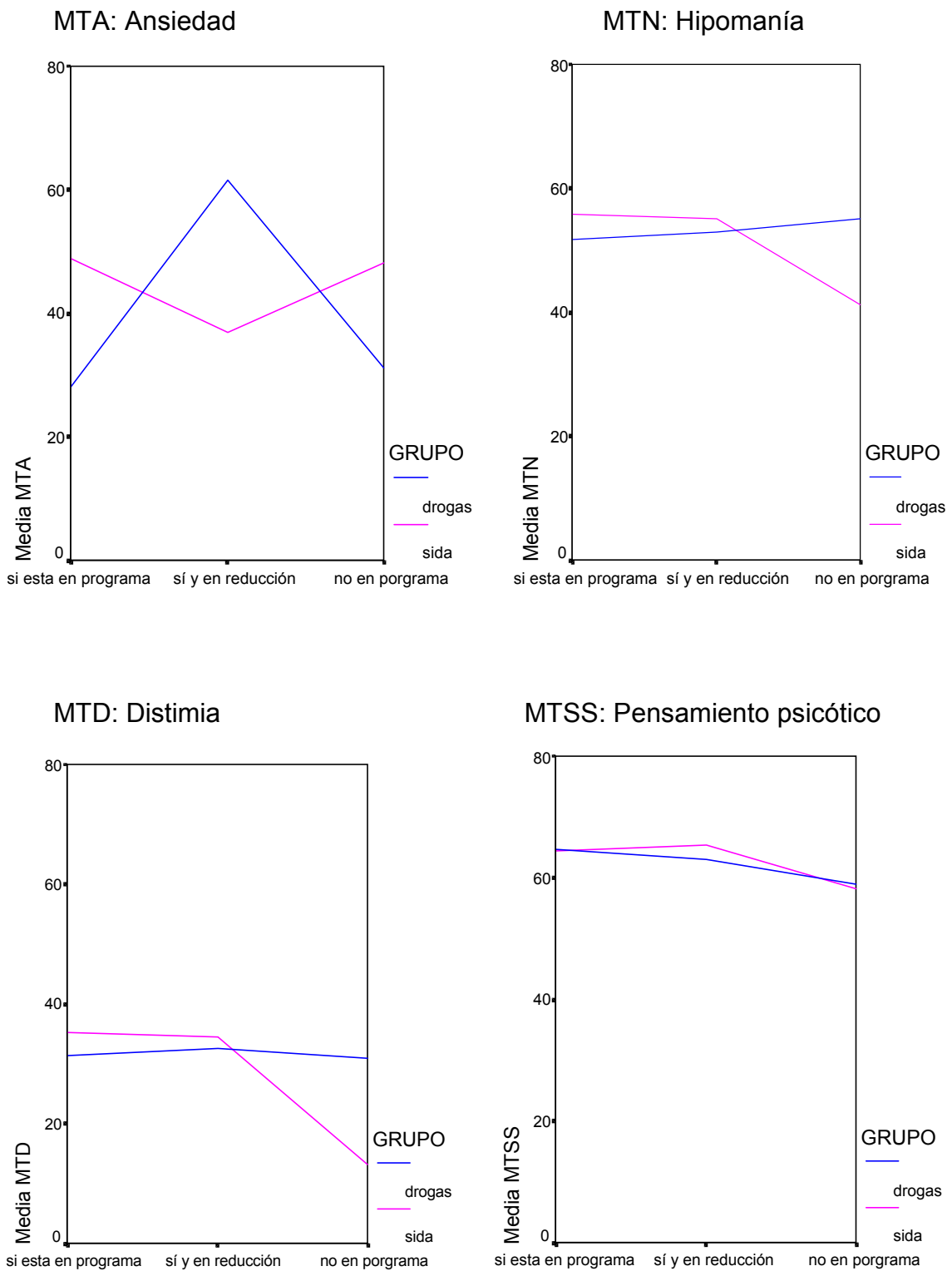
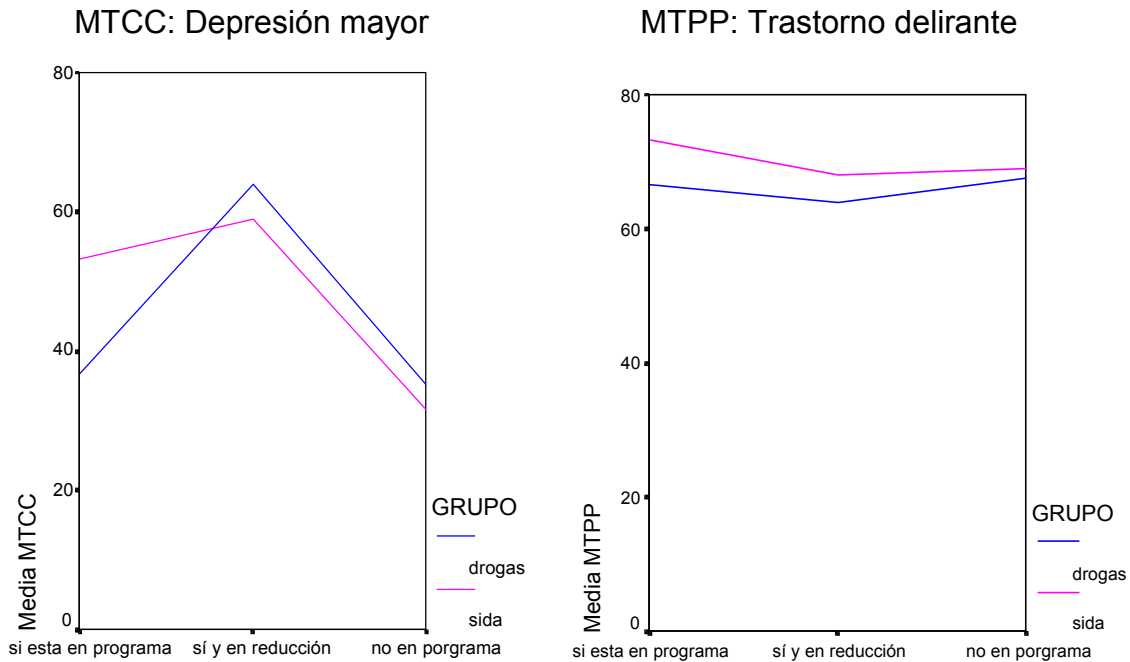


Gráfico 35: Subescalas del Inventario MCMI-II en Metadona.





Los gráficos anteriores aparentemente nos muestran determinadas relaciones entre las variables estudiadas, así por ejemplo encontramos que existe un aumento de las puntuaciones en el índice de depresión del HAD si las personas no están en programa metadona, y al mismo tiempo en la subescala de depresión del MCMI-II los valores tienden a descender si los sujetos se encuentran en esa misma condición.

HIPÓTESIS 3.4.

En las muestras estudiadas existe relación entre las estrategias de afrontamiento usadas (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva) y determinadas variables de ámbito de la salud (con respecto a la infección SIDA: tiempo de infección, tiempo desde la última revisión, número de enfermedades que padece, tiempo de tratamiento, número de fármacos tomados), del ámbito de la politoxicomanía (tipo de tóxico consumido, tiempo total de consumo, tiempo de abstinencia, estar incluido en programa de reducción de metadona) y de carácter sociales (domicilio actual, en caso de estar residiendo en centros, tiempo de estancia en el centro, ingresos económicos y fuente de los mismos, contactos familiares y situación judicial actual).

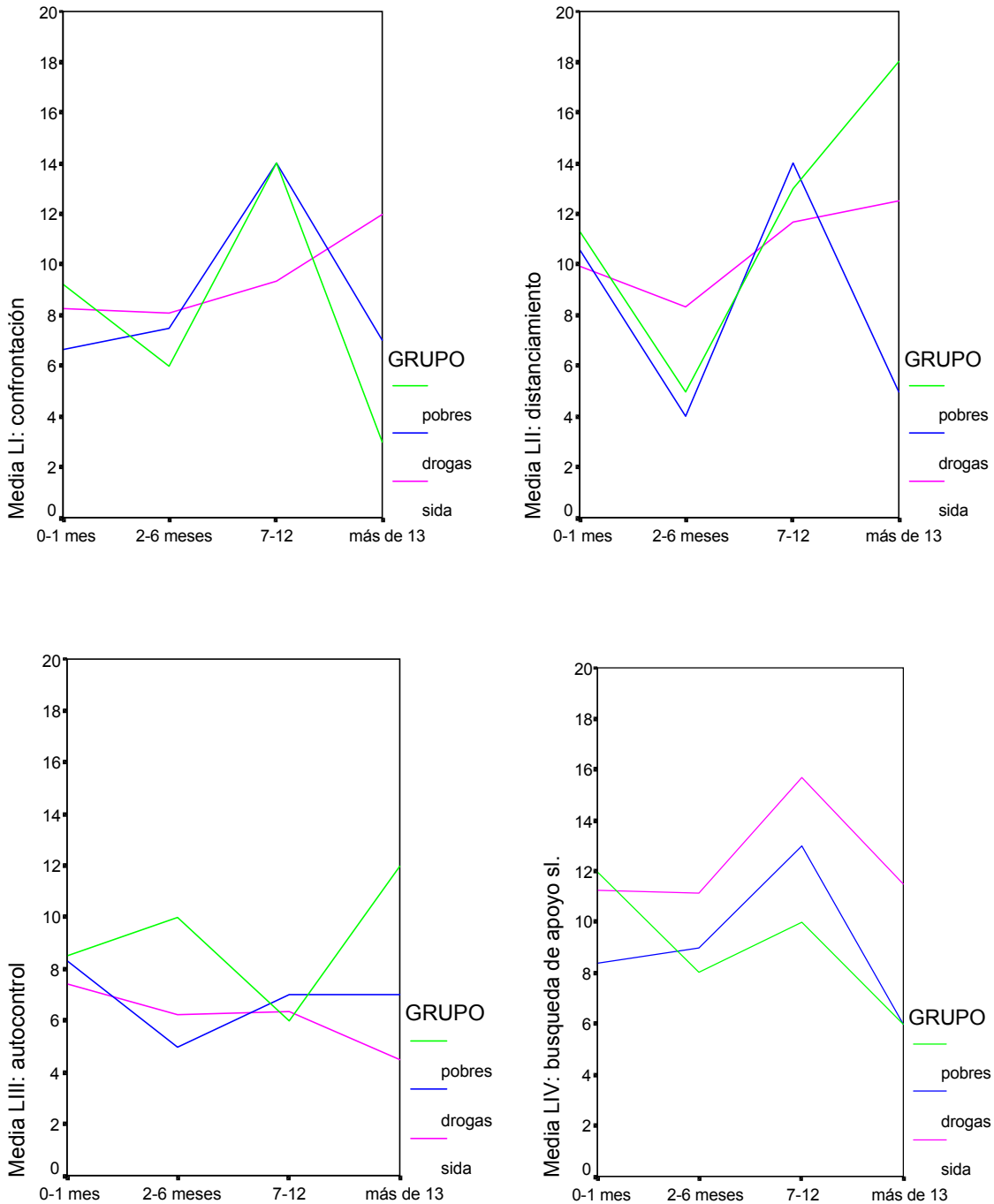
Las variables dependientes usadas han sido las ocho subescalas (LI: Confrontación, LII: Distanciamiento, LIII: Autocontrol, LIV: Búsqueda de apoyo social, LV: aceptación de la responsabilidad, LVI: Huida-Evitación, LVII: Planificación y LVIII: Reevaluación positiva) que componen la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

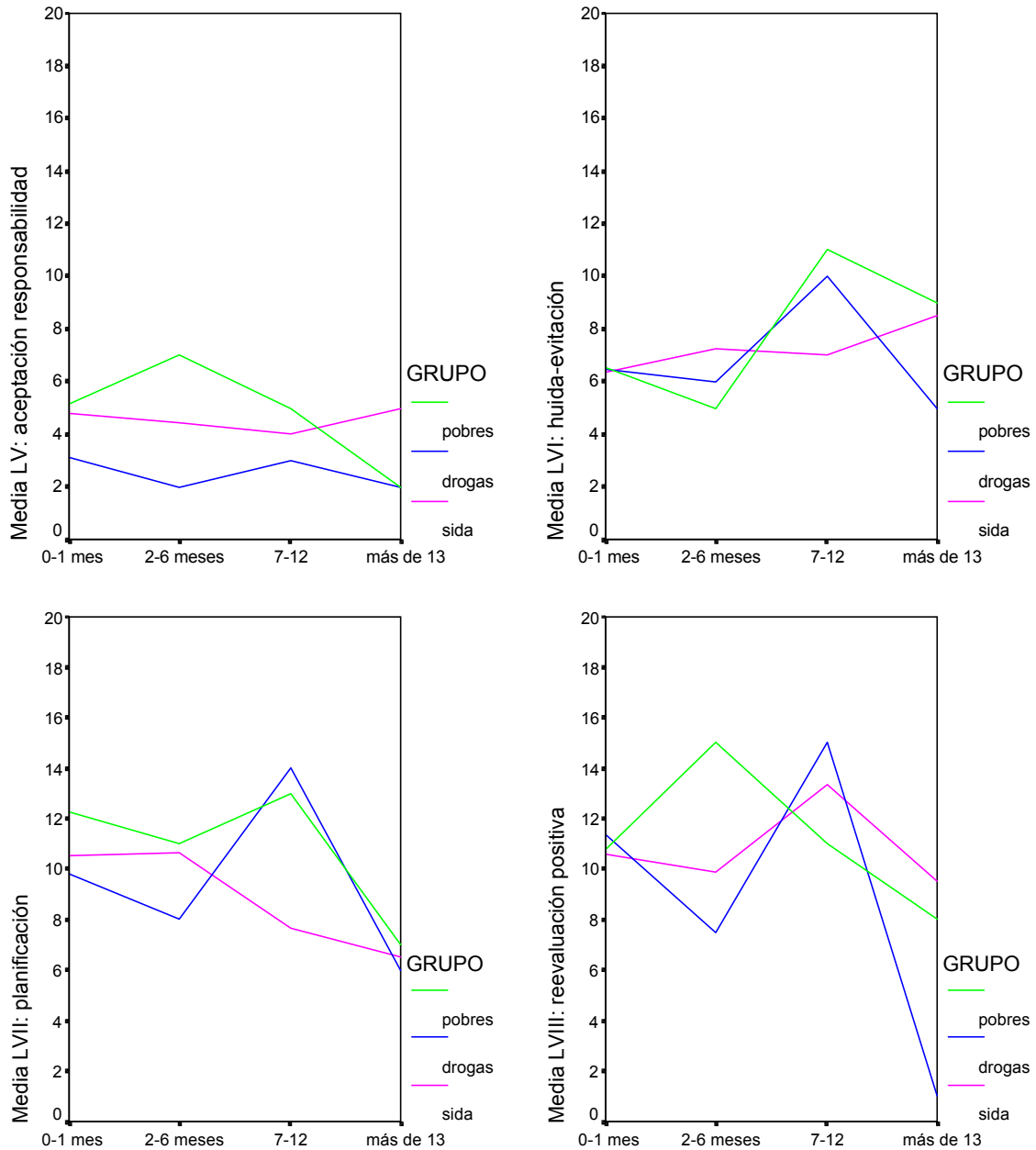
Los gráficos de las ocho subescalas han sido agrupados según las distintas variables biosociales estudiadas y a continuación sólo se incluyan aquellas en las que hemos podido apreciar a nivel gráfico una posible influencia: Tiempo de estancia en centro (Tiemcent), Domicilio habitual (Domicilio), Cantidad de Ingresos económicos (Ingresos), Contactos familiares (Familia), Situación actual judicial (Jjudicial), Tiempo de infección (Tiemsida), Tiempo de abstinencia (Abstinen), Tiempo total de consumo (Tiemcons), Programa Mantenimiento Metadona (Metadona). Por el contrario, aquellas en las que no hemos encontrado una relación aparecen en el anexo VI y son las siguientes: Fecha de nacimiento (Edadrec), Fuente de Ingresos económicos (Fuente), Número de enfermedades (Enfermed), Tiempo de tratamiento antirretroviral (Ttar), Número de fármacos

(Ntar), Tipo de tóxico (Toxico), Número de Enfermedades mentales que padece(EATSREC), Tiempo de tratamiento actual Salud Mental (EATP) y N° de fármacos psiquiátrico que recibe (ETSMN).

Tiempo de estancia en centro.

Gráfico 36: Tiempo en Centro en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

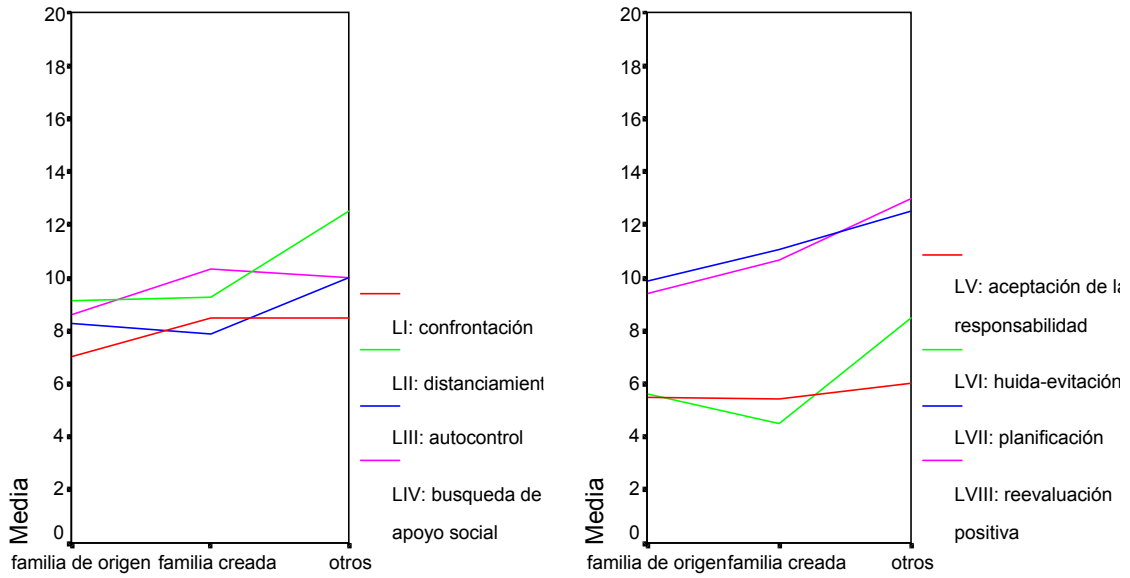




A nivel gráfico encontramos que en determinadas subescalas (LI: confrontación y LVI: huida-evitación) los grupos Pobreza y Drogadicción se comportan de igual modo, y en otras (LIV: búsqueda de apoyo social y LVII: planificación) los tres grupos muestran un patrón similar en las puntuaciones, sin embargo, los datos no marcan un sentido claro de la tendencia.

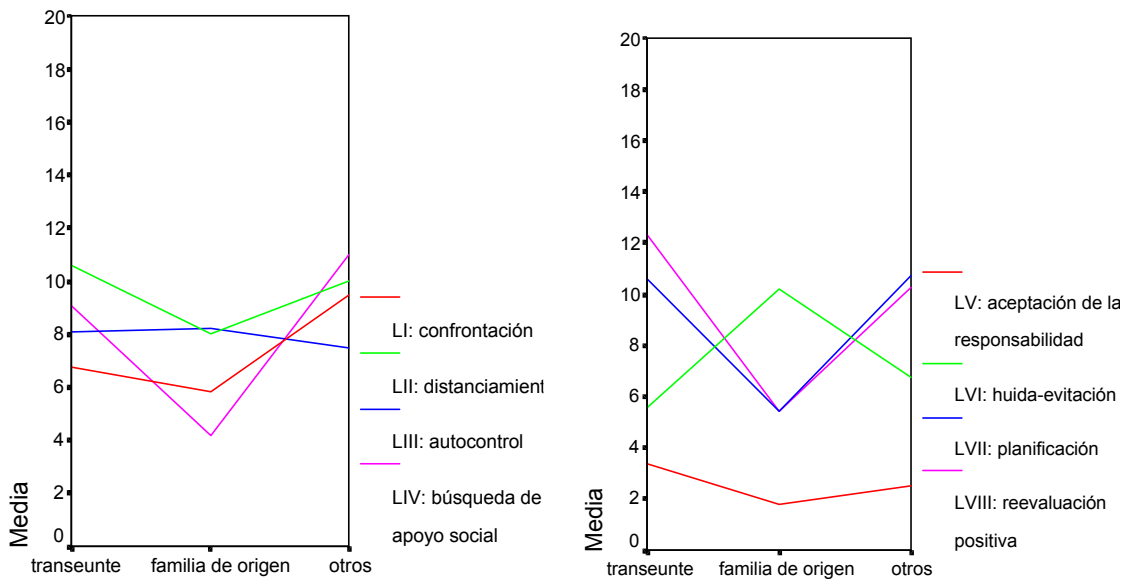
Domicilio habitual

Gráfico 37: Domicilio habitual en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.



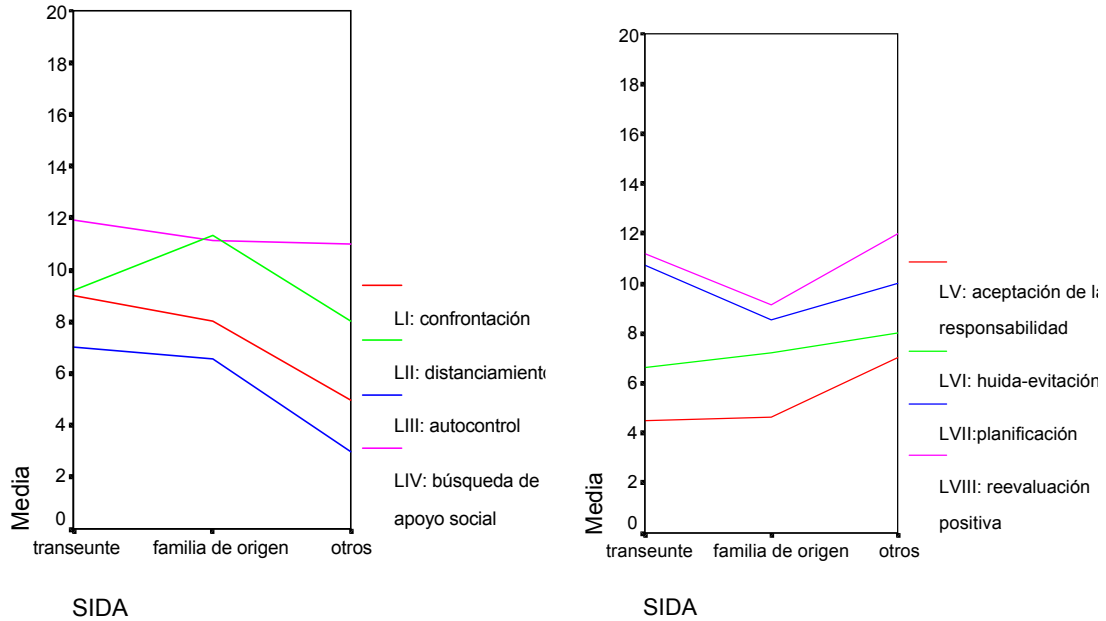
Normal

Normal



Drogadicción

Drogadicción

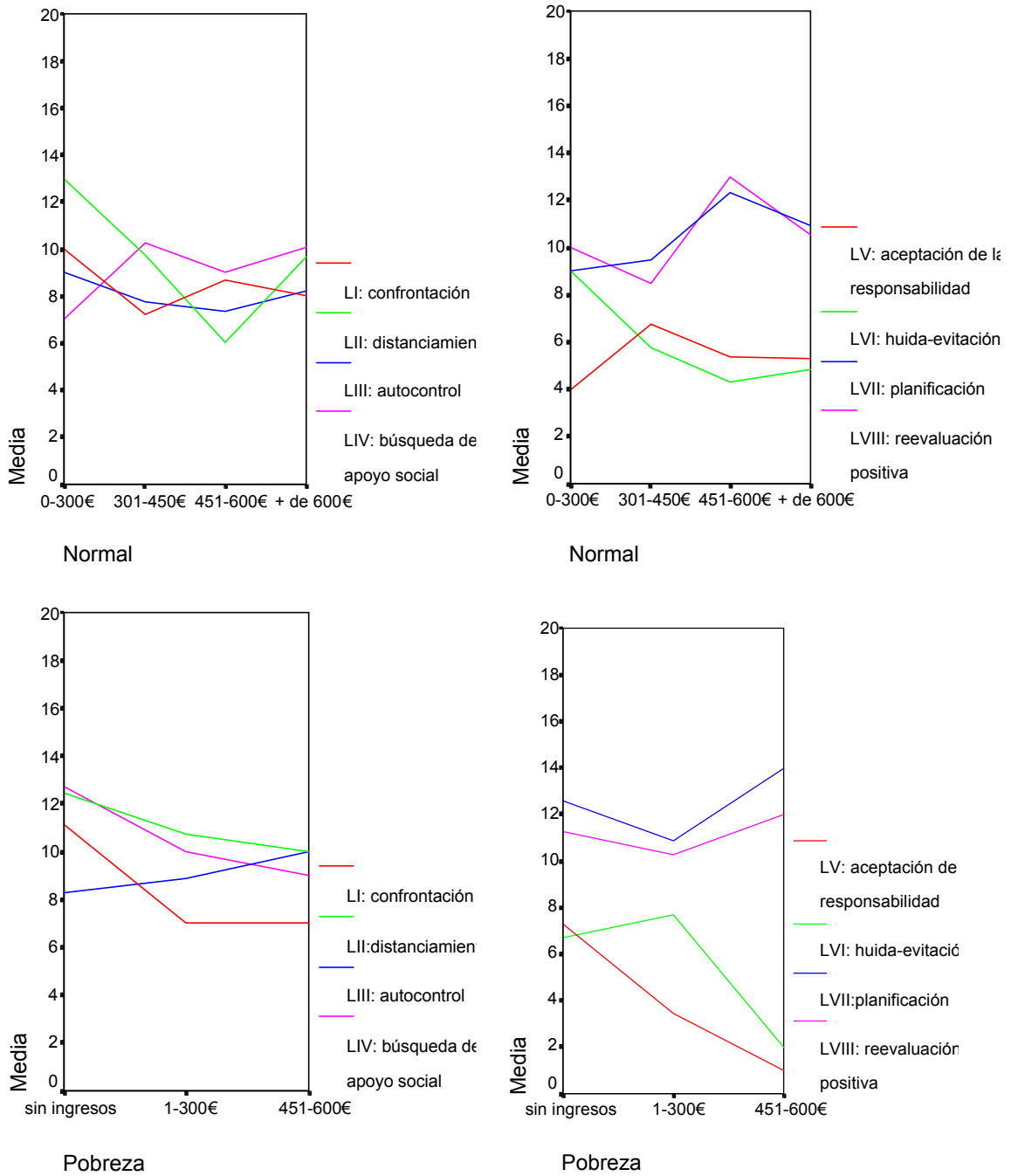


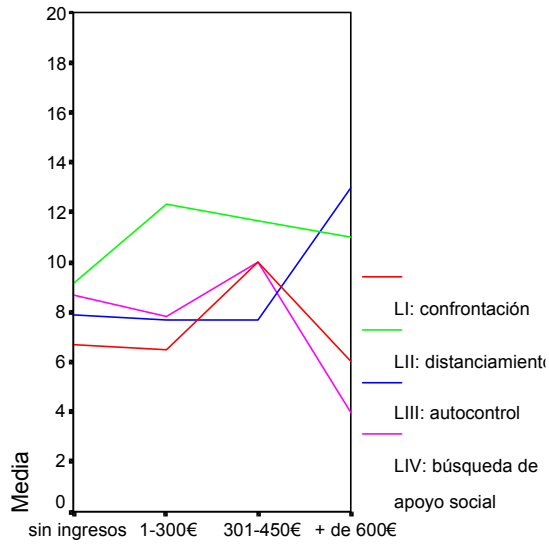
A pesar de que el grupo de Pobreza no se ha podido incluir por ser su valor constante en la variable domicilio (todos son transeúntes), vemos interesante destacar la diferencia que los datos aportan en los grupos Drogadicción y SIDA en el nivel “transeúnte” con respecto a los demás domicilios habituales.

Cantidad de Ingresos económicos.

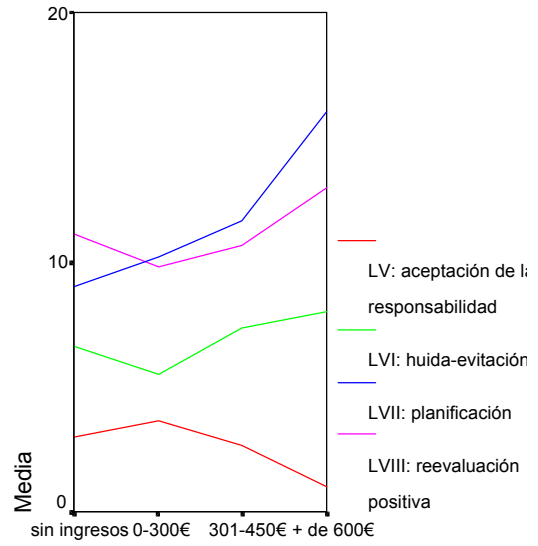
Esta variable presenta en determinadas subescalas un comportamiento de los datos que nos sugiere una relación, observable fundamentalmente en el grupo SIDA, donde se observa una disminución de las puntuaciones en todas las subescalas según incrementa la cantidad de ingresos económicos.

Gráfico 38: Cantidad de Ingresos económicos en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

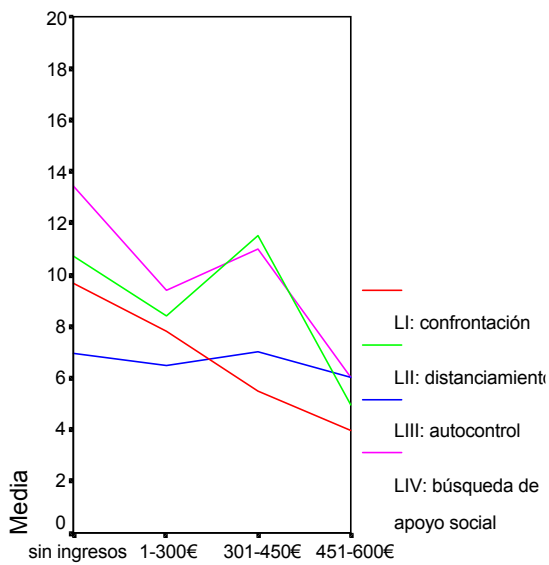




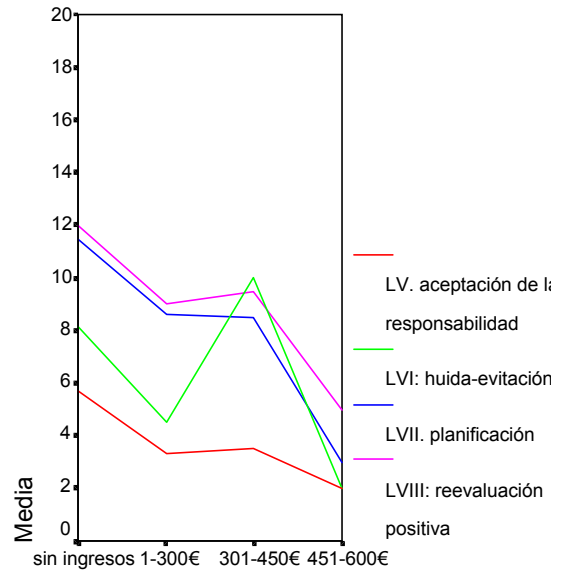
Drogadicción



Drogadicción



SIDA

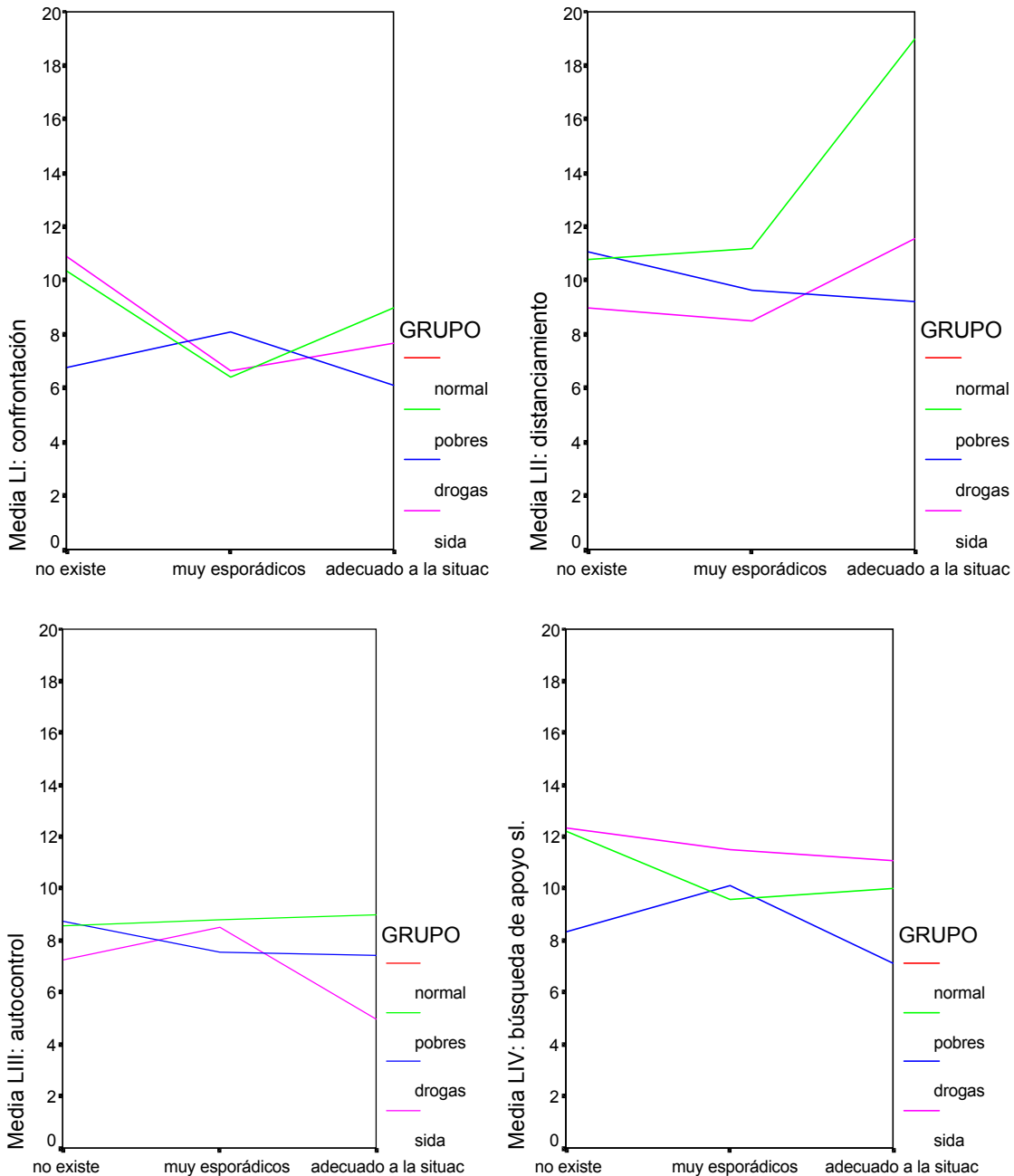


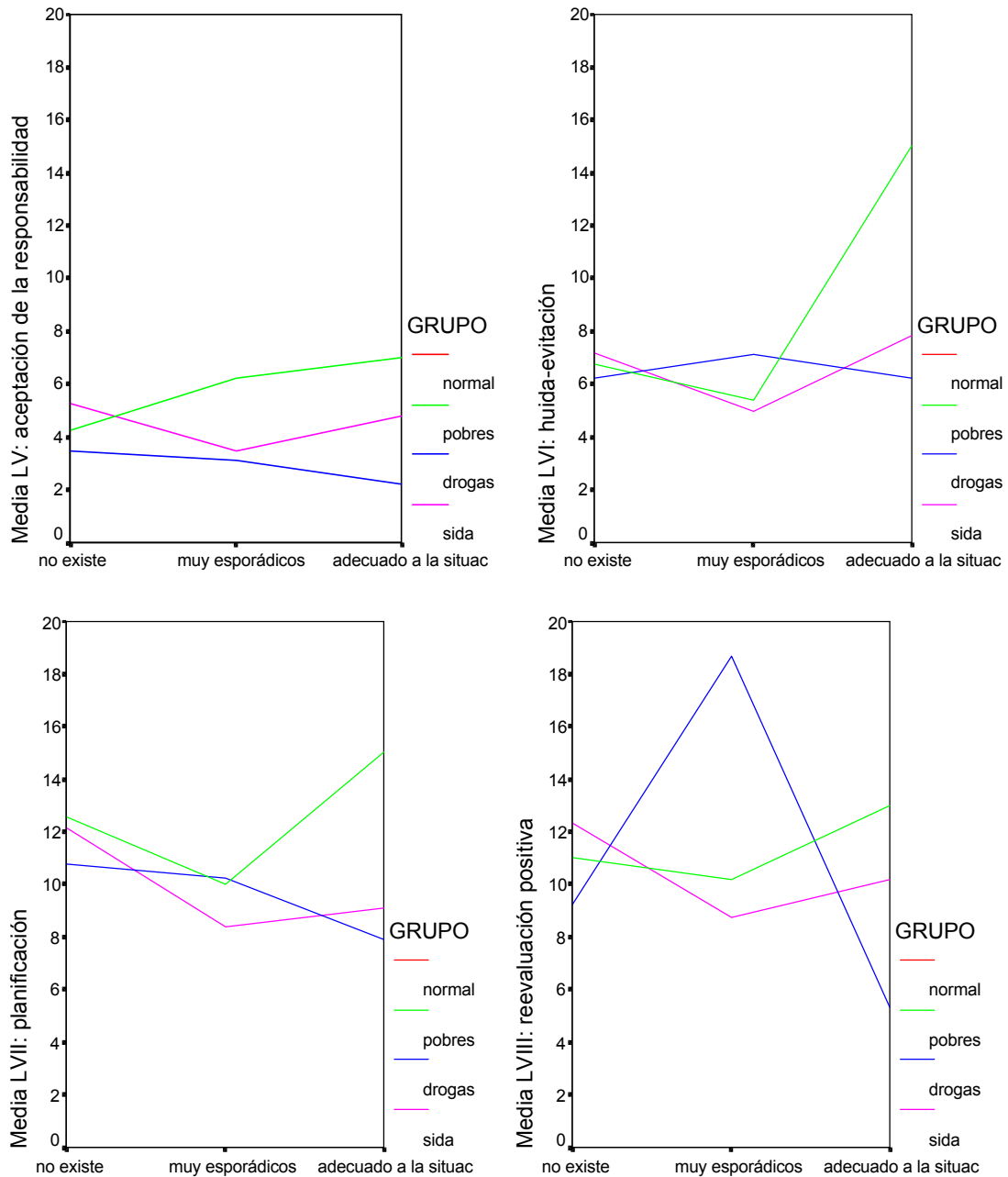
SIDA

Contactos familiares

En los distintos gráficos (gráfico 39) podemos apreciar un comportamiento de los datos muy similares entre los grupos Pobreza y SIDA en determinadas subescalas (LII: distanciamiento, LVI: huida evitación, LVII: planificación y LVIII: reevaluación positiva) y de sentido inverso al grupo de Drogadicción.

Gráfico 39: Contactos familiares en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

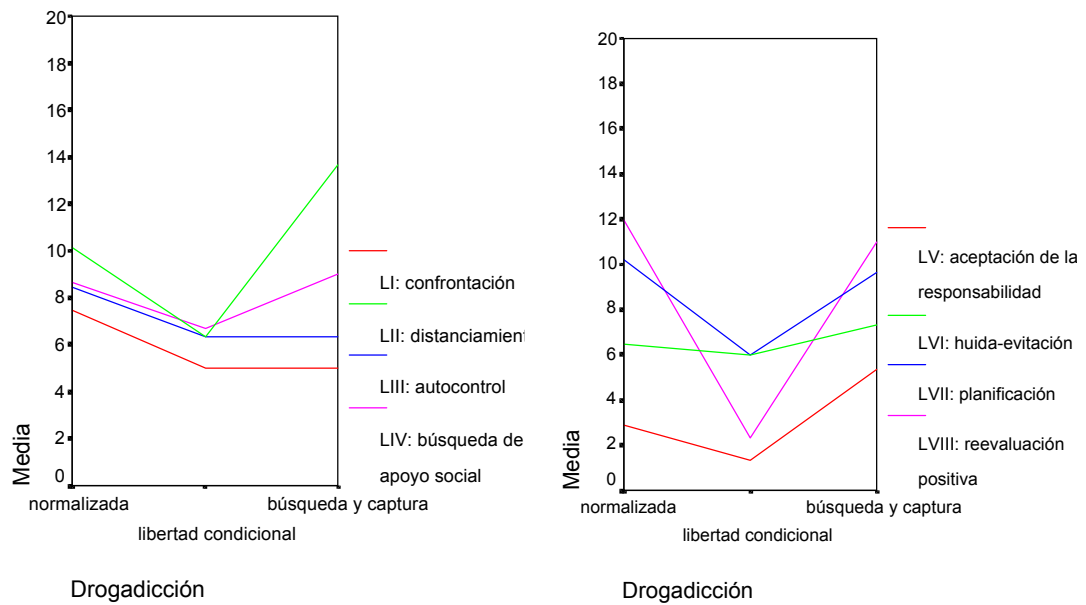
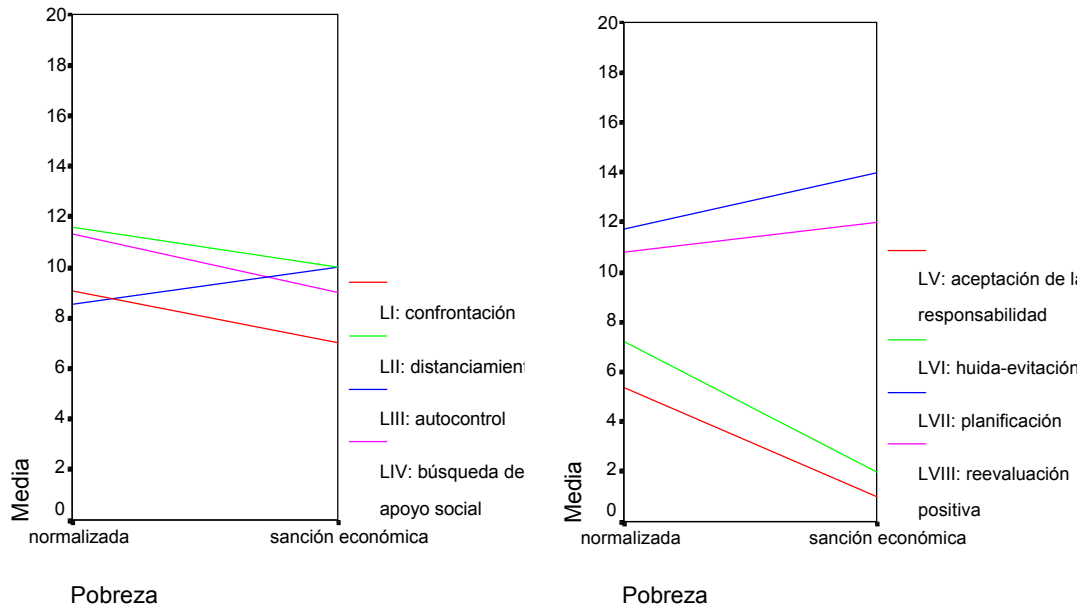


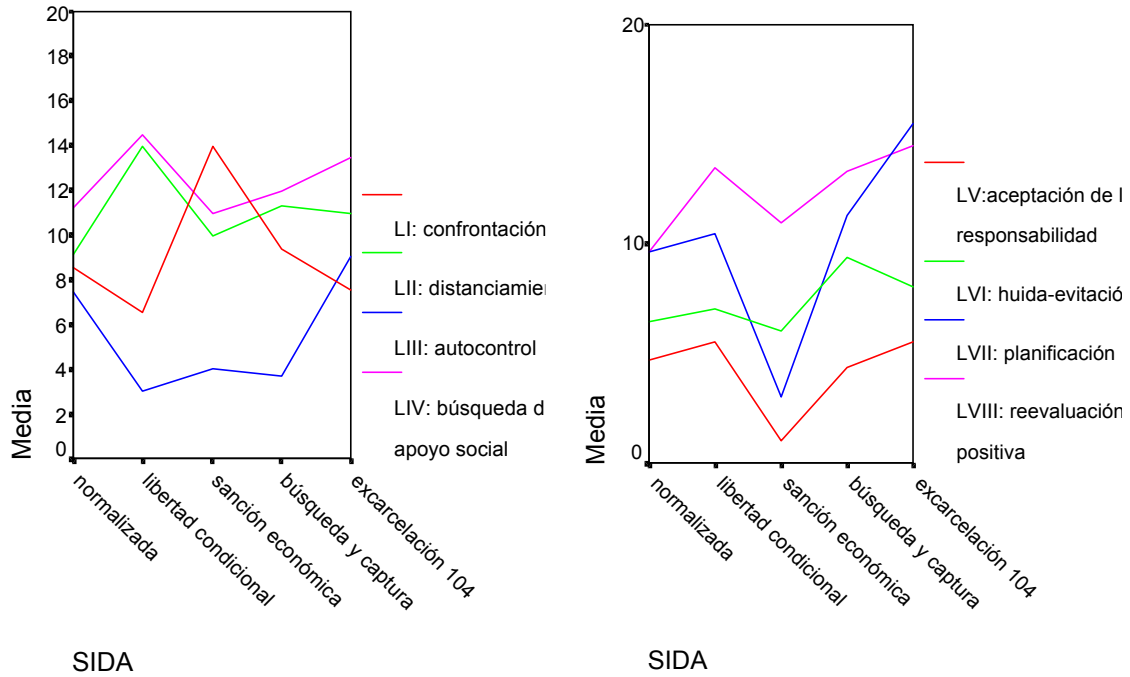


Situación judicial actual

Aunque a nivel visual, los valores de los grupo Pobreza y Drogadicción parece ser que varían en función de los distintos niveles que adopta la variable “situación judicial actual”, no nos es posible encontrar una distribución que sugiera la relación de las variables.

Gráfico 40: Situación judicial actual en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

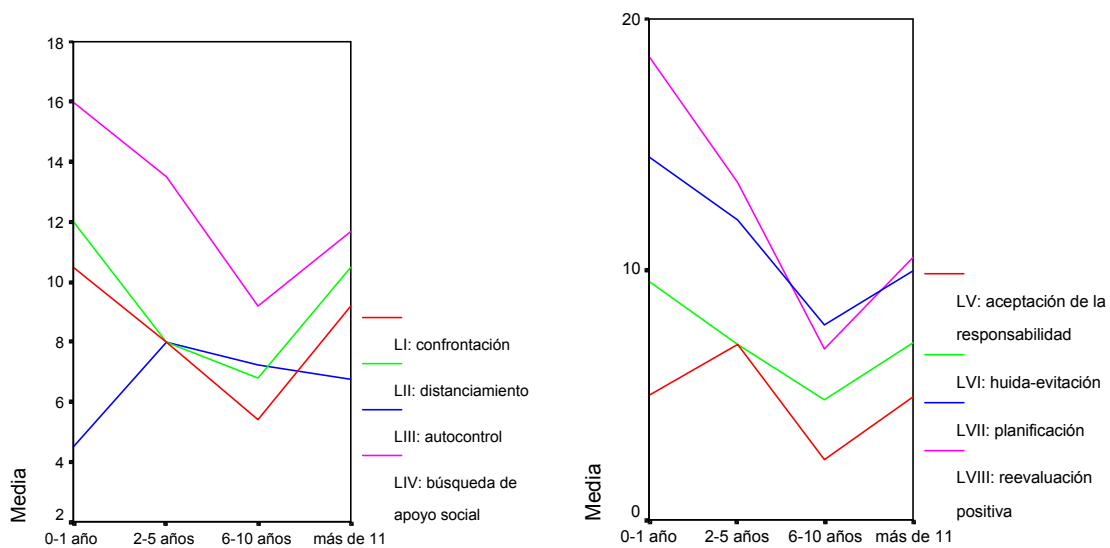




Tiempo de la infección SIDA.

A pesar de que los escasos valores de esta variable en los distintos niveles de la misma, a nivel gráfico se puede observar un punto de inflexión en las distintas subescalas en el nivel “6- 10 años de infección” (gráfico 41) que invierte el sentido descendente de la tendencia, lo cual nos sugiere una posible relación de la variable Tiempo de infección SIDA y Grupo.

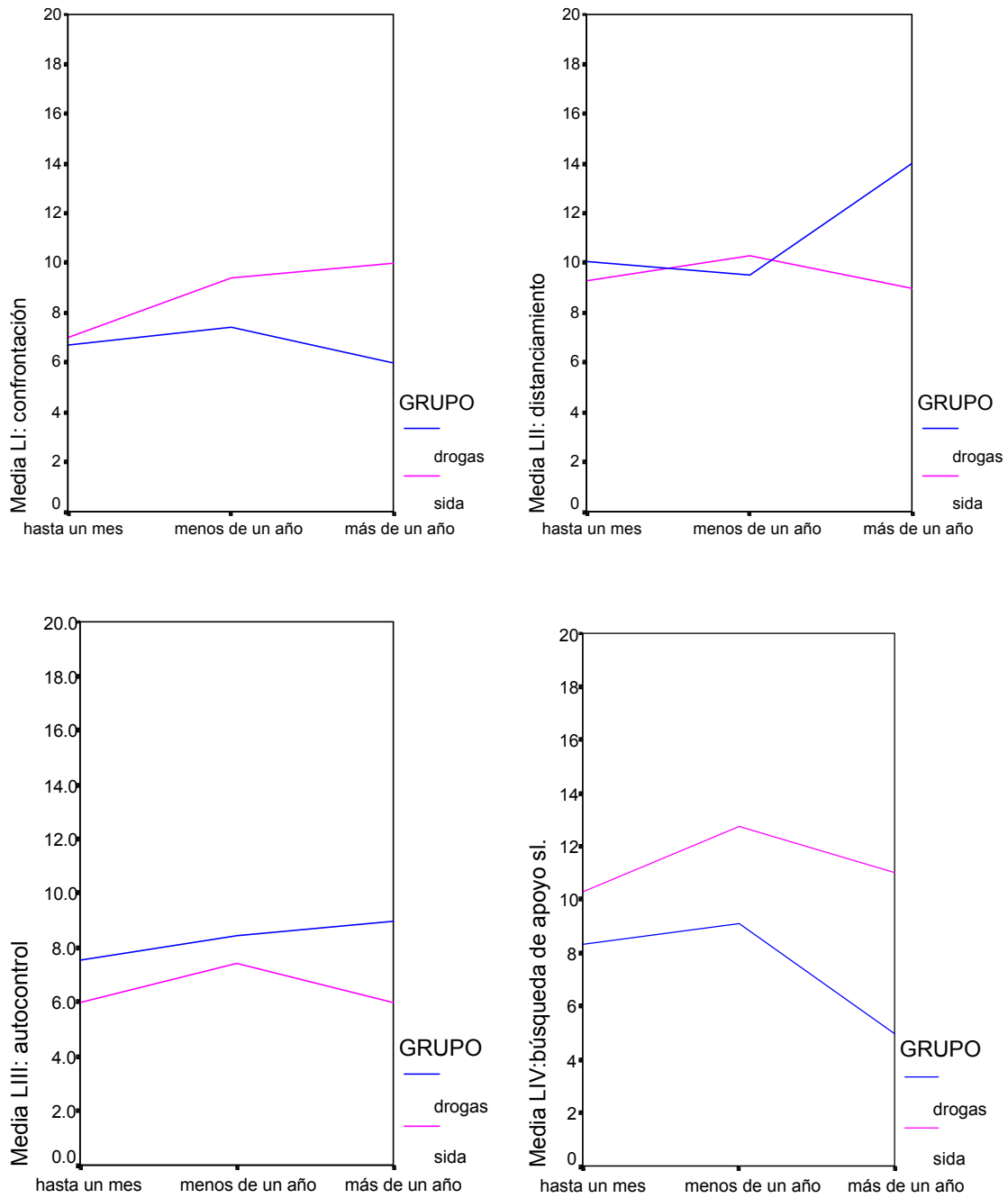
Gráfico 41: Tiempo de la infección SIDA en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

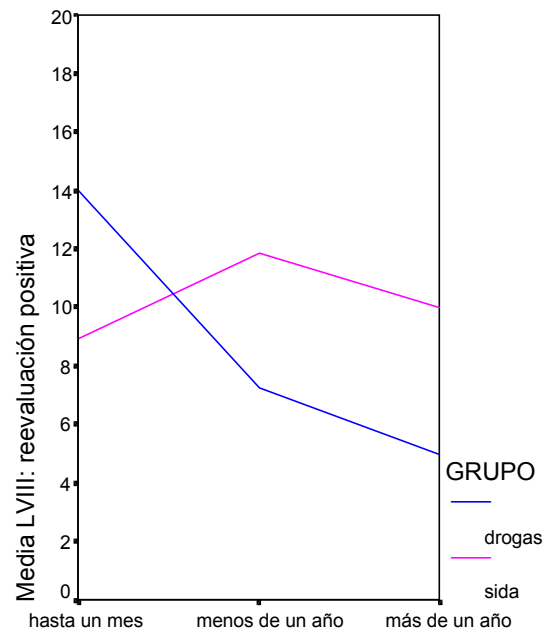
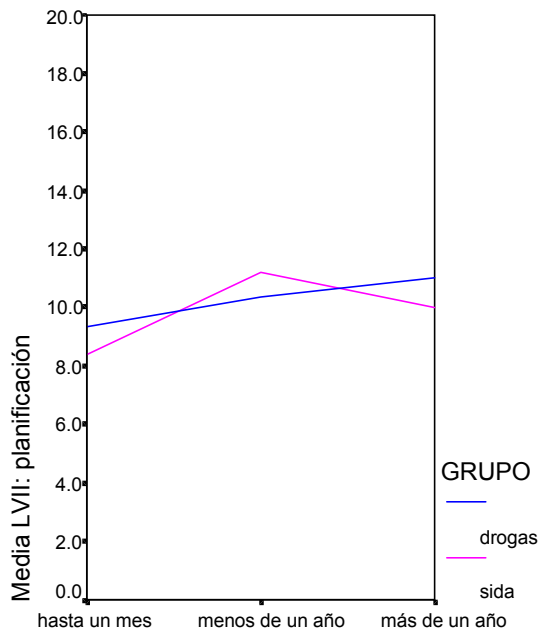
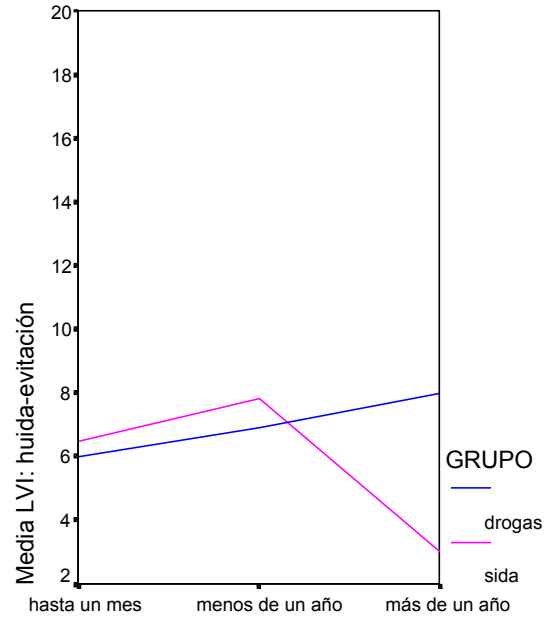
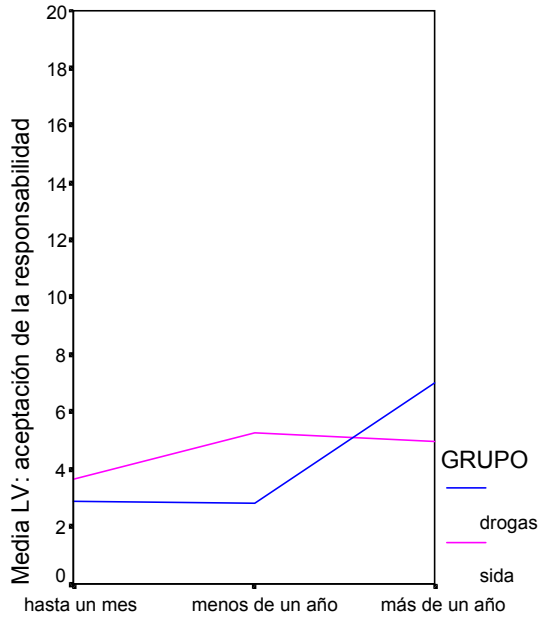


Tiempo de abstinencia actual

Nos llama la atención en los gráfico referente a esta variables como en determinadas subescalas (LII: distanciamiento y LV: aceptación de la responsabilidad) los dos grupo presentan un comportamiento inverso, mientras que en subescala LIV (búsqueda de apoyo social) las puntuaciones muestran un comportamiento similar.

Gráfico 42: Tiempo de abstinencia actual en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

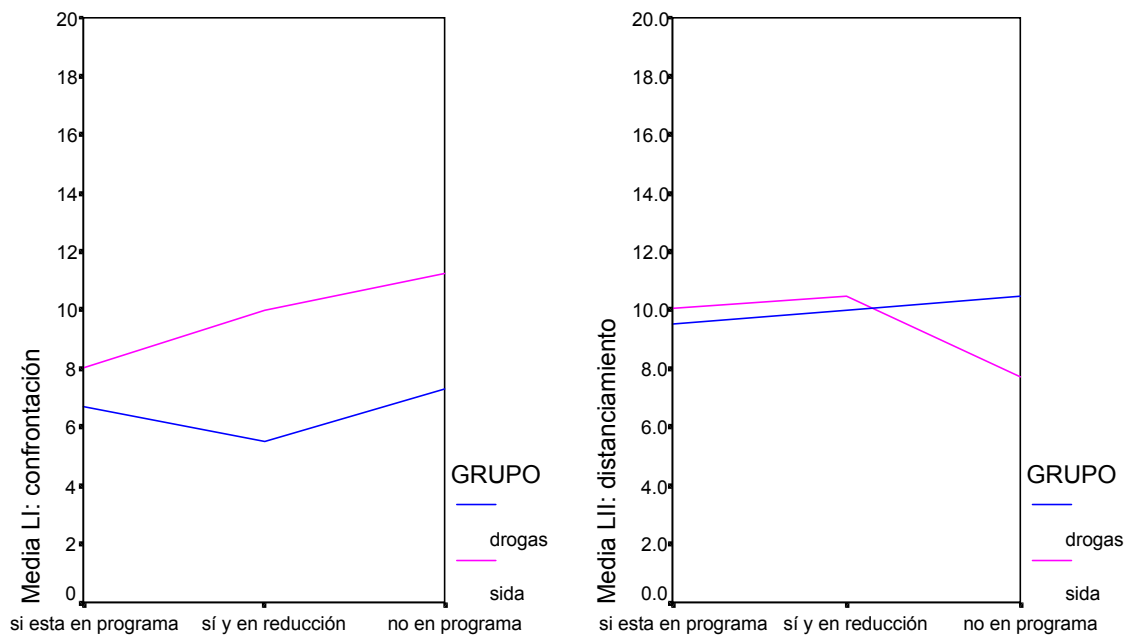


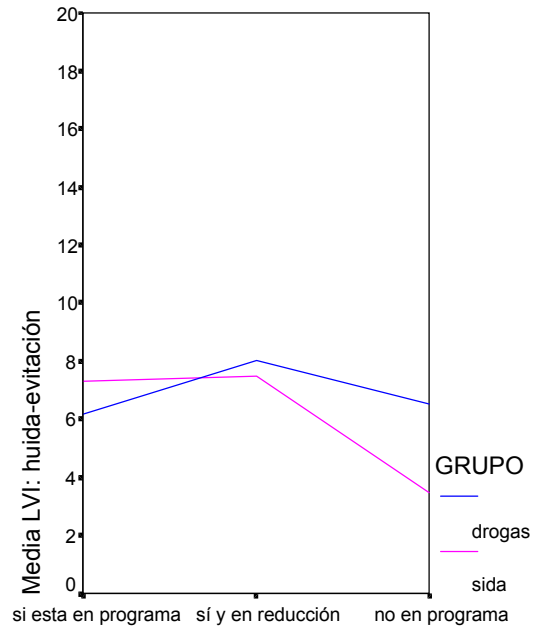
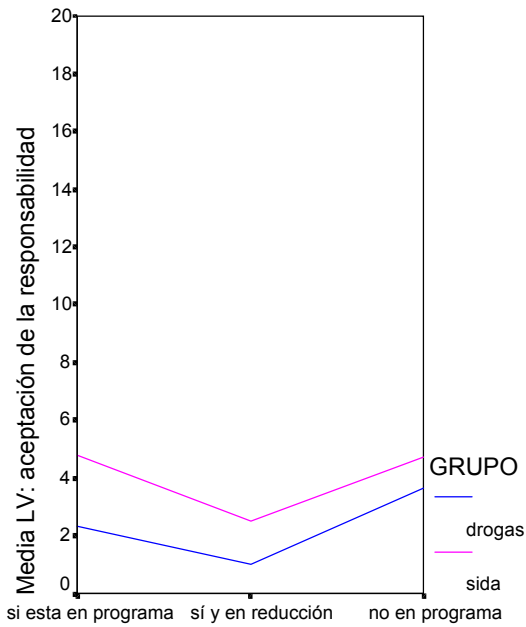
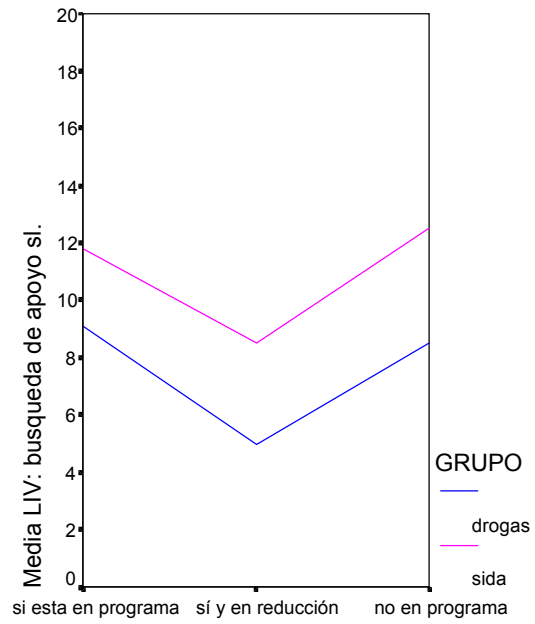
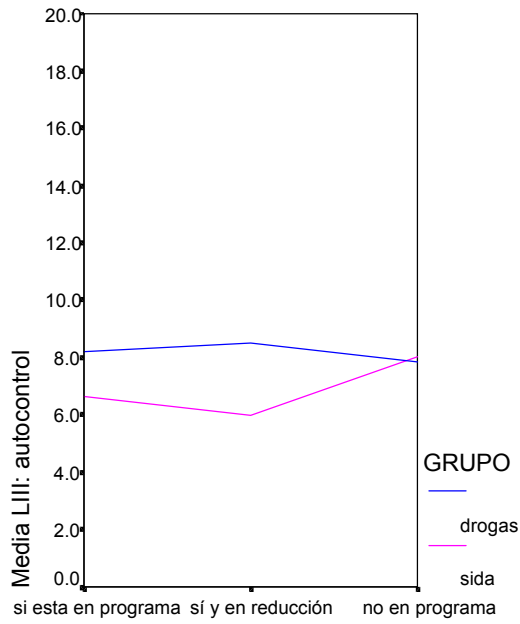


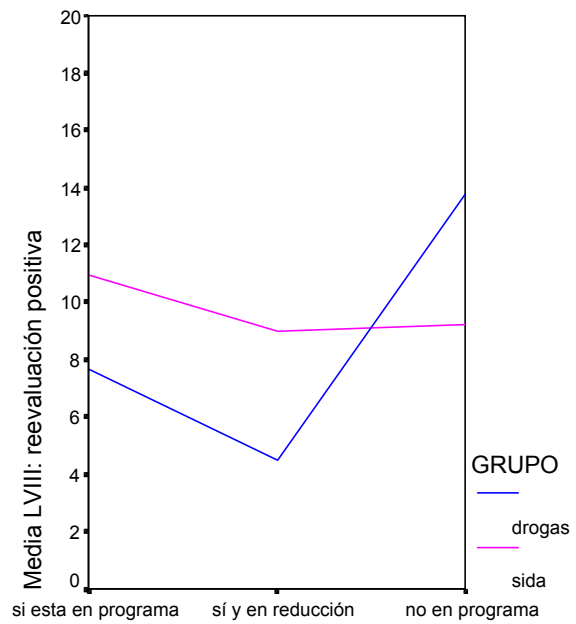
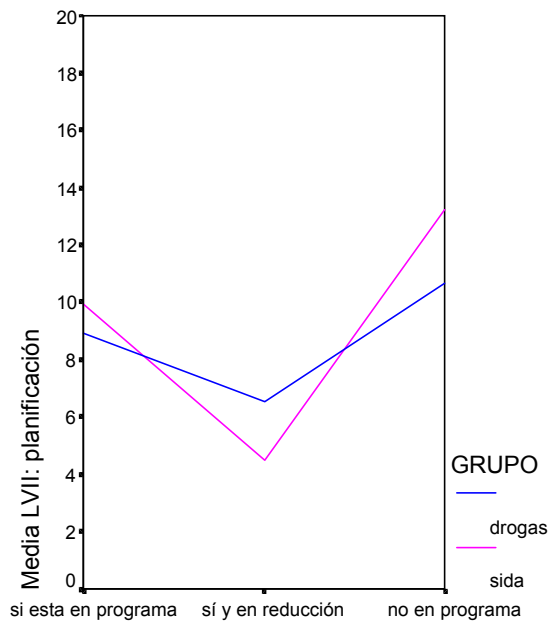
Programa Mantenimiento Metadona

Según aparece en el gráfico 43, las subescalas LIV, LV, LVI y LVII presentan un comportamiento con tendencia similar para los dos grupos. Esto nos sugiere que las personas que pertenecen a los grupo Drogadicción y SIDA varían sus modos de afrontamiento según estén incluidos o no en un programa de mantenimiento con metadona.

Gráfico 43: Programa Mantenimiento Metadona en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.







Capítulo quinto

DISCUSIÓN

1. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

En el último Resumen Mundial de la epidemia emitido por las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (ONUSIDA, 2002) se informa de que han sido 5 millones de personas las infectadas por el virus del VIH en todo el mundo durante el pasado año 2002. Esto supone que actualmente existe una prevalencia mundial de 42 millones de personas que viven con el VIH/SIDA. En nuestro país en el Registro Nacional de casos de SIDA en el Informe Semestral nº2, del 2002, se indica que ha existido un total de 2437 nuevos casos SIDA diagnosticados durante el año 2002, lo cual muestra una estabilización del número de contagios con respecto al año 2001 (2414 nuevas infecciones). Con este dato la tendencia descendente del número de nuevas infecciones que se ofrecía desde el año 1994 queda frenada. Esto ocurre en todos los grupos salvo en el de vía de transmisión heterosexual que existe un crecimiento (584 nuevos casos en el año 2001 y 646 en el año 2002) (Registro Nacional de casos de SIDA, 2002).

En nuestra opinión son varios los factores que pueden estar influyendo en este cambio de tendencia. En primer lugar y con respecto al grupo de ADVP, el no descenso del número de contagios se puede deber, además de las características propias del colectivo, al exceso de confianza que ofrecen la gran eficacia de los tratamiento antirretrovirales. Estos tratamientos, en pocos días, hacen que una persona con la infección VIH/SIDA con un cuadro muy “dramático” pueda aparentemente recuperarse, así, personas que se han visto en una situación terminal, de una forma casi milagrosa, vuelven a tener “un aspecto muy saludable”. Esto que en un principio debería ofrecer una mayor motivación para la adherencia al tratamiento, se convierte en ocasiones en la creencia de que la enfermedad puede ser completamente controlada en cualquier situación y momento, en definitiva, se “pierde el miedo” a la infección mortal SIDA, y por tanto, en ocasiones, esto conlleva un no descenso en las practicas de riesgo.

Con respecto al colectivo heterosexual, creemos que aún hoy sigue existiendo la convicción de que el SIDA es una enfermedad de determinados colectivos (“homosexuales/promiscuos”, “prostitutas/baratas”, “presos del montón” y “africanos pobres”). Sin duda, en alguna relación sexual esporádica con algunos de estos grupos se toman precauciones, sin embargo en aquellas relaciones sexuales con personas catalogadas como “normales” sólo se toman precauciones si existe peligro de embarazo. Aunque seamos conscientes de que el SIDA no es una enfermedad lejana, el enfermo SIDA sigue siendo aquel enfermo caquéctico con un pasado inmoral y nunca es esa persona que está a nuestro lado con un aspecto saludable y que realiza una vida normal.

Otro factor que consideramos tiene una importante influencia en la estabilización del número de contagios es el propio curso de la enfermedad. En ocasiones son más de diez años entre la primoinfección y el desarrollo de la enfermedad y en muchos casos es cuando ésta debuta cuando se realiza el diagnóstico. Este prolongado periodo temporal dificulta el aprendizaje, puesto que no existe una repercusión negativa inmediata de nuestras conductas, por el contrario, la persona vive las conductas de alto riesgo (inyección intravenosa de sustancias, conducta sexual sin protección) como muy placenteras. De hecho encontramos realmente difícil que una persona ADVP se plantee no realizar una conducta que percibe como muy placentera por las posibles repercusiones que esa conducta le ocasione dentro de diez años. Además, este periodo de latencia tan largo hace que muchas personas no sean conscientes de que son portadoras del virus VIH. Esto comporta el no adoptar medidas de precaución, ni de tratamiento, además de hacer que la valoración del alcance de la pandemia se encuentre sesgada. Así entonces, los datos que ahora manejamos no reflejan la prevalencia real de la enfermedad y presumiblemente la infección VIH/SIDA presente una incidencia muy superior a la que los datos epidemiológicos ofrecen.

Ante tan terrible pandemia, nos interrogamos sobre el posible efecto psicológico de la misma. Prieto y Penasa (1998) apuntan determinadas características que hacen de esta enfermedad una constante fuente de estrés: a) es una enfermedad traumática, dolorosa y con escasas perspectivas de curación,

puesto que a pesar de la gran eficacia de los tratamientos antirretrovirales no se debe olvidar que la infección VIH/SIDA aún hoy es una enfermedad mortal; b) produce un gran deterioro de la imagen, esto hace que las personas con infección VIH/SIDA se vean así mismos sólo como enfermos, deteriorando así su autoconcepto y como consecuencia limitando toda su vida; c) el rechazo y la estigmatización sigue existiendo, aún hoy se considera una enfermedad “moral”, el SIDA según muchos sectores de la población sigue siendo de los “homosexuales promiscuos”, de los “drogadictos tirados”, de “las prostitutas baratas”, de los “presos del montón” y de los “africanos negros”.

Lo anteriormente expuesto hace que la persona infectada por el VIH/SIDA tenga que enfrentarse no sólo con una complejísima enfermedad, sino con la situación psicosocial que ésta conlleva que le aporta una fuente constante de estrés y como señalan un gran número de investigaciones, el estrés tiene una repercusión negativa en el sistema inmunológico (Ader y Cohen, 1993; Borrás, 1995 y Cohen y Willianson, 1991).

Es por todo esto, por lo que parece lógico que la enfermedad psiquiátrica presente una gran incidencia en esta población, siendo los trastornos más frecuentes los trastornos afectivos (60%) y los trastornos de ansiedad (25%) (APA, 2002). No obstante estos datos se encuentran algo sesgados puesto que la información la aportan los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica pública y no todos los grupos de enfermos de SIDA lo hacen.

Profundizando en el diagnóstico psiquiátrico en la persona con VIH/SIDA, añadimos que éste presenta una gran complejidad y dificultad ya que existen síntomas comunes que pueden tener distintas posibles etiologías, entre las que destacamos las siguientes: la propia enfermedad, los distintos tratamientos antirretrovirales, un gran número de enfermedades oportunistas, las politoxicomanías, la situación psicosocial, la personalidad, los trastornos psiquiátricos previos, las interacciones de los distintos tratamientos y de éstos con los posibles tratamientos para la desintoxicación. Además del hecho de que en el mismo sujeto suelen aparecer distintas posibles causas para un mismo síntoma.

Todo esto, hace evidenciar la necesidad de un afrontamiento conjunto y multidisciplinar, sin embargo actualmente la coordinación de los distintos especialistas que intervienen en la infección (médico de infecciosos, médico psiquiatra, médico generalista, médico neurólogo, psicólogo, terapeuta de tóxicos, educador del centro donde reside, trabajador social, etc.) es insuficiente y esto conlleva un diagnóstico parcial realizado exclusivamente desde el área del especialista.

Además de la dificultad que lo anteriormente expuesto presenta para el afrontamiento adecuado de la enfermedad, la propia persona con VIH/SIDA interpreta cualquier síntoma causado por algunas de las múltiples posibles fuentes, como una avance de la enfermedad, lo cual repercute en su estado anímico y, por tanto, en el afrontamiento de la enfermedad, convirtiéndose en ocasiones en descuidos en el cumplimiento del tratamiento, en las conductas de autocuidado, y generando complicaciones en la enfermedad.

Todos estos factores hacen que los distintos especialistas que afrontan la infección VIH/SIDA se sientan sobrepasados, puesto que la intervención integral necesaria no puede ser abordada desde ninguna especialidad concreta. De este modo se ofrece un afrontamiento parcial, centrado normalmente en los síntomas, eficaz a corto plazo, pero insuficiente.

Con respecto a la personalidad en la población VIH/SIDA destacamos que a pesar del gran índice de trastornos detectados (15%) (Ayuso *et al.*, 1995) y de la mayor prevalencia en estas poblaciones de los trastornos límites y antisocial (Rundell *et al.*, 1986), es notoria la gran escasez de estudios al respecto (Fuste y Ruíz, 2000b).

Creemos que esto puede deberse a que los distintos especialistas, ante la gran complejidad psiquiátrica antes expuesta, podrían dejar en un segundo plano estos trastornos por considerarlos menos urgentes, o de menor influencia en el

desarrollo de la enfermedad, además de entender que el afrontamiento correcto de los mismos supone un coste que no siempre está al alcance de la persona.

Sin embargo, algunas características de los trastornos como pueden ser la impulsividad, la sensación de invulnerabilidad, la dependencia, etc., determinan en gran parte el comportamiento de algunos individuos. Si sólo se afronta las consecuencias de éstos y no el trastorno en sí, éste seguirá siendo fuente de conductas de riesgo, de no adherencia al tratamiento, de unas no adecuadas conductas de autocuidado y de un largo etcétera que harán en algunos casos ineficaz el gran coste de la intervención en otras áreas.

Otro aspecto importante en nuestro estudio son las estrategias de afrontamiento (coping). Éstas han sido ampliamente estudiadas por Lazarus y Folkman. Estos autores presentan básicamente dos tipos de estrategias de afrontamiento: las centradas en el problema y las centradas en la emoción. Las primeras son aquellas conductas que buscan activamente soluciones para los estresores específicos (causa del problema) y las segundas las que intentan aliviar inmediatamente el estrés (emoción) sin afrontar la causa (Lazarus y Folkman, 1984). A pesar de que pueden parecer polos diferentes de un mismo constructo, algunos autores afirman que son constructos diferentes y que, por tanto, en un mismo individuo pueden encontrarse ambos estilos de afrontamiento (Schmitz y Aystal, 2000).

En la investigación clásica se afirma que lo adecuado en las estrategias de afrontamiento es usar aquellas que sean pertinentes a la situación y que en definitiva nos dote de mayor sensación de control (Blannon, 2001). Sin embargo en las personas con el VIH/SIDA, algunos autores (Reed *et al.*, 1993; Thompson, 1989; Witenberg, 1983) sugieren que una persistente sensación de control en situaciones donde existe relativamente poco control puede ser desadaptativo. De hecho, dada la complejidad y multicausalidad de la evolución de la enfermedad VIH/SIDA, en muchas ocasiones, a pesar de que la persona haga un perfecto cumplimiento del tratamiento y mantenga conductas de autocuidado, pueden aparecer infecciones oportunistas y/o descensos inexplicables de las defensas.

Ante esto, la persona que presente altos niveles de sensación de control, podría pasar a un estado de indefensión, por interpretar como ineficaces sus esfuerzos, y adoptar una actitud pasiva y de abandono. De hecho, esto supone una de las principales causas de abandono de los tratamientos en el colectivo ADVP/SIDA/Exclusión. Personas que tras empezar a afrontar una complejísima situación (politoxicomanías, situación social, etc.) se les motiva con una recuperación total si cumplen determinadas conductas, dándoles en cierto modo un alto grado de control de la enfermedad, aquellos pocos que lo consiguen, se encuentran con que su esfuerzo no siempre trae consigo la tan prometida salud. Esto conlleva la sensación de indefensión y, por tanto, el abandono de tratamientos y programas.

En cuanto a lo que en estrategias de afrontamiento se refiere, encontramos importante, por una parte, adaptarse a la enfermedad VIH/SIDA y al estadio de ésta, insistiendo en estrategias que favorezcan el control de la situación (centradas en el problema) en etapas iniciales y potenciando la estrategias centradas en la emoción para los estadios más avanzados (Kang, 1999) y, por otra parte, adaptarse a la situación de la persona, puesto que dependiendo del colectivo VIH/SIDA algunas estrategias serán más adecuadas que otras. Además, hemos de ser conscientes que concretamente en el colectivo ADVP/SIDA/Exclusión la intervención ha de ir encaminada no sólo a enseñar las estrategias adecuadas, sino además habrá que evaluar y potenciar aquellas habilidades básicas (tolerancia a la frustración, control de impulsos, atención, concentración, abstracción, etc.) necesarias para el desarrollo de las estrategias.

En otro orden de cosas, nos parece interesante detenernos en los distintos tratamientos que el enfermo de SIDA debe afrontar.

Con respecto al tratamiento antirretroviral, señalar que muchos expertos prefieren no hacer recomendaciones absolutas con respecto al inicio del mismo e individualizar la decisión con el objetivo de lograr una mayor adherencia al tratamiento (Pujol *et al.*, 2000). Puesto que el grado de cumplimiento para una eficacia del tratamiento antirretroviral ha de ser muy alta (90-95% de las tomas),

es importante analizar si la persona con VIH/SIDA además de necesitar el tratamiento es capaz de cumplirlo, puesto que un abandono del mismo (o un no correcto cumplimiento) conlleva implicaciones muy graves para la salud de la persona.

Un primer factor a analizar referente al inicio del tratamiento antirretroviral son las características psicosociales de la persona: detectar posibles problemas de toxicomanías, evaluar el apoyo social con el que cuenta, sus propias habilidades, su situación personal, etc. Si bien es verdad que la inmensa mayoría de los especialistas en infecciosos muestran un alto interés en la adecuada orientación para el cumplimiento del tratamiento, y que cada vez más se usan métodos más adaptados a cada individuo (hojas de tratamiento con fotografías del medicamento, dosificaciones individuales), en ocasiones hemos encontrado personas analfabetas en un entorno familiar desestructurado con un tratamiento que requería algo más de veinte comprimidos distribuidos en cuatro tomas distintas, tarea imposible para determinadas personas de algunos colectivos VIH/SIDA.

Otro factor que influye en la adherencia, es la relación médico-paciente (Chamizo, 1997). Las persona con VIH/SIDA, refiere que, en general, reciben una atención pronta y que esta es desempeñada por profesionales a los que califican de altamente cualificados. Sin embargo, apuntan que en algunos hospitales de la red pública no son atendidos siempre por el mismo profesional (Chamizo, 1997), y aunque pueden entender que en su historial clínico aparecen los datos necesarios para que cualquier especialista pueda tratarle, en ocasiones la persona tiene la sensación de estar “en manos de nadie” y esto hace que no siempre se sigan las recomendaciones médicas.

Un último aspecto que parece influir en la adherencia al tratamiento antirretroviral es la propia evolución de la enfermedad. Las fases asintomáticas hacen creer al sujeto que ya no necesita la medicación, puesto que tiene la creencia de que “cuidándose” (en el colectivo ADVP, significa no presentar conductas de adicción, no vivir en la calle, realizar las comidas correspondientes,

etc.) podrá controlar la enfermedad y, por tanto, no ve necesaria la medicación antirretroviral. Además, los efectos secundarios del tratamiento, en ocasiones son interpretados como más dañinos para el organismo que el propio virus, puesto que para la persona suelen ser más “molestos”. Esto corrobora sus creencias y miedos con respecto al tratamiento y favorece el abandono del mismo.

A pesar de la reconocida importancia de los puntos tratados anteriormente como fuente del no cumplimiento y de la no adherencia en los tratamientos, existen pocas intervenciones sistematizadas en programas que incidan directamente en este gravísimo problema.

Por último, y con respecto al tratamiento médico, nuevamente decir que, aunque existe una intervención hospitalaria considerada como muy eficaz, los profesionales especialistas de distintos hospitales informan que existe una gran presión asistencial. La ocupación de camas es de un 100% (Chamizo, 1997). Esto hace que aunque las crisis médicas son afrontadas con gran éxito, la persona con VIH/SIDA “sea devuelta” a su situación anterior en cuanto ésta queda resuelta, y en ocasiones (fundamentalmente en el colectivo ADVP/SIDA/Exclusión) las condiciones a las que la persona retorna son justamente las que hacen que vuelva a padecer cualquier otro tipo de complicación y, por consiguiente, una vuelta al hospital, con un mayor deterioro de la salud de la persona y un bloqueo en los servicios médicos. Es por ello que vemos como único planteamiento eficaz una intervención integral a la persona VIH/SIDA donde sea contemplada la gran complejidad que esta enfermedad comporta.

En cuanto a los tratamientos psiquiátricos, llama la atención que un 58% de las personas con VIH/SIDA reciben tratamiento de este tipo (Pérez *et al.*, 1998). De hecho, por la posible complejidad de la intervención y con el fin de actualizar a los diferentes especialistas que intervienen en la infección VIH/SIDA la American Psychiatric Association (APA) emitió un informe en el año 2002 que ofrece recomendaciones del uso de los fármacos psiquiátricos en la personas afectadas por el VIH/SIDA. Aunque no podemos dudar de la repercusión que tal documento ha tenido en los distintos profesionales de la medicina que intervienen con

personas que presentan esta infección, sí hemos observado que ciertas recomendaciones de la APA no son observadas. Así, por ejemplo, se recetan antidepresivos tricíclicos en estadios avanzados, siendo explícitamente no recomendados, o bien, no se realizan las revisiones recomendadas de los tratamientos, manteniéndose los mismos por años. Esto conlleva una serie de interacciones de los distintos tratamientos que además de complicar el diagnóstico y tratamiento del cuadro, aporta un sufrimiento innecesario a la persona.

Con respecto al tratamiento de los trastornos de abuso de sustancias, observamos que un gran número de individuos no contactan con los programas libres de drogas por no encontrarse atraídos por “su oferta asistencial” (Valverde, 1996), dándose un incremento de la demanda en los centros denominados de “baja exigencia” y en los programas de “reducción del daño”. Aunque no entra dentro de nuestro interés valorar esta tendencia, sí creemos que esta decisión no depende exclusivamente de la persona con problemas de drogadicción, sino que en la mayoría de los casos, la oferta que existe a nivel público es puramente asistencial, centrada en la desintoxicación y deshabituación, pero no en la reconstrucción o en algunos casos en la formación de la persona. En este sentido, es frecuente encontrar personas altamente desestructuradas que tras un periodo de abstinencia terminan un programa, y en pocos días vuelven al marco en el que se sienten capacitados para vivir, lo cual implica inexorablemente una vuelta al consumo, y en el caso de la persona con VIH/SIDA, habitualmente, a un abandono del tratamiento y a un deterioro importante en su salud. Nuevamente observamos que los tratamientos de cualquier índole que no tengan una visión integral de la persona están abocados al fracaso.

Un último aspecto a tratar es la atención psicológica. Ésta, según los distintos comités ciudadanos anti-sida, no se ofrece en los momentos en los que la persona con VIH/SIDA los necesita (Chamizo, 1997). Según nuestra experiencia, en ninguna unidad de infecciosos se cuenta con personal psicólogo destinado a este fin.

La intervención psicológica específica que se realiza actualmente es la que se ofrece en el ámbito de las organizaciones no gubernamentales y entidades sin ánimo de lucro. Estas Asociaciones tienen unos centros desde donde se ofrecen programas más o menos estructurados entre los que en ocasiones se incluye la intervención psicológica. Sin embargo, al pertenecer al ámbito de lo privado y al estar ligado a un proyecto específico, priman en la intervención, los objetivos y funcionamiento de los mismos, que en ocasiones difieren de los que se pueden plantear en una intervención psicológica. Así por ejemplo, en el caso de los centros destinados a el colectivo ADVP/SIDA/Exclusión, en las primeras entrevistas y contactos se le pide a la persona una abstinencia a tóxicos como premisa para ofertarle ayuda. Esto aunque necesario para el funcionamiento de los distintos centros, se convierte en una paradoja para la persona, puesto que una de las situaciones fundamentales para las que pide ayuda es justamente su problema de toxicomanías. En el improbable caso de que la persona pueda superar esa abstinencia sin más ayuda que la metadona (administrada en el mejor de los casos por el centro provincial de drogodependencia), el psicólogo se encontrará frente a una persona con una serie de carencias que normalmente no incumben exclusivamente a su área. Los centros en los que suelen estar los psicólogos, suelen tener un equipo multidisciplinar que ofrece su intervención técnica. Sin embargo, dado que estas organizaciones suelen depender de las subvenciones públicas, normalmente carecen de los suficientes recursos para poder disponer de un complejo equipo técnico que requiere la intervención en este colectivo.

No obstante, y en el caso de que el psicólogo pueda desempeñar su labor como tal, no debemos olvidar que las técnicas y los programas utilizados para el afrontamiento de las consecuencias psicológicas de la enfermedad VIH/SIDA, deben ser adaptadas para los distintos colectivos que padecen esta enfermedad. Así, en el colectivo SIDA/ADVP/Exclusión, antes de la aplicación de las diferentes técnicas psicoterapéuticas se ha de valorar si existen las habilidades necesarias para llevarlas a cabo y aunque éstas existieran, se ha de adaptar de forma detallada las técnicas a esta población.

A modo de reflexión y valga como conclusión, creemos que la intervención en la persona con VIH/SIDA /ADVP/Exclusión a nivel psicológico ha de depender de su situación personal y de su estructura interna. No podemos plantearnos una serie de fases (Ayuso, 1997), puesto que aunque la persona acabe de recibir el diagnóstico de SIDA, si recientemente ha abandonado el consumo de tóxicos, su principal preocupación no será la enfermedad, sino aprender a vivir sin la adicción. En ocasiones y tras un periodo muy prolongado de exclusión, existe unos niveles tan altos de deterioro que se ha de priorizar la estabilización y la recuperación de unos mínimos personales (higiene, comportamiento, etc.) o en algunos casos la enseñanza de los mismos.

En este colectivo, el daño es estructural. La persona, tras un gran número de años en situación de exclusión, se enfrenta a un mundo que desconoce, lleno de reglas que no domina y con una situación muy compleja (tiene que abandonar la politoxicomanía, afrontar la enfermedad VIH/SIDA, no posee recursos económicos, no presenta una red social de apoyo, no tiene preparación para el mundo laboral y normalmente existen pocos recursos personales). La perspectiva que se abre ante ellos según se van recuperando, es tan desoladora como la que abandonan. Los programas que se les ofrecen son normalmente insuficientes, parciales y asistenciales, sin una perspectiva integral que ofrezca un programa de tratamiento y desarrollo personal. Les exigimos una recuperación total pero sólo le ofrecemos una ayuda parcial. Sin embargo, cuando no consiguen alcanzar “la normalización” siempre son ellos los culpables.

2.- DISCUSIÓN DE MATERIAL Y MÉTODO.

Antes de abordar el análisis de los resultados obtenidos, nos parece interesante detenernos en algunos aspectos metodológicos de este estudio, puesto que éstos son el único marco desde donde se pueden interpretar los resultados. En este apartado nos centraremos en el proceso de selección de la muestra y en los instrumentos de evaluación utilizados.

Una de las grandes limitaciones que encontramos para la investigación en la Psicología Clínica es la gran dificultad metodológica de los diseños. Por razones éticas y por la naturaleza del propio objeto de estudio (sujetos distintos), no se pueden crear grupos completamente homogéneos por la gran variabilidad existente. En el colectivo que centra nuestra atención (sujetos con infección VIH/SIDA con antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión), esta dificultad viene agravada por las características definitorias de los distintos grupos (SIDA/Droga/Exclusión). La gran dificultad en la homogeneidad aparece porque las diversas condiciones no se presenta de la misma forma en los distintos sujetos, más aún si las tres situaciones se dan en una misma persona.

Así, y con respecto al grupo SIDA, señalar que a pesar de que sólo se han incluido en el estudio personas diagnosticadas de SIDA avanzado (según clasificación CDC, 1993), existe una gran variabilidad en la manifestación de la enfermedad en este estadio (diferencia en el número de defensas, en la carga viral, en las enfermedades oportunistas), en lo referente a los distintos tratamientos recibidos (tipo de medicamentos) y a los efectos secundarios de los mismos.

En cuanto a los grupos que contienen la variable *droga*, a pesar de que todos tenían una historia de abuso de tóxicos según criterio DSM-IV-TR (APA, 2002) existe diferencia en el tipo de tóxicos consumidos, en la vía de administración, en el tiempo de abstinencia, en el número de años total de consumo y en el tratamiento utilizado para la deshabitación.

Por otra parte, y con respecto al criterio marginación-pobreza, añadir que éste se ha tratado de delimitar en vectores cuantificables, pero la gran dificultad de las variables observacionales utilizadas ha dado como resultado que en algunas ocasiones no se ha reflejado la compleja realidad de la exclusión social. Además señalar la gran dificultad de homogeneizar las variables referentes a este criterio, puesto que hemos encontrado que existen tantas situaciones de marginación-pobreza como personas en esa situación.

Por último, destacamos la gran variabilidad que puede conllevar el padecimiento de alguna enfermedad mental, que aunque a priori fueron descartadas (como criterio de exclusión general), si fueron incluidas algunas personas que presentaban alguna psicopatología (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno del sueño, psicosis residuales, trastorno de personalidad).

Una de las primeras dificultades que hemos encontrado en nuestra investigación ha sido el difícil acceso a las diferentes muestras. Aquellos grupos cuyos sujetos vivían en una situación de exclusión, no accedían de forma normalizada a los recursos de la red pública. El denominado actualmente colectivo “sin hogar” presenta en nuestro estudio además la infección VIH/SIDA y los antecedentes de politoxicomanías, agravando ambos aspectos el posible contacto con los sujetos. El colosal esfuerzo que se ha de realizar para acceder a este colectivo supone en muchos casos el motivo fundamental para no investigar sobre el mismo, razón que nos hace plantearnos la necesidad de este estudio.

Para poder realizar el presente trabajo, y a pesar del posible sesgo que esto comporta, hemos visto como la vía más eficaz el contactar con las asociaciones y centros que trabajasen con esta población. Así en Sevilla, los únicos centros específicos para tratar a la persona con VIH/SIDA, ADVP y exclusión son los que Cáritas ofrece. El resto de los grupos, sin embargo han podido ser tomados de otros centros por ser mayor la oferta de los mismos (Centros de acogida municipal, centros ambulatorios municipales para el tratamiento de politoxicomanías).

Una vez que contactamos con los distintos centros y conseguimos los correspondientes permisos, hacíamos partícipes de los criterios de exclusión e inclusión a los responsables de los centros para que fuesen ellos los que nos facilitaran las distintas entrevistas con los sujetos.

Los criterios incluyentes fueron los de pertenecer a algunos de los cuatro distintos grupos. A continuación, detallamos algunos aspectos que nos parecen importantes de los criterios excluyentes:

- Ser mujer. La decisión de seleccionar exclusivamente a hombres corresponde a la baja presencia de las mujeres en los distintos centros visitados.
- Ser consumidor activo de cualquier tóxico. Para discriminar esta situación nos hemos basado por una parte en la información que los equipos responsables de los centros nos suministraban (éstos sometían a controles periódicos a los participantes de sus proyectos) y por otra parte, en el comportamiento del sujeto durante la entrevista. En ocasiones, a pesar de que el participante no daba controles positivos a tóxicos, el nivel de sedación era tan extremadamente alto que muchos participantes nos eran capaces de mantener la suficiente atención y concentración durante más de veinte minutos. De hecho, hemos encontrados sujetos que pasan la mayor parte del día sedados, sin embargo nos ha sido altamente complejo delimitar la etiología de la misma (elevada dosis de metadona, tratamiento psiquiátrico, enfermedad oportunista, interacción de los distintos fármacos, etc). Puesto que no era el objetivo de nuestra investigación el análisis de la sedación, no hemos querido profundizar en el mismo y cuando se ha dado esta condición hemos suspendido la entrevista. Sin embargo, seguimos preguntándonos si algún profesional se plantea la conveniencia de ese estado de letargia, sus posibles consecuencias en la persona y su etiología. En ocasiones da la impresión de que la persona elige vivir en “ese mundo de ensoñación” donde nada le perturba y a veces parece que preferimos que sigan viviendo en ese mundo para que a nosotros tampoco nos perturbe.
- Pertenecer a otro grupo de riesgo de la infección VIH de forma exclusiva. Hemos determinado la inclusión en nuestro grupo objeto de estudio a las

personas con infección VIH/SIDA, con antecedentes de drogadicción y que viven en un situación de exclusión. Sin embargo, esto no lleva implícito que la vía de trasmisión del SIDA halla sido la parenteral; de hecho ocho sujetos (26,7%) refieren una vía sexual como la vía de contagio de la infección. Es decir, que aunque los participantes informasen de prácticas de riesgo que los pueden incluir también en otros grupos clasificatorios de SIDA (como pudieran ser prácticas sexuales sin protección), esto no les excluía de nuestro estudio si presentaban un historial de adicción a distintos tóxicos y vivían en una situación de exclusión. Ello es debido a que creemos que lo que puede constituirles como grupo (si es que esto es posible) son las situaciones más definitorias (adicción y situación de exclusión) y no determinadas conductas.

- Sufrir alteraciones psíquicas (funcional u orgánica) que impidiesen al participante mantener capacidades intelectuales suficientes para realizar las distintas pruebas del protocolo de evaluación psicológica. Este criterio ha sido difícil de establecer a priori, puesto que la gran diversidad de manifestaciones que determinados trastornos psiquiátricos presentan hace que no se puedan establecer límites categóricos. Así, hemos encontrado sujetos que, a pesar de no estar diagnosticados de ningún trastorno específico, presentaban unos niveles muy altos de desestructura personal, que no les permitía mantener los niveles de atención exigidos. Por otra parte, sujetos con un diagnóstico de trastorno psicótico han respondido a nuestros protocolos sin ninguna dificultad. Suponemos que además de la citada diversidad de manifestaciones clínicas de la patología psiquiátrica, hemos de incluir la posibilidad de que existan enfermos no diagnosticados, considerados como normales, y falsos diagnósticos.

Centrándonos en la elección de los instrumentos que hemos utilizado, hemos de decir que ésta ha resultado compleja. Por una parte habíamos de tener en cuenta que las muestras presentaban situaciones multiproblemáticas que requerían la evaluación de una gran número de variables. Por otra parte, el acusado deterioro de los participantes (sobretudo del grupo que presentaba la

infección VIH/SIDA) nos obligaba a utilizar instrumentos cuyo tiempo de administración fuera breve, y por último, era importante ser conscientes de que los sujetos presentaban un bajo nivel cultural y poca familiaridad con determinadas cuestiones que suelen ser evaluadas en los instrumentos psicológicos.

El criterio definitorio ha sido el de buscar la mayor brevedad posible de los cuestionarios, que planteasen cuestiones fácilmente comprensibles (situaciones de la vida cotidiana) y adaptado a un nivel cultural bajo, siempre que esto fuese compatible con la adecuación a los objetivos de nuestra investigación y al cumplimiento de unas garantías psicométricas básicas.

En general, hemos de tener en cuenta, que los instrumentos de medida pueden presentar las siguientes limitaciones (Marín, 2002):

- Los sujetos pueden falsificar sus respuestas. No hemos de olvidar que la evaluación se realiza en un contexto institucional, lo que nos hace esperar puntuaciones altas en deseabilidad social, así como una omisión de determinada información (último consumo, no cumplimiento de tratamientos) que fuese contra la normativa del Centro.
- Las motivaciones de las personas pueden variar según las diferentes condiciones o situaciones en las que se aplican las pruebas. De hecho, aunque a todos los participantes se les insistió en el carácter voluntario de la prueba y en que no existiría ningún tipo de repercusión (positiva ni negativa) hacia ellos, entendemos que algunos sujetos se vieron “obligados” a realizarla por “agradecer” la atención del Centro.
- Si la finalidad es clínica, la persona puede exagerar sus desviaciones; como así creemos que ha ocurrido en determinados sujetos que creen no recibir la suficiente atención. Además nosotros añadimos una cuarta limitación: en determinados sujetos ha sido evidente que no alcanzaban la comprensión de ciertos ítems, sobre todo porque elegían de forma repetida la misma

respuesta, sin embargo algunos de los sujetos no llegaron a reconocer su dificultad (a pesar de que decían no ser capaces de explicarlo con sus palabras) y, por tanto, habíamos de dar por válidas las respuestas.

El control de estas limitaciones se ha podido realizar con las distintas escalas de validación que ofrecía el protocolo de valoración, desestimando aquellos que no cumplían los criterios pertinentes.

A continuación pasamos a detallar aquellos aspectos de los distintos instrumentos de evaluación que creemos interesante reseñar.

En primer lugar, y con respecto a la Entrevista Semiestructura de elaboración propia, decir que en ésta se recogen todas aquellas variables que nos han parecido que pueden estar influyendo en nuestro objeto de estudio, pero que no forman parte explícita del mismo. Así la entrevista recoge información de cinco áreas: sociodemográficas, salud, tóxicos, salud mental y judicial.

Tras la administración de la Entrevista semiestructurada, se cumplimentaba la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983). Esta escala nos ha parecido idónea para nuestro estudio además de porque se adecúa a nuestros objetivos, por su formato sencillo y de fácil comprensión. A pesar de que el instrumento fue diseñado para el ámbito hospitalario, creemos que se adapta perfectamente tanto a un ámbito institucional como al de cualquier otra situación. Por otra parte, hemos observado, que al no ser un instrumento adaptado a nuestra población existen una serie de ítems que no siempre han resultado totalmente válidos. Así, por ejemplo, en una población multiproblemática, el hecho de “tener mi mente llena de preocupaciones” (ítem 5), o en el caso de los grupos de personas con antecedentes de politoxicomanías el “no disfrutar con los que antes disfrutaban” (ítem 2), no creemos que se deban tomar como indicadores de depresión o ansiedad.

En la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978) hemos encontrado algunas dificultades que no esperábamos a priori puesto

que nos parecía un instrumento de una gran sencillez lingüística. Sin embargo, parece ser que en ocasiones los participantes, a pesar de decir que comprendían el significado de cada palabra, no entendían qué se les estaba preguntando, creemos que esto puede deberse a la construcción de algunas frases de determinados ítems, concretamente el número 21 (“si creo firmemente que merezco algo, tengo razones para esperar conseguirlo”). Además encontramos que determinados ítems eran poco adecuados para aquellos grupos que vivían en una situación de exclusión social, por ejemplo el ítem número 35 (“la gente señalada con marcas de éxito -aprobación social, riqueza, fama- están destinadas a ser más felices que aquellas personas que no presentan estas marcas”).

Un cuarto instrumento utilizado ha sido el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). Este cuestionario fue seleccionado por ser uno de los más usados en la evaluación de estrategias de afrontamiento. No obstante, hemos de decir que es el instrumento en el que hemos observado que los participantes han encontrado más dificultades. Los autores proponen, en las instrucciones originales, pensar en “la última situación problemática a la que se ha tenido que enfrentar y responder a los ítems según la forma habitual de afrontar los problemas”. Hemos creído que la posibilidad de que en una población con una problemática tan variada e intensa el sujeto evaluado eligiese la situación podría añadir una variabilidad difícil de controlar, es por ello que hemos preferido enfrentarles con una hipotética situación común. Si bien es verdad que esto hace que el cuestionario se aparte de las instrucciones que Lazarus y Folkman sugieren, vemos que en nuestra población ha sido más oportuno. Por otra parte, hemos detectado dificultades importantes en los participantes a la hora de abstraerse y situarse ante la situación propuesta, en muchas ocasiones se ofrecía el recordatorio de la situación antes de la lectura del ítem. Además algunos sujetos decían no comprender ciertos ítems (número 6: “no intento quemar mis naves, sino que dejo alguna posibilidad abierta”, y el número 15: “me siento inspirado para hacer algo creativo”). Hemos observado niveles importantes de deseabilidad social en los ítems que trataban de “pedir ayuda a profesionales” (ítems 3, 13 y 17) y en aquél que proponía el uso de drogas como alternativa a la situación (ítem 25).

Todas estas dificultades pensamos que surgen del hecho de que no es un instrumento adaptado para nuestra población. Pelechano et al. (1993), proponen una adaptación de este cuestionario para la población de enfermos físicos crónicos en España y aunque contemplamos la posible sustitución del cuestionario original por el de Pelechano, el hecho de que los enfermos fuesen crónicos no infecciosos y que pudiese resultar no adecuado para nuestras muestras “no enfermas”, nos hizo desistir del empeño y optar por el cuestionario original.

Por último, el Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-III (1999) ha sido seleccionado por ser considerado como altamente adecuado por sus ítems (frases cortas y directas) y por su sencillo tipo de respuestas (verdadero/falso). Además de incluir una baremación para población con problemas de toxicomanías. La gran dificultad estriba en que sus 175 ítems confieren a la prueba un tiempo largo de administración .

La aplicación del protocolo ha supuesto un esfuerzo por parte de los evaluadores en valorar, por una parte si la persona iba comprendiendo los distintos ítems para poder adaptarlos a su lenguaje, y por otra parte, para detectar posible fatiga en el evaluado y poder posponer la cumplimentación del protocolo, llegando en muchas ocasiones a ser necesarias dos entrevistas para una cumplimentación completa.

Somos conscientes del gran número de dificultades y limitaciones que el presente estudio plantea en cuanto a la metodología. Sin embargo, dado el gran interés clínico y de salud pública que pueden desprenderse de las aplicaciones prácticas de esta investigación, hemos creído necesario salvar dichas cuestiones.

3.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado, intentaremos abordar los resultados obtenidos en nuestro estudio, ofreciendo distintos puntos de vista que pueden explicar las diferencias y similitudes en los diferentes grupos.

Para ofrecer un discurso ordenado y clarificador, ofrecemos la discusión según las distintas hipótesis de nuestro estudio, éstas las hemos agrupado en cuatro grupos: personalidad, alteraciones emocionales, estrategias de afrontamientos y otras variables.

Personalidad. (Hipótesis 1.1. y 1.2.)

En general los datos nos ofrecen una similitud de puntuaciones en prácticamente la totalidad de las variables en los grupos que presentan exclusión (Grupos A, B, C) frente al grupo denominado población normal (grupo D).

Este aparente patrón de personalidad de la persona que vive en una situación de exclusión ha sido incluido en algunos estudios (Barbero, 2002) como posible variable predisponente en las situaciones de marginalidad, sin embargo, no hemos podido encontrar ninguna investigación que muestre índices de prevalencia o alguna otra variable de personalidad en esta población.

Por tanto, y para no extraer conclusiones erróneas, nos parece interesante desglosar las diferencias, y sus posibles hipótesis explicativas, en las distintas variables de personalidad estudiadas.

Personalidad Esquizoide y Personalidad Antisocial.

En estas dos variables encontramos un patrón de comportamiento de las puntuaciones similares. Los grupos de exclusión no presentan diferencias entre sí, frente al grupo de normales con el que sí se dan.

Los sujetos con personalidad esquizoide, según el DSM IV-TR (APA, 2002), presentan un patrón general de distanciamiento en las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional; los sujetos antisociales, por su parte, manifiestan un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los otros y, frecuentemente, carecen de empatía.

En la definición de personalidad esquizoide aparece, que a estos sujetos no les satisface formar parte de una familia o de un grupo social. Nos llama poderosamente la atención el hecho de que la característica fundamental de este trastorno (distanciamiento en las relaciones sociales) sea justamente el denominador común de los grupos que presentan altos valores en estas puntuaciones: la exclusión social. Así nos planteamos, que si en los grupos que presentan situaciones de exclusión (grupos A, B y C) se puede explicar esta no integración en la sociedad desde la presencia de este tipo de personalidad o si por el contrario, son otras variables las que también influyen en estas puntuaciones. Sin duda, se aparta de nuestro objeto de estudio un análisis pormenorizado de la exclusión social, pero entendemos que ésta entraña una complejidad y multifactorialidad que aunque incluya variables de personalidad, no está en todos los casos explicando el patrón de comportamiento que la exclusión presenta. En este sentido, en nuestra muestra encontramos que un gran número de sujetos (en el grupo SIDA el 90%, en el de DROGA el 36,7% y en el de exclusión el 13,3%) han decidido participar en programas de tratamiento de reinserción. Si bien es verdad que determinados sujetos encuentran en estos proyectos una solución puramente asistencial, es también verdad que otros buscan el objetivo fundamental de estos proyectos: la reinserción (o primera inserción) en la red social, lo cual, nos hace cuestionarnos si esta conducta (no inclusión en la red social) es una característica de personalidad o corresponde además a otros tipos de condicionantes complejos y de carácter multifactorial, como es en sí misma la exclusión.

Por otra parte, la personalidad antisocial, o trastorno disocial, se caracteriza, entre otros, por mostrar un patrón general de desprecio y transgredir la norma. Según nuestro estudio, entre los grupos que presentan la variable de exclusión no existen diferencias significativas en esta variable y sí las presentan entre éstos y el grupo normal. Además, la media de puntuaciones en el grupo SIDA (73,70) está muy cercana al punto de corte para ser considerada como síndrome clínico (puntuación 84) y la del grupo de Droga supera la puntuación 60 que es la que se establece en el MCMI-II (Millon, 1999) como discriminante para determinar la “normalidad” de dicha variable como determinante de personalidad.

Corroborando nuestros datos, existen distintos estudios donde se efectuó un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad en drogodependientes: Gángara y Medina (1998) encuentran una presencia del 42% y Millon y Davis (2001) entre el 30 y el 50%, informando de que en estos sujetos era mayor la presencia del VIH.

Millon y Davis (2001), explican esta presencia de trastornos antisocial en la población droga, argumentando que las personas con trastorno antisocial no presentan “escrúpulos morales” que puedan moderar el consumo de sustancias y no se preocupan de las consecuencias negativas de este abuso. En cambio, la gratificación inmediata que proporcionan muchas sustancias se ajusta bien a la tendencia de las personas con este trastorno. Por otra parte, añaden, que el consumo de sustancias prohibidas legalmente supone una trasgresión de la norma, característica básica de este tipo de trastorno. Sin duda, podemos ser partícipes de que éstas sean las hipótesis que expliquen parte del comportamiento de los sujetos evaluados, sin embargo, no explicaría la homogeneidad de los grupos con presencia de droga y de los grupos que no la presenta (grupo de exclusión).

Estas no diferencias de los grupos droga/exclusión con los no droga/exclusión, o dicho de otra forma, esta homogeneidad de los grupos de exclusión, podrían deberse a diferentes causas. Por una parte, una de las grandes dificultades del estudio de los rasgos psicopáticos es que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno, y que por tanto las respuestas son poco fiables, pudiéndose dar el caso de que existan entre los sujetos autodenominados como no consumidores alguno que sí lo sea, consiguiendo esa homogeneización. Por otra parte, es posible que el error se dé en el diagnóstico, puesto que existen “comportamientos” con cierta similitud al trastorno antisocial que pueden ser “falsamente” diagnosticado como tal. El primer comportamiento a diferenciar es la delincuencia. Si bien la personalidad antisocial tiende al comportamiento delictivo, la mayoría de individuos que vulneran la ley no presentan rasgos antisociales (sobre todo porque presentan sentimientos de culpa). Otro comportamiento que puede causar dificultad en el diagnóstico es el derivado del trastorno relacionado

con sustancias por el gran número de trasgresiones normativas que presentan estos sujetos, obviamente derivado de su situación de adicción. De hecho Millon y Davis (2001), concluye que quizás los criterios DSM para trastorno antisocial no sean capaces de discriminar individuos con rasgos verdaderos y aquellos en los que son una consecuencia de su drogodependencia.

Nuevamente encontramos una serie de comportamientos que pueden ser etiquetados como trastorno antisocial, y que en realidad corresponden a comportamientos “adaptativos o normales” en una determinada situación de exclusión social. De hecho se ha sugerido como una posible influencia etiológica los factores ambientales, se ha señalado que distintas situaciones familiares, como pueden ser una prolongada privación materna, las discordias familiares, separaciones, de comportamiento antisocial paterno y la situación de exclusión, pueden contribuir al desarrollo de un trastorno antisocial de la personalidad (Saiz, 2002).

Es posible que las habilidades básicas que determinan ciertos comportamientos englobados categóricamente bajo la etiqueta de antisociales sean aquellas habilidades “no trabajadas” y por tanto “no desarrolladas” en las personas que viven en un situación de exclusión social. Si así fuera, personas que su situación social de marginalidad potenciasen la incapacidad para tolerar el aburrimiento, las respuestas irreflexivas, el bajo nivel de tolerancia a la frustración y los comportamientos irresponsables (características de los trastornos antisociales; DSMIV-TR) podrían ser diagnosticados con los actuales sistemas categóricos de trastornos antisociales, siendo sin embargo un grupo de personas que viven en una situación de exclusión social.

Evitativa.

En esta variable de personalidad los grupos se comportan de igual forma que en las anteriores, es decir, mostrando puntuaciones homogéneas en los grupos de exclusión frente al grupo de normal.

Las manifestaciones clínicas más importantes de la personalidad por evitación son fundamentalmente el miedo al desprecio y el deseo de aceptación, haciendo que los sujetos estén en una actitud de constante vigilancia ante el posible desprecio y manteniendo escasas relaciones sociales.

Con respecto a este rasgo de personalidad no hemos encontrado estudios que aporten datos de prevalencia en ninguno de los grupos estudiados. Las investigaciones encontradas se centran en el estilo de afrontamiento evitativo, que no es equiparable al rasgo que aquí estudiamos.

No obstante en nuestro estudio los grupos que viven en una situación de exclusión manifiestan valores que hacen considerable la presencia de este rasgo. Y consideramos como normal e incluso adaptativo que personas excluidas presenten un miedo al desprecio y un deseo de aceptación. Nuevamente conductas que pueden ser valoradas como pertenecientes a un rasgo de personalidad se configuran como un comportamiento adaptativo en unas personas que viven una situación de marginalidad.

Dependiente

Según la DSM-IV-TR (APA, 2002), el patrón de comportamiento que presentan las personas dependientes es la búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar para conseguir afecto, seguridad y consejo, sometiéndose, incluso a los deseos de los otros para obtenerlo. Estos individuos se muestran pasivos y permiten a los demás tomar iniciativas y que asuman las responsabilidad en las principales decisiones de sus vidas. Además presentan dificultades para exponer su punto de vista en caso de estar en desacuerdo.

A pesar de que a nivel visual las medias de los distintos grupos de nuestro estudio puedan parecer distintas, al aplicar los análisis estadísticos pertinentes encontramos que dichas diferencias observacionales no son estadísticamente significativas entre ninguno de los cuatro grupos.

Este comportamiento similar en los distintos grupos puede ser debido a diversas causas, sin embargo, observando las medias y las desviaciones típicas encontramos que a pesar de que no existan diferencias significativas los sujetos del grupo normal se sitúan por debajo de 60, puntuación que el MCMI-II utiliza como punto de corte para discriminar entre la presencia de esta variable. Así pues, nos parece interesante intentar explicar por qué los sujetos que componen los grupos que viven en una situación de exclusión presentan puntuaciones que sí apuntan a la presencia de este tipo de patrón de personalidad. Una de las posibles explicaciones para uno de los grupos nos la ofrece Millon y Davis (2001), los cuales sugieren que los sujetos con personalidad dependiente pueden presentar mayor índice de infección VIH porque pueden tener dificultades para negarse a realizar conductas de alto riesgo si su pareja se las “imponen”. Nosotros proponemos en los grupos en los que está presente la exclusión distintas posibilidades: estos sujetos en muchas ocasiones han carecido de referencias familiares estables, creciendo en una situación de abandono, esto puede llevar consigo que los sujetos busquen esta referencia en sus relaciones y que si consiguen pareja, estén dispuestos a “ceder ante sí mismos” para no perderla, propiciándose relaciones de mutua dependencia donde, en una gran número de ocasiones, la propia relación es un constante conflicto pero el único punto de referencia. Podemos también incluir la variable de institucionalización como posible variable moduladora de este patrón de personalidad, los sujetos muestran un historial de centros (penitenciarios, centros asistenciales, centros de rehabilitación, centros terapéuticos, etc.) que en ocasiones supera los 20 años de estancia, a pesar de que en algunos centros se potencia el desarrollo de la propia persona, muchos de ellos siguen utilizando un modelo asistencialista-paternalista que además de infantilizar a la persona la convierte en una persona dependiente.

Histriónico.

Los sujetos que presentan este patrón de personalidad manifiestan una emotividad generalizada y excesiva, y un comportamiento de búsqueda constante de atención, afecto y favores, llegando en ocasiones a manipular los sucesos para evitar el desinterés y la desaprobación (APA, 2002).

Nuestros datos muestran un comportamiento uniforme en los grupos que viven en una situación de exclusión. Por una parte, una posible explicación la encontramos en las conductas de manipulación y delincuencia propias de la subcultura de “la calle” y de la drogadicción; nos parece consecuente que personas que han utilizado la mentira y el chantaje para sobrevivir o delinquir durante un gran número de años, sigan utilizándolos a pesar de que ya no les sea necesario. Por otra parte, creemos que aquellos sujetos que se encuentran asistiendo a centros donde se les ofrecen ciertos servicios y apoyo, tiendan a “exagerar” su situación de necesidad para poder seguir recibiendo la correspondiente ayuda. Sin embargo, creemos que en muchos casos las situaciones sociales y personales son tan precarias que realmente la búsqueda constante de atención y afecto corresponde a necesidades básicas de la persona que durante años no han sido cubiertas.

Por último los datos nos muestran una similitud de las puntuaciones entre los grupos Normal y Droga, siendo un resultado sorprendente y de difícil interpretación.

Narcisista.

Este patrón de personalidad viene caracterizado por un comportamiento generalizado de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía a la que subyace una baja autoestima (APA, 2002).

En nuestras muestras, nuevamente los tres grupos que viven en una situación de exclusión presentan puntuaciones similares estadísticamente, destacando puntuaciones más altas en el grupo de Pobreza.

Aunque, en general, las puntuaciones no alcanzan valores importantes para que se pueda considerar una variable que explique el comportamiento de estos grupos, sí entendemos que estos grupos pueden presentar cierta actitud narcisista que sea adaptativa.

Algunos autores (Millon y Davis, 2001) han señalado que los sentimientos de invulnerabilidad asociados a las personas con personalidad narcisista son los que hacen que estos sujetos creen innecesario adoptar medidas preventivas con respecto al VIH/SIDA, y por tanto puedan presentar mayores niveles del mismo. Nosotros lejos de cuestionar esta posible explicación para la población general de personas infectadas por el VIH, estimamos que en el colectivo objeto de estudio, la explicación ha de venir dada por otros factores, ya que los grupos que no presentan esta infección tienen los mismo valores que los que sí. Así pues, nosotros entendemos que la actitud narcisista puede venir influenciada por ser una apariencia que les “defienda” del constante ataque a su autoestima que reciben tanto desde fuera (rechazo social) como desde ellos mismos (sentimientos de reproche, de culpa y de minusvalía). Entendemos que esta posible defensa, en ocasiones puede ser adaptativa siempre que sea, como en nuestra muestra moderada.

Sin embargo, nos llama la atención, que sea exclusivamente el grupo Pobreza el que presente diferencias estadísticamente significativas con el grupo de población Normal. Una de las posibles explicaciones que encontramos es que entre las distintas subpoblaciones que componen la compleja realidad de la exclusión, aquellos que no presentan determinados problemas (Droga, SIDA) pueden tener la percepción de cierta superioridad, puesto que en su “grupo de referencia” (la exclusión) pueden ser los menos desfavorecidos.

Compulsiva.

En el MCMI-II las puntuaciones elevadas en esta variable parece indicar que los sujetos se encuentran “forzados” a aceptar las condiciones que les imponen los demás; hace referencia, en definitiva, a la autodisciplina, que en algunos casos encubre un sentimiento interno de oposición (Millon y Davis, 2001).

Las puntuaciones que nuestro estudio presenta en esta variable nos sorprenden, puesto que es en la única que el criterio “presencia de droga” se muestra discriminante. Es decir, los grupos en los que la droga no está presente (normal, pobreza), presentan puntuaciones estadísticamente similares y ambos diferentes y más elevadas que las de los grupos que sí presentan la variable *droga* (drogadicción, SIDA).

Los bajos niveles de esta variables en los grupos droga y su diferencia con el resto de los grupos, puede venir explicado por la presencia de altos niveles de impulsividad en los politoxicómanos (Millon y Davis, 2001) siendo esta la posible causa de su bajo “autocontrol” y por tanto de su baja “compulsividad”.

Agresivo-sádica, Pasivo-agresivo y Autoagresivo.

Estos tres patrones de agresividad en personalidad, en nuestra muestra se comportan de un modo similar y sigue la tendencia de la gran mayoría de las variables de personalidad, presentan igualdad de puntuaciones en los grupos que viven en una situación de exclusión frente al grupo de población normal. Sin embargo, la diferencia con respecto a las demás variables es que la tendencia central de las puntuaciones en prácticamente la totalidad de las medias es inferior a 60, punto de corte que se establece en el MCMI-II para indicar la presencia de esta variable.

Ni en nuestra experiencia ni en la literatura científica consultada aparecen datos que nos hagan suponer que algunas de las características de estos patrones de personalidad puedan estar presentes en nuestra población objeto de estudio. Así que entendemos que a pesar de existir diferencias con respecto al grupo de normales, las puntuaciones obtenidas por los grupos que viven en la exclusión no indican la presencia de características de este patrón.

Con todo lo anteriormente dicho sobre variables de personalidad en nuestro estudio entendemos que a pesar de que de una forma generalizada las personas que se encuentran en una situación de exclusión social presentan puntuaciones

similares en las variables estudiadas, esto no es indicador de una forma clara de que exista un patrón de personalidad en la población de exclusión, sino de que existen determinadas situaciones que hace que los grupos de excluidos presenten conductas similares, y que dichos comportamientos en ocasiones no corresponden a rasgos de personalidad sino a “respuestas adaptativas” a una compleja y dura realidad.

Trastornos afectivos (Hipótesis 2.1.)

Trastornos de ansiedad

Los últimos estudios que nos ofrece la APA (APA, 2002), estiman en el 25% la prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas con la infección SIDA.

La ansiedad, bien sea como síntoma, síndrome o trastorno, está presente en las personas con la infección VIH prácticamente desde el inicio de la misma (Valverde, 1996). Hoy en día, nadie duda del gran número de estresores que tal infección aporta a la vida del que la padece y de la posible repercusión de los mismos en la salud del individuo. Sin embargo, no parece existir un acuerdo sobre la intensidad e influencia de la presencia de los trastornos de ansiedad en esta población. Algunos autores encuentran niveles altos de ansiedad en sus estudios (Iraurgi, 2003) y al contrario, otros encuentran niveles moderados de ansiedad (Pernas *et al.*, 2001). Siguiendo a Flores (1997), consideramos que en la infección VIH la ansiedad puede presentar, por una parte, una amplia variedad de síndromes distintos, y por otra parte, niveles oscilatorios cuya variación depende de un gran número de factores (el estadio de la propia infección, los efectos de la medicación, la percepción de salud del sujeto, la situación psicosocial del individuo, etc.). Es por ello, que es relativamente comprensible la disparidad de prevalencias en los estudios, puesto que la homogeneidad en la muestra en tan variadas situaciones se torna altamente compleja, y en el supuesto caso de conseguirlo, sería una muestra tan específica que tendría muy poca potencia de generalización.

En nuestro estudio hemos usado dos parámetros que miden los niveles de ansiedad, por una parte el índice general de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) y, por otra parte, la escala de ansiedad del Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-II (1999). Las puntuaciones obtenidas en la primera nos muestra que el grupo de personas con SIDA mantiene unos niveles medios moderados de ansiedad, y que las puntuaciones son distintas y significativas estadísticamente sólo con el grupo de normales. Las puntuaciones en la escala de ansiedad del MCMI-II muestra una tendencia central que no sugiere la presencia de este síntoma aunque también nos indica que existen diferencias estadísticamente significativas con el grupo de normal exclusivamente. Sin embargo, deteniéndonos en el número de sujetos que presentan indicadores sugerentes de ansiedad y depresión (gráfico 7) es evidente la diferencia que existe entre los grupos que viven en una situación de exclusión con el de normal.

Existe un gran número de estudios que hacen referencia a la conexión entre los sistemas nervioso central e inmune (Thornton *et al.*, 2000), de hecho, son muchos los autores que sugieren que las situaciones de gran estrés continuado, aportan no sólo una mayor morbilidad psiquiátrica sino una mayor vulnerabilidad física a través de un efecto indirecto debido a los cambios endocrinos e inmunológicos (Iraurgi, 2003). Sin embargo, aunque todas estas aportaciones nos parecen de vital importancia para nuestro estudio, no debemos olvidar que nuestro interés es ahondar en las diferencias del colectivo SIDA/DROGA/Exclusión con otros grupos de excluidos y con la población normal, por lo cual nuestras conclusiones no irán orientadas hacia la influencia en la enfermedad de determinadas situaciones, ni tampoco haremos un análisis diferencial en la influencia en los trastornos psiquiátricos del estado inmunológico. Nuestro estudio ha sido propuesto (y por tanto diseñado) con el objetivo de responder a la pregunta de qué aporta la infección SIDA en una situación de exclusión social.

Algunos autores explican que son dos los grandes grupos de problemas asociados al VIH que generan ansiedad: a) un primer grupo, de tipo reactivo,

donde los estímulos generadores de ansiedad más importantes son: la posibilidad de ser descubierto o identificado como homosexual o adicto a drogas, el rechazo del grupo o la familia, la posibilidad de perder el trabajo, el miedo a contagiar a seres queridos, el “fin de la vida sexual”, la amenaza de infecciones de todo tipo, la pérdida de independencia física y económica (Calvo, 1993; Prieto y Penasa, 1998), y b) un segundo grupo, de etiología neuropsiquiátrica, donde la ansiedad se deriva de aspectos secundarios a la inmunodepresión o como resultado directo del VIH en el SNC (Calvo, 1995).

Nosotros compartimos parcialmente las aproximaciones teóricas que nos ofrecen los autores reseñados, sin embargo, éstos no consiguen explicar los resultados obtenidos en nuestro estudio, puesto que la similitud en los niveles de ansiedad en los tres grupos de exclusión nos hace cuestionarnos si la infección SIDA añade situaciones estresantes en estas poblaciones, máxime cuando los niveles, en general, de ansiedad de los grupos no indica presencia de ansiedad.

Una posible explicación a estas cuestiones la podemos encontrar en la situación de la infección SIDA en los sujetos estudiados. El 73,3% de los participantes presentaban un estadio C3 (según CDC, 1993) y el 86,7% de los mismos tenían conocimiento de la infección desde hacía más de 6 años. Algunos autores (Calvo, 1995 y Zaleski, 2000) han sugerido que los niveles de ansiedad disminuyen según la enfermedad progresa. Parece ser que el sujeto se adapta a las constantes fuentes de estrés que la enfermedad conlleva o bien que se afianza en él una forma de afrontamiento defensivo de negación, o más bien, como aporta Valverde (1996), de olvido.

Otros autores también han encontrado en sujetos en estadio C3 niveles de ansiedad iguales a la población normal (Remor *et al.*, 2001). Otra posible explicación a los bajos valores podría ser que los individuos estudiados residían en el 100% en centros, concretamente el grupo SIDA, en el 90% lo hacía en centros terapéuticos en los que a través de una apoyo individual y multidimensional se cubrían un gran número de las necesidades de estos sujetos. Así se tenía un seguimiento de su enfermedad detallada (se les daba los

medicamentos, se les llevaba a las distintas citas, disponían de un médico en el proyecto y cuidadores durante 24 horas) y el equipo disponía un amplio dispositivo (psicólogo, trabajador social, abogado, educadores, monitores, auxiliares) que intentaban afrontar cualquier dificultad en cualquier campo que les surgiese a estos sujetos. Frente a esto, el resto de los grupos asistían a centros más asistenciales (en drogadicción el 63,3% y en pobreza el 86,7%) donde la oferta de servicios y acompañamiento era menor (por entenderse que es menor la necesidad de apoyo). Es decir, los enfermos de SIDA contaban con un dispositivo que creemos que actuaba como modulador de los estresores, y esto puede estar propiciando los bajos niveles de ansiedad obtenidos por este grupo.

Observamos en nuestra muestra de personas con SIDA que el 100% de los sujetos habían asistido a una revisión médica hacía menos de seis meses, siendo el 53,3% en el caso de el grupo Droga, el 46,7% en el grupo Exclusión y el 6,7% en el grupo de normales. Además del posible sesgo en la asistencia a estas revisiones que conlleva el que los grupos de exclusión participasen en centros donde se les “recordaba” dichas citas, observamos que este seguimiento continuado puede llevar asociado, por una parte, la seguridad para los individuos de que su enfermedad está controlada y que si sufren cualquier tipo de síntomas “se ocuparan de éste” (recordemos que cuando el enfermo de SIDA lo estima oportuno por determinados síntomas puede acudir a los llamados hospitales de día) y por otra parte, es frecuente, que determinada sintomatología de carácter ansiosa sea afrontada a nivel farmacológico en estas consultas. De hecho encontramos en nuestra muestra que más de el 40% reciben fármacos ansiolíticos y sólo el 6,7% han sido pautados por un psiquiatra.

Los bajos niveles de ansiedad en el grupo de personas con VIH/SIDA de nuestra muestra pueden ser explicable además desde la asistencia que reciben en el campo de la drogodependencia. La política actual en el campo de las toxicomanías tiende a enfatizar las intervenciones orientadas a “la reducción de daño”; así, en pacientes con una compleja problemática y varios fracasos en programas “libres de drogas”, se opta por suministrarle dosis muy altas de metadona durante períodos indefinidos con el objetivo de prevenir posibles

recaídas y por tanto un mayor deterioro de la situación precaria de la persona. En los participantes que componen nuestra muestra, el 80% de los sujetos SIDA se encontraban en esta situación, con una media de 85,5 mg/día de metadona, frente al otro grupo de personas con problemática droga en el que el 36,7% recibían metadona de forma mantenida, siendo, sin embargo 27,6 mg/día la cantidad media suministrada a los sujetos de este grupo. En las mensuales revisiones que los participantes en programas de metadona acuden, los terapeutas, para hacer el seguimiento de los trastornos de adicciones, evalúan determinados síntomas significativos en este tipo de problemas, de entre ellos uno de los más indicativos es el nivel de ansiedad que los sujetos experimentan, en el caso de que la ansiedad sea percibida como alta, el sujeto o bien recibirá un tratamiento sintomatológico ansiolítico, o bien un incremento de la dosis de metadona. Es decir, los sujetos que participan en los programas de mantenimiento de metadona (PMM) consiguen una importante reducción de los niveles de ansiedad.

A pesar de todos los posibles factores “ansiolíticos” hasta ahora nombrados, existe una nueva situación que para muchas personas SIDA de larga evolución es un importante estresor: “el síndrome de Lázaro”. Este a nuestro entender mal llamado síndrome, es la situación que experimenta una persona con SIDA, que tras “asumir” la muerte como próxima, se recupera gracias a una intensa intervención en su salud (hospitales, casa de acogidas); esto que evidentemente es valorado como muy positivo, plantea en la persona la posibilidad de una vida “normal”. En los colectivos objeto de estudio los sujetos son conscientes de que su situación anterior les es perjudicial a su salud y, por tanto, no pueden retornar a ella, pero también perciben, aunque no en todos los casos, que no están preparados totalmente para otro tipo de vida. De hecho, uno de los retos en este nuevo período de la historia de la infección para los centros específicos de SIDA, es incluir en sus programas el trabajo de reinserción como una nueva prioridad.

Como conclusión podemos decir que las personas con VIH/SIDA, con antecedentes de drogadicción y que viven en una situación de exclusión presentan niveles bajos de ansiedad debido posiblemente al importante y multidimensional

afrontamiento que este colectivo recibe. Lo cual nos sugiere que, si estos sujetos no se beneficiasen de las distintas intervenciones, sus niveles de ansiedad posiblemente serían muy superiores.

Trastornos del estado de ánimo.

Trastornos depresivos.

Con respecto a los trastornos del estado de ánimo en la población VIH/SIDA (indistintamente del grupo de riesgo perteneciente) la APA, nos ofrece un datos de prevalencia de el 60% (APA, 2002).

Para explicar esta alta incidencia en las personas con la infección VIH/SIDA, existen distintas hipótesis. Las alteraciones previas (sobretudo en los colectivo ADVP y “sin hogar” (Zaleski, 2000), el estigma social (Rokach, 2000a), los problemas psicosociales vinculados a la infección (Ayuso, 1997), la propia enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos (Flores, 1997; Zaleski, 2000) y las sustancias psicoactivas (García-Camba, 1998), han sido algunas de las propuestas ofrecidas por los distintos autores como factores que pueden incrementar la respuesta depresiva .

Sin embargo, aunque nuestra muestra participa de todas estas situaciones descritas, las puntuaciones que nos ofrece parece indicar que existen otros factores que modulan la respuesta depresiva. Esto nos lo sugiere el hecho de que los distintos parámetros usados como indicadores de sintomatología depresiva no muestren la presencia de este tipo de trastornos. Así entonces las puntuaciones en el Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983), en la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978) y en el Inventario Multiaxial Clínico de Millon MCMI-II (1999) indican que los niveles depresivos se encuentran dentro de lo normal (puntuaciones menores que 60), mostrando exclusivamente en la escala de “depresión mayor” del Millon algunos valores que sugiere la presencia del trastorno.

Para poder analizar estos datos, hemos de situarnos en el colectivo que estudiamos, y en el momento en el que se encuentran. Este grupo está compuesto por personas que viven en la calle, que no presentan unas conductas mínimas de autocuidado (higiene, alimentación) y que se encuentran apartados de cualquier tipo de ayuda. En esa situación el consumo es muy elevado y los métodos para poder conseguir el dinero necesario (prostitución, conductas delictivas, etc) son considerados como “marginales”. Esto hace que, en los momentos de “lucidez”, la persona se perciba a sí misma como alguien acabado, sin expectativa de futuro lo que conlleva un autoconcepto y una autoestima negativos. Cuando la persona abandona esta situación (o cuando una infección oportunista le obliga a hacerlo) y se incorpora a un centro de rehabilitación y tratamiento experimenta un cambio esencial no sólo en su salud, sino en todas las facetas de su vida. La persona, tras una importante intervención médica y los constantes cuidados de los diferentes profesionales, empieza a recuperarse en muchos aspectos, lo cual implica que el concepto de sí mismo y la autoestima mejoran.

Coincidimos en este aspecto con Pelechano et al. (1993), en la propuesta del modelo de estrés de la perturbación de la identidad. En éste se defiende que cuanto más cambia un suceso el modo en el que una persona piensa y siente sobre sí mismo (Identity Disruption Model), mayor riesgo existe para que esa persona desarrolle una enfermedad. Por ello, los sucesos vitales estresantes no serán nocivos a menos que cambien la percepción de “sí mismo”, pero, a la vez, cuando los sucesos vitales sean positivos, placenteros y de bienestar y la noción de “sí mismo sea negativa”, los efectos de ese bienestar serán asimismo perturbadores y, por ello, generadores-disparadores de estados de enfermedad. Dicho de otro modo, los efectos adversos de los sucesos vitales estresantes sobre la salud se limitan a aquellos individuos que tienden a pensar de sí mismos en términos negativos. Esto lleva consigo que si la persona tiene una percepción de sí mismo positiva, le servirá de protección para posibles generadores de enfermedad. De hecho, creemos que en muchas ocasiones es la percepción de enfermedad lo que determina muchos de los efectos en el estado de ánimo. Es posible que muchos de los sujetos estudiados se encuentren en el peor momento desde el punto de vista de la enfermedad, sin embargo, se ve mejor que en

muchos otros momentos de su vida (recordemos que hablamos siempre de situaciones de exclusión). Así las personas se ven nutridas, limpias, cuidadas, con una casa, con una serie de servicios, en definitiva se ven sanas.

El proceso de recuperación y de desarrollo en los centros viene marcado por distintas etapas determinadas por la propia evolución del participante. Así durante un periodo aproximado de 5 ó 6 meses (dependiendo del caso), la persona se encuentra en una etapa de afrontamiento de crisis y estabilización de los objetivos marcados (lo prioritario es mantener la abstinencia, resolver las crisis médicas y el cumplimiento de los tratamientos). Tras esta etapa, el equipo le propone posibles vías de desarrollo (cursos formativos, programas alternativos, etc.) siempre encaminadas a la inserción como objetivo a largo plazo. En ese momento la persona experimenta la diferencia entre ser una persona que necesita constantemente cuidados, a ser alguien que puede empezar a iniciar un proceso encaminado a la independencia. La persona además de verse sano, ve que su vida puede encaminarse hacia la "normalidad". Justamente en ese momento es donde se sitúa la muestra que hemos tomado. Los participantes presentan un término medio de estancia en el centro de 6,67 meses y un período de abstinencia medio de 14,30 meses. Es decir, que posiblemente el modo en como ellos se ven en ese momento y la percepción que tienen de su futuro hacen que su autoconcepto y autoestima sean positivos, siendo posiblemente estas las razones de las puntuaciones bajas en trastorno del estado de ánimo.

Podría parecer entonces que el "error" ha sido en seleccionar una muestra con tanto sesgo (todos en centro de tratamiento), sin embargo, la realidad de los enfermos de SIDA con antecedentes de drogadicción y exclusión suele ser ésta. La inmensa mayoría acuden a centros donde después de estar una media de seis meses, y estabilizarse, tienen la sensación de estar bien y de poder afrontar cualquier situación, muchos creen poder estar preparados para llevar una nueva vida, y abandonan los centros, tornando más tarde o temprano de nuevo a la situación de partida. Hay sin embargo otros que aceptan las propuestas de reinserción, pero bien porque no existen los medios suficientes (proyectos de reinserción para los "sin hogar"), bien por la gran dificultad para tolerar la inversión

que no les reporta a corto plazo ningún beneficio o bien porque no quieren, abandonan tarde o temprano el proceso y vuelven a su situación de origen con el consiguiente agravamiento de su salud y de su autoestima. Retornan a una situación de abandono de sí mismo y a un empeoramiento de salud, lo que les devolverá al hospital y de nuevo al centro específico. Así, se producen en ocasiones la situación de sujetos con más de cinco reingresos en los centros con el deterioro progresivo en el sujeto y con el menor número de posibilidades de reinserción.

Creemos que esta última situación, la dificultad o imposibilidad en algunas ocasiones para la reinserción (o inserción), es lo que hace que algunos de los participantes en nuestro estudio presenten alteraciones en el estado de ánimo reflejándose en puntuaciones elevadas en determinadas escalas, sin embargo, estos valores son escasos puesto que son pocos los participantes que consiguen empezar los procesos de reinserción.

A pesar de lo antes expuesto, los distintos grupos de exclusión muestran niveles más altos de los parámetros de trastornos del estado de ánimo que el grupo de población normal. Una de las posibles explicaciones es que en estos grupos los síntomas de los trastornos de ánimo (tristeza, anhedonia, apatía, anergia, episodios de llantos, etc) son asociados a la situación y son más fácilmente “olvidados” (estilo de afrontamiento evitativo) y no tratados que los síntomas, por ejemplo, de los trastornos de ansiedad. Presuponemos que los grupos con antecedentes de droga no toleran la ansiedad (angustia) por el componente ansioso que presenta el síndrome de abstinencia y el miedo que presentan al mismo. Así estos cuadros depresivos (de distinta intensidad) no son la demanda que presentan estos sujetos cuando acuden a los especialistas porque o bien lo “olvidan” o bien entienden que es consecuente de la situación en la que se encuentran. De hecho, en nuestra muestra sólo tres participantes recibían tratamiento antidepresivo.

Por tanto, podemos decir que en nuestra muestra los niveles esperados en trastornos depresivos fruto de la infección VIH/SIDA (estadío, tratamientos,

estigma, etc), de la politoxicomanía (adicción, abstinencia, metadona, etc) y de la situación de exclusión son de mayor intensidad que en la población normal, pero tales niveles no alcanzan los valores suficientes para establecer la presencia de estos trastornos, indicándonos que posiblemente los posibles factores etiológicos son modulados por una intervención biopsicosocial o por el propio sujeto con la evitación (olvido).

Episodios maníacos.

Aunque algunos autores describen cuadros maníacos en personas con la infección VIH/SIDA secundarios a la propia enfermedad (García-Camba ,1998), relacionados con la terapia antirretroviral (Zidovudina) (Mijch *et al.*, 1999) o con el consumo de drogas (Flores, 1997), en nuestro estudio las puntuaciones en la escala de Hipomanía del MCMI-II no indican la presencia de este trastorno en ninguna de las muestras.

Sin embargo, observamos que nuevamente los grupos de exclusión se comportan de forma similar en las puntuaciones, frente al grupo de población normal con el cual sí existen diferencias. Creemos que determinados síntomas de los cuadros de hipomanía como la irritabilidad y la labilidad afectiva, pueden ser atribuidos a la respuesta afectiva normal de las complejas situaciones ambientales que los grupos de exclusión viven. No obstante la desviación tipo que presenta el grupo SIDA sugiere que algunos sujetos presentan criterios de este trastorno, pudiendo ser debido a los factores etiológicos planteados en el párrafo anterior.

Estrategias de afrontamiento (hipótesis 3.1, 3.2 y 3.3)

Los estudios en torno a las estrategias de afrontamiento en las personas con la infección VIH/SIDA no son concluyentes. Algunos autores sugieren que determinadas estrategias de afrontamiento centradas en la evitación son más frecuentes en los enfermos de SIDA (Leserman *et al.*, 2000); en otros estudios se han encontrado que las personas con la infección VIH/SIDA utilizan estrategias de afrontamiento distintas según el estadio de la enfermedad en el que se encuentre

(Kang, 1999) y por último existen determinadas investigaciones que aportan que no hay diferencias en las estrategias de afrontamiento entre las personas con la infección VIH/SIDA y la población Normal (Thornton *et al.*, 2000). En la mayoría de estas investigaciones las personas con infección VIH/SIDA pertenecían a grupos poblacionales sin antecedentes de drogadicción y que no vivían en situación de exclusión.

Pernas *et al.* (2001), presentan un estudio donde se comparan las estrategias de afrontamiento en una muestra de personas con la infección VIH/SIDA (expolitoxicómanos) con otra de personas con la infección VIH/SIDA y en situación de drogadicción activa. Estos autores sostienen que no existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de estos dos grupos y que en ambos las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la evitación y la represión. En este mismo sentido, Koopman *et al.* (2000) indican que en estos dos grupos las estrategias más utilizadas son las que se basan en el no compromiso.

Aunque son muchas y variadas las hipótesis que los autores han sugerido para explicar los resultados expuestos con anterioridad, nosotros entendemos que las estrategias de afrontamiento requieren el manejo de una serie de habilidades personales (tolerancia a la frustración, capacidad de planificación y análisis, etc.) cuyo desarrollo inadecuado no está necesariamente causado por el padecimiento de una enfermedad o por presentar una adicción a tóxicos. Si bien es verdad que dichas situaciones pueden conllevar un gran número de estresores que superen a la persona y a su capacidad de afrontamiento, esto no lleva implícito que la mera pertenencia a estos grupos conlleve el uso de ciertas habilidades.

De hecho nosotros mantenemos la hipótesis de que los grupos que han vivido en condiciones de desarrollo similares (los tres grupos de excluidos) indistintamente de las enfermedades padecidas y de las adicciones que presenten, utilizan las mismas estrategias de afrontamiento puesto que “han trabajado” (o no) determinadas habilidades de igual modo. Siendo en estos grupos el tiempo en situación de exclusión y las características de la misma,

determinantes para entender el afrontamiento que la persona hace en las algunas situaciones. Esto implica gran variabilidad intragrupo en las estrategias de afrontamiento si esta variable (tiempo y características de la exclusión) no ha sido controlada (Pelechano *et al.*, 1993). De este modo, personas que han crecido en un medio donde la delincuencia y el maltrato es habitual aprenden a no “buscar un apoyo social” porque no creen en él, igualmente, si no han acudido a centros de estudios sus capacidades de análisis y planificación quedan mermadas. Un entorno que tiene como únicas metas objetivos inmediatos porque la situación de exclusión no les permite plantearse un posible futuro, favorece que la persona no desarrolle la tolerancia a la frustración. Este tipo de habilidades (y otras) son posiblemente las que determinen que se realice un afrontamiento centrado en la evitación y en el olvido, siendo, además, la posible causa del uso tan frecuente que este sector de población hace de las sustancias adictivas.

Además de las habilidades necesarias para el afrontamiento, creemos que la percepción de control es un aspecto básico para poder usar dichas habilidades o para que queden inhibidas y confieran a la persona un estilo de afrontamiento evitativo. La personas que viven en una situación de exclusión se reconocen marginados y aprenden a aceptar esa situación con resignación y sin aspirar a grandes cambios, por lo que habitualmente creen que “sus vidas” están fuera de su control. Lindbladh y Lytkens (2002) señalan que las personas en posiciones sociales inferiores, cuyos recursos y oportunidades de elección han sido escasos suelen adoptar conductas repetitivas, que no impliquen reflexión sobre sus metas, motivos y medios. Es evidente que las respuestas que los sujetos ofrecen resultan ineficaces (o al menos no suficientemente potentes) puesto que mantienen su situación de exclusión, entendemos que repiten dichas conductas y no intentan otras, entre otros motivos porque creen que “su mejora” no depende de ellos, no controlan el cambio para salir de la situación de marginación.

Pelechano *et al.* (1993), sugieren que los “aditamentos” socioculturales que están asociados a determinadas enfermedades son los que tienden a formar grupos de estilos de afrontamiento similares y no la propia enfermedad. Estos

llamados “aditamentos socioculturales”, redefinidos como situación de exclusión, son los que entendemos clave en la determinación de los estilos de afrontamiento.

Todo lo expuesto anteriormente avala nuestras hipótesis, sin embargo los resultados obtenidos en nuestro estudio no son reflejo de las mismas. Así pues, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativa en prácticamente ninguna subescala del Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) entre los cuatro grupos muestrales y que tampoco existe un patrón de puntuaciones desadaptativo/adaptativo.

Aunque estos resultados podrían hacernos desistir de nuestras hipótesis, las investigaciones en este ámbito y sobretodo nuestra práctica clínica al respecto nos hacen plantearnos que la dificultad para constatar las hipótesis no esté en la validez de las mismas sino en el material utilizado para este estudio.

En el diseño y planificación de la investigación que presentamos, una de las grandes dificultades fue la elección del material testológico dado la inexistencia de baremación específica para la población estudiada. En el apartado de material y método se especifica como se fue salvando esta limitación para cada una de las pruebas, no obstante el criterio de elección general fueron pruebas específicas que estuvieran consolidadas en la investigación.

El Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) es el cuestionario original del que se han derivado la mayoría de cuestionarios posteriores (Soriano y Zorroza, 1999) y se ha llegado a convertir en el cuestionario más utilizado para la medida del afrontamiento (Olmedo e Ibáñez, 2003). Sin embargo, ha recibido múltiples críticas, referidas tanto a su estructura factorial, con trabajos que obtienen desde 2 hasta 8 factores (Parker, Endeler y Bagby, 1993; Séller *et al.*, 1986; Solomon *et al.*, 1988; Vitaliano *et al.*, 1985), hasta a la validez de constructo de sus escalas o procedimiento para la realización (Parker, Endeler y Bagby, 1993). Recientemente se ha presentado un estudio donde se afirma que el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) no representa adecuadamente las estrategias establecidas a priori en la

teoría de Lázarus y que la prueba no cumple con los criterios psicométricos minimamente exigibles, llegándose incluso a desaconsejar el uso de esta prueba y de los instrumentos que han surgido tomando como base ésta (Olmedo e Ibáñez, 2003).

En base a estas cuestiones podemos entender que a pesar de que el instrumento elegido para la medida de las estrategias de afrontamiento fuese el lógico por ser el que se apoya en el planteamiento teórico más comúnmente aceptado en la actualidad, parece ser que los estudios recientes nos muestran que esta prueba no alcanza los suficientes niveles de validez ni de fiabilidad. Por tanto, los resultados obtenidos a partir de esta prueba no nos parecen de suficiente peso para rechazar nuestras hipótesis.

Queda abierto para posteriores trabajos el diseñar investigaciones para la creación de un instrumento válido y adaptado para la evaluación de las estrategias de afrontamiento.

Hipótesis secundarias (hipótesis 1.3, 2.2 y 3.4)

Este grupo de hipótesis han sido denominadas en nuestra investigación como secundarias porque aún sin ser propiamente el objeto de estudio, dado su gran interés científico-clínico, han sido incluidas en nuestro análisis.

Sin embargo es importante reseñar que tanto el diseño como el material utilizado han sido seleccionados para el estudio de las hipótesis principales, y que la información adicional que las hipótesis secundarias podrían ofrecer queda supeditada a que de forma aleatoria se cumplan los mínimos estadísticos exigibles para realizar las comparaciones necesarias para su constatación.

Aunque somos conscientes de la gran improbabilidad de que los datos se distribuyan en los diferentes niveles de las variables que se estudian en estas

hipótesis de una forma proporcional, hemos realizado los correspondientes análisis estadísticos para intentar aportar alguna información a este respecto.

En lo referente a la personalidad, medida a través de las diez escalas básicas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-II (1999), hemos observado que los datos marcan una tendencia de relación entre la variable Grupo y las variables Tiempo en Centro, Tiempo de la infección SIDA, Tiempo de tratamiento antirretroviral, Tóxicos consumidos y Tiempo total de consumo. Aunque la personalidad es una estructura que parece ser estable y por tanto no influenciada por variables de orden biosocial, el carácter temporal y duradero de las variables en las que se ha encontrado una aparente relación, puede determinar que la persona adopte ciertos comportamientos que haga suponer un determinado patrón de personalidad.

En las alteraciones emocionales, medidas a través de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983), la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978) y las subescalas de Ansiedad (MTA), Distimia (MTC) y Depresión mayor (MTDD) del Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-II (1999), hemos encontrado un comportamiento de los datos que parece relacionar la variable Grupo con Domicilio habitual, Fuente de ingresos, Número de enfermedades, Tiempo de abstinencia, Duración del último consumo, Tiempo total de consumo y Metadona. Es interesante señalar que son variables referentes a la politoxicomanía las que parecen tener una mayor influencia sobre las alteraciones emocionales. Domicilio habitual y Fuente de los ingresos económicos, del ámbito social, también son variables que parecen presentar una relación con los trastornos emocionales. Sin embargo, no existe ninguna variable referente a la infección SIDA en la que se observe una tendencia de los datos que nos sugiera cierta influencia en los trastornos del estado de ánimo. Creemos que esto puede ser debido a que la posible aportación que la infección SIDA tiene sobre el estado de ánimo de los participantes se encuentra suficientemente tratada (a todos los niveles: farmacológico, psicológico, apoyo social) y eso queda reflejado en unos niveles bajos de depresión y ansiedad.

En las estrategias de afrontamiento, no han sido considerados los resultados dado lo expuesto en este capítulo referente al Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Así pues, a pesar de la importancia que parece tener las alteraciones emocionales, la personalidad y las estrategias de afrontamiento en variables como Tiempo de tratamiento, Ingresos económicos, Apoyo social, etc. (Swindells *et al.*, 1999) a partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio no podemos ofrecer datos concluyentes que apoyen o nieguen dichas relaciones.

4.- PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Las personas con la infección VIH/SIDA, con historial de abuso de tóxicos y que viven en una situación de exclusión social presentan una realidad altamente compleja y multiproblemática que conlleva necesariamente un abordaje integral e interdisciplinar. La gran precariedad en las necesidades básicas de este grupo poblacional propicia que un gran número de programas de intervención estén centrados en objetivos generalmente asistenciales; sin embargo, existe un creciente interés en enfatizar a la persona como tal y no exclusivamente a la resolución de sus problemas.

En esta línea se enmarca nuestra propuesta de intervención: dar a la persona la posibilidad de conocer su propia realidad y dotarla de aquellos instrumentos necesarios para, en la medida de lo posible, mejorar su calidad de vida.

Durante el tiempo que “hemos compartido” la realidad de la infección VIH/SIDA, hemos encontrado personas con forma de comportamiento aparentemente similares, pero estructuralmente distintas en personalidad, hemos podido descubrir, aunque no siempre era manifiesto, personas con niveles muy altos de ansiedad y de depresión, y, por último, hemos constatado, que muy a pesar de lo que ellos mismo creen, su forma de afrontar situaciones, generalmente complejísimas, era la evitación.

Todo esto hace que veamos necesario proponer un programa de intervención psicológico para este grupo poblacional, que podría comprender las siguientes fases:

1.- Evaluación inicial:

Este primer momento tiene el objetivo de conocer en profundidad la realidad de cada persona. Esto podremos lograrlo a través de las actividades que a continuación desarrollamos:

En primer lugar en una entrevista personal. En ésta recabaremos una primera información desde el propio individuo de aspectos médicos (vivencia de enfermedad, conocimientos generales de la misma, etc.), sociales (situación familiar, recursos a los que tiene acceso, situación judicial) y psicológicos. De este último aspecto no centraremos en lo siguiente: a) personalidad: es importante intentar delimitar entre aquellos “comportamientos adaptativos a su situación de exclusión” y aquellos que corresponden a su propia personalidad, en este sentido encontramos que el instrumento MCMI-II (Millon, 1999) puede ofrecernos de forma descriptiva una primera aproximación; b) alteraciones emocionales: la evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en este grupo poblacional es altamente compleja por un gran número de factores que ya se han expuesto en este estudio. Entendemos que aunque los componentes fisiológico y conductual de estos cuadros esté altamente “paliado” por el intenso tratamiento que reciben, quizás sea el componente cognitivo el que nos puede servir de criterio psicológico para poder determinar el estado emocional real de la persona. Para la evaluación de las alteraciones emocionales, creemos que aunque la escala HAD (Escala de Ansiedad y Depresión en el hospital (HAD) de Zigmond y Snaith, 1983) puede aproximarnos a una visión general e inmediata de la situación emocional, creemos interesante completar esta información en la entrevista para determinar aquellos aspectos cognitivos que quizás esta prueba no recoge con la precisión necesaria; c) Estrategias de Afrontamiento: por los resultados encontrados en nuestro estudio vemos que en este sentido la evaluación ha de ser abordada de una forma

indirecta, consiguiendo que la persona nos informe de cómo ha afrontado en el pasado ciertas situaciones; una evaluación directa propicia que se conteste según criterios de deseabilidad social y no desde su posible respuesta real. Es importante centrarnos en si existe estilo de afrontamiento evitativo; d) capacidades y recursos personales: la evaluación de aspectos cognitivos nos enmarcará las posibilidades de desarrollo personal en su proyecto de tratamiento. En esta ocasión, el curso, la coherencia y la integración del propio discurso del individuo, entre otros, pueden servirnos como referente inicial de estas capacidades; e) psicopatología: de una forma general, hemos de recabar información sobre los antecedentes psiquiátricos familiares y personales y sobre los posibles trastornos que sufre en el momento de la evaluación, con el objetivo no sólo de tratar estos cuadros sino de poder establecer posteriores diagnósticos diferenciales con cuadros de origen endógeno (demencias, psicosis reactivas, etc.).

Un segundo medio para poder acercarnos a la realidad de la persona con SIDA, nos la ofrece la información que nos aportan, por un lado los familiares y amigos, que además de aspectos relacionales nos ofrecen datos retrospectivos que de otro forma no podría ser valorados, y, por otro lado, los profesionales que le tratan (educadores sociales, trabajadores sociales, terapeutas de drogadicción, especialistas de infecciosos, etc.) que nos indican diagnósticos desde sus áreas y otra información de interés como motivación, cumplimiento de los tratamientos, etc.

Con todos los datos recogidos a través de las distintas entrevistas con el participante (generalmente serán suficiente 2 ó 3) y los contactos mantenidos con los distintos profesionales y familiares elaboramos el primer diagnóstico psicológico.

2.- Objetivos terapéuticos.

Los objetivos se enmarcan en una intervención interdisciplinar y teniendo en cuenta una dimensión global e integral del diagnóstico realizado. Los objetivos psicológicos han de ser realistas y adaptados a los recursos personales y sociales

del participante y fundamentalmente son los siguientes: la disminución de las alteraciones emocionales, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento adecuadas y la motivación y/o el cambio de conductas de autocuidado y salud.

3.- Estrategias terapéuticas.

Nuevamente a la hora de elegir y diseñar el tratamiento psicológico a nivel individual, éste ha de ser enmarcado en las líneas interdisciplinares que el equipo de los distintos profesionales diseñe, puesto que es único medio de conseguir una intervención eficaz y evitar “interferencias” en las distintas actuaciones profesionales que podría perjudicar a la persona.

Por los resultados obtenidos en nuestro estudio, vemos necesario el empleo de las siguientes técnicas:

- Técnicas de respiración y relajación: estimamos conveniente el uso de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson por su mayor simplicidad (aunque en caso de que la salud del participante esté muy deteriorada se puede sustituir por el entrenamiento autógeno de Schutz). Además de conseguir, con este entrenamiento, disminuir los niveles de ansiedad y por tanto disminuir la necesidad de fármacos ansiolíticos, es importante conseguir que la persona incremente su sensación de control sobre la ansiedad. El entrenamiento de esta técnica se realizará a nivel grupal.
- Reestructuración cognitiva: Para el afrontamiento de los trastornos emocionales que se pueden dar en cualquier momento del proceso personal de tratamiento, encontramos muy adecuadas este tipo de técnicas. No obstante hemos de recordar que la eficacia de las mismas vendrá determinada por la capacidad del terapeuta para adaptarlas y enseñarlas a las personas, así como de las capacidades y motivación de las mismas. Proponemos un paquete de entrenamientos que contenga las siguientes técnicas: parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y control de pensamientos distorsionados.

- Entrenamiento en Estrategias de Afrontamiento: fundamentalmente se intentará identificar aquellas estrategias que resulten desadaptativas (sobre todo las de evitación) según la situación global del participante, tratando de favorecer el aprendizaje de estrategias que conduzcan a la persona a un afrontamiento adecuado de su situación. El entrenamiento es más adecuado realizarlo en grupo por la mayor riqueza que esto aporta.
- Couselling: a través de entrevistas individuales se consigue trabajar aspectos tan importantes como el afrontamiento de su historia personal, su situación de salud actual, relaciones familiares, etc. Además, en este momento, se motivará en conductas de autocuidado y salud.

4.- Evaluación continua.

Tras las revisiones de los objetivos propuestos que el equipo de profesionales realiza periódicamente se hace partícipe a la persona de su propia evolución, reforzando aquellos cambios producidos y evaluando el estancamiento en objetivos no conseguidos. A raíz de esta reflexión, se marcarán nuevos objetivos.

Capítulo sexto

CONCLUSIONES

En función de la hipótesis planteadas en nuestro estudio y en base a los resultados obtenidos elaboramos las siguientes conclusiones:

Conclusiones principales

1.1.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas que presentan antecedentes de politoxicomanías y que viven en una situación de exclusión social, y las personas que viven en una situación de exclusión social presentan un patrón común de personalidad, entendiéndose por éste puntuaciones similares en los siguientes patrones clínicos de personalidad: evitativa, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo/sádica y autodestructiva.

1.2.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentan un patrón común de personalidad distinto de las personas que no están afectadas por la infección, que no presentan antecedentes de politoxicomanías y que no viven en una situación de exclusión social, entendiéndose por éste puntuaciones similares en los siguientes patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativa, antisocial, pasivo/agresiva y autodestructiva.

1.3.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión, presentan un patrón común de personalidad distinto de las personas que no están afectadas por la infección, que no presentan antecedentes de politoxicomanías y que no viven en una situación de exclusión social, entendiéndose por éste puntuaciones similares en los siguientes patrones clínicos de personalidad: histriónica, agresivo/ sádica y compulsiva.

2.1.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y con una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social presentan una mayor prevalencia de trastornos afectivos (incluyendo distorsiones cognitivas) que las personas que viven en una situación social de exclusión.

2.2.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, presentan una mayor prevalencia de trastornos afectivos (incluyendo distorsiones cognitivas) que las personas que no están afectadas por la infección, que no presentan antecedentes de politoxicomanías y que no viven en una situación de exclusión social.

3.1.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social no presentan estrategias de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva) distintas de las personas que sin estar afectadas por la infección presentan antecedentes de politoxicomanías y viven en una situación de exclusión social, ni de aquéllos que sin estar afectadas por la infección, ni presentar antecedentes de politoxicomanías, viven en una situación de exclusión social.

3.2.- Las personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social, las personas con antecedentes de drogadicción y que viven una situación de exclusión social y las personas que viven en una situación social de exclusión, no presentan estrategias de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva) distintas de las personas que no están afectadas por la infección, no presentan antecedentes de politoxicomanías y no viven en una situación de exclusión social.

Conclusiones secundarias

1.3.- En los grupos poblacionales estudiados parece existir una tendencia que sugiere la relación entre determinados patrones clínicos de personalidad y variables de carácter biosociales como son Tiempo de estancia en centro, Tiempo de infección SIDA, Tiempo de tratamiento antirretroviral, Tóxicos consumidos y Tiempo total de consumo de tóxicos.

2.2.- En los grupos poblacionales estudiados parece existir una tendencia que sugiere la relación entre la prevalencia de trastornos afectivos (incluyendo distorsiones cognitivas) y determinadas variables de ámbito de la salud (Número de enfermedades que padece), del ámbito de la politoxicomanía (Duración del último consumo, Tiempo de abstinencia, Tiempo total de consumo y Estar incluido en programa de mantenimiento con metadona) y de carácter social (Domicilio actual y Fuente de los ingresos económicos).

3.4.- En los grupos poblacionales estudiados parece existir una tendencia que sugiere la relación entre las estrategias de afrontamiento usadas (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación y reevaluación positiva) y determinadas variables de ámbito de la salud (Tiempo de infección SIDA), del ámbito de la politoxicomanía (Tiempo total de consumo, Tiempo de abstinencia y Estar incluido en programa de metadona) y de carácter social (Domicilio actual y en caso de estar residiendo en centros: Tiempo de estancia en el centro, Ingresos económicos, Contactos familiares y Situación judicial actual).

Capítulo séptimo

RESUMEN

El SIDA es una de las grandes pandemias que ha sacudido a la humanidad en este último siglo. Con una total de más de 40 millones de personas infectadas por el virus del VIH, se convierte en la cuarta causa de mortalidad a nivel mundial. Las cifras devastadoras que esta enfermedad ofrece ha obligado a una movilización global en torno a la búsqueda de soluciones urgentes. A nivel médico, podemos afirmar que ha existido un sorprendente y eficaz avance en la investigación del propio virus y de posibles terapéuticas.

Sin embargo, a pesar de que en la actualidad existen tratamientos que consiguen una evidente mejoría y en muchos casos consiguen casi “una cronicidad” de la mortal enfermedad, encontramos que no todas las personas que padecen esta infección se “benefician” igualmente de los eficaces tratamientos.

En la mayor parte de los casos (94%) la situación socioeconómica del país determina la inaccesibilidad de los tratamientos, sin embargo, en aquellos países que disponen de los fármacos antirretrovirales y los ofrecen de forma gratuita, encontramos que la eficacia de éstos tratamientos está fuertemente mediatizada por factores que no pertenecen exclusivamente al ámbito médico. Así, se incluyen factores del orden de lo social y psicológico como claves determinantes en el correcto y eficaz afrontamiento de la infección VIH/SIDA.

En el ámbito social, se evidencian diferencias importantes en aquellas personas que además de padecer la enfermedad, viven en una situación de exclusión social. Situaciones tales como la “infravivienda”, escasos y no adecuados hábitos higiénico-sanitarios, problemas de politoxicomanías, desestructura familiar, bajo nivel educativo, problemas judiciales y un largo etcétera, se muestran como condiciones necesarias a la hora de poder hacer frente a la infección VIH/SIDA.

Con respecto a las variables psicológicas, existen un basto número de investigaciones en torno a las alteraciones emocionales y los trastornos de ansiedad en las personas con infección VIH/SIDA. Parece un hecho consolidado que la situación emocional del sujeto repercute, por una parte, en su sistema

inmunológico y, por otra parte, en el incremento de una serie de comportamientos de autocuidado, adherencia al tratamiento y disminución de conductas de riesgo.

La personalidad y las estrategias de afrontamiento a pesar de que son variables psicológicas menos estudiadas en la enfermedad SIDA, son de vital importancia para entender determinados fracasos terapéuticos, los abandonos de tratamientos, etc. Creemos que en ocasiones patrones de personalidad y/o determinados tipos de estrategias de afrontamiento median en “decisiones” que la persona toma en torno al afrontamiento de la enfermedad SIDA.

Hemos encontrado que aunque cada vez es más reconocido el posible papel “mediador” de las “variables psicológicas” en el desarrollo del afrontamiento de la enfermedad, se sigue interviniendo, por diferentes y complejos motivos, desde un planteamiento casi exclusivamente médico. Este hecho, en determinadas personas que sufren la enfermedad se convierte en una intervención vital pero insuficiente. En el grupo de personas con infección VIH/SIDA y que viven en una situación de exclusión social es necesario un “tratamiento” integral de la enfermedad que contempla intervenciones dirigidas a los ámbitos educativo, social, psicológico y sanitario en un planteamiento interdisciplinar.

Con el objetivo de profundizar en variables psicológicas como las alteraciones emocionales, los trastornos de ansiedad, las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento en la población SIDA y que viven en una situación de exclusión social hemos planteado el presente estudio.

Para ello y tras un profundo conocimiento de la realidad global de este colectivo, vimos necesario incluir en la investigación tres grupos distintos de personas que viviesen en situación de exclusión: un primer grupo de personas con SIDA y con antecedentes de politoxicomanías, un segundo grupo de personas con antecedentes de politoxicomanías y un tercer grupo que a pesar de no sufrir ninguna de esas situaciones, vivían en la exclusión social. Además, con el objetivo de realizar las comparaciones pertinentes con los grupos de exclusión, incluimos

un cuarto grupo de “población normal” en el que no existía ninguna de las situaciones anteriormente descritas.

Tras una compleja y costosa búsqueda de los sujetos muestrales, obtuvimos un total de 105 sujetos que fueron distribuidos en tres grupos de treinta sujetos (SIDA, Drogadicción y Normal) y un cuarto grupo de 15 sujetos (exclusión social). A todos ellos se les administró un protocolo de evaluación psicológica que constaba de las siguientes pruebas :

- Entrevista semiestructurada de elaboración propia.
- Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983).
- Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978).
- Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)(1999).
- Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Tras la aplicación de los diferentes análisis estadísticos pudimos llegar a siguientes conclusiones:

En lo referente a las alteraciones emocionales y a los trastornos de ansiedad, observamos que las personas con la infección VIH/SIDA y las personas con problemas de toxicomanías, que viven en situación de exclusión social presentan una mayor número de indicadores de alteraciones emocionales y trastornos de ansiedad que la población normal y que las personas que aun viviendo una situación de exclusión social no presentan problemas de politoxicomanías, ni padecen la enfermedad SIDA.

Las personas con la infección VIH/SIDA que viven en una situación de exclusión social presentan puntuaciones similares en diferentes variables de personalidad a aquellas personas que viven en una situación de exclusión social indistintamente de si presentan problemas de toxicomanías. Además, las personas

que viven en situación de exclusión social presentan patrones de personalidad distintos de la población normal.

Por último, las estrategias de afrontamiento, según los resultados aportados por nuestro datos, no son utilizadas de forma diferentes por las poblaciones estudiadas.

Tras los resultados obtenidos, intentamos discutir en base a la bibliografía consultada y a nuestra propia experiencia clínica las posibles aportaciones explicativas de los mismos.

En primer lugar, entendemos que la enfermedad SIDA aporta un mayor número de estresores frente a las demás “situaciones” de los grupos poblacionales estudiados. Sin embargo, esto no queda reflejado en nuestros datos, creemos que puede ser debido, entre otros, a que prácticamente la totalidad de los sujetos estudiados se encontraban asistiendo a centros donde distintos profesionales (médico internista, médico generalista, terapeuta de toxicomanía, psicólogo, educador, etc.) les ofrecían intervenciones encaminadas, entre otros, a disminuir esos trastornos.

En segundo lugar, las similitudes entre los grupos de exclusión social encontradas en las variables de personalidad estudiadas no nos parecen indicativos de un patrón de personalidad, aunque nos sugieren comportamientos generalizados en esta población. A pesar de que la prueba psicológica administrada (MCMI-II) utiliza el comportamiento de la persona para “determinar” los distintos tipos de personalidad de los sujetos, entendemos que esto no es generalizable a la población exclusión social porque existen un gran número de situaciones que influyen en el comportamiento de los sujetos y que van más allá de la personalidad de éstos.

En tercer lugar, añadir que a pesar de clara diferencia en las estrategias de afrontamiento entre las personas que viven en una situación de exclusión social frente a la población normal, esto no ha sido reflejado por nuestros análisis

estadísticos. En este caso, y en base a un gran número de investigaciones recientes que así lo demuestran, creemos que dichos resultados se basan en las dificultades psicométricas del Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

Por último hemos encontrado un comportamiento de los datos que sugieren cierta relación entre las variables psicológicas estudiadas (alteraciones emocionales, trastornos de ansiedad, variables de personalidad y estrategias de afrontamiento) y determinadas variables del ámbito de la salud (con respecto a la infección SIDA: Tiempo de infección, Tiempo de tratamiento antirretroviral y Número de enfermedades que padece; con respecto a la politoxicomanía: Duración del último consumo, Tóxicos consumidos, Tiempo de abstinencia, Tiempo total de consumo y Estar incluido en programa de mantenimiento con metadona) y de carácter social (Domicilio actual y en caso de estar residiendo en centros: Tiempo de estancia en centro y Fuente de los ingresos económicos).

Capítulo octavo

REFERENCIAS

Ader, R. y Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. **Annual Review Psychology, 14**: 53-85.

Ader, R., Felte, D.L. y Cohen, N. (1991). **Psychoneuroimmunology**. New York: Academic Press.

Aguirre, G. (1998). Health related quality of life in men with HIV disease. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 58(8-B)**: 4134.

Alcami, J. (2001). El sistema inmune de la infección por el VIH. En P. López (Coords.), **Manual práctico: Lo que debería saber la persona que vive con el VIH-SIDA** (pp. 19-38). Barcelona: P. Permanyer, S. L.

American Psychiatric Association (2002). **Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR**. Barcelona: Masson.

Antoni, H. y Cruess, G. (2000). Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, 24-hr urinary norepinephrine output, and T-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(1)**: 31-45.

Arranz, P. (1990). Alteraciones neuropsicológicas en pacientes hemofílicos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. **Tesis Doctoral**. Madrid: Universidad Complutense.

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario, en L.M. Torres y J. Elorza (Dir.), **Medicina del Dolor** (pp. 37-42). Barcelona: Masson.

Ayuso, J.L. (1997). **Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA**. Madrid: Mc Graw-Hill.

Ayuso, J.L., Lastra, I. y Montañes, F. (1995). SIDA en el enfermo psiquiátrico. En J. Cadafalch (Coord.), **SIDA y drogodependencias** (pp. 95-107). Madrid: Ediciones en Neurociencias.

Barbero, J. (1989). Comités Ciudadanos Anti-SIDA: una respuesta, en J. Gafo, (Ed.), **El SIDA un reto a la sanidad, la sociedad y la ética** (pp. 153-160). Madrid: UPCM.

Barbero, J. (1991). Casas de acogida para afectados del SIDA (Madrid). **Ponencia del Congreso Internacional sobre la problemática social del SIDA**, 1990 diciembre 10-12, Bilbao: Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Vizcaya.

Barbero, J. (1997). **Acompañamiento al enfermo terminal de SIDA**, Proyecto Hombre, 24: 32-33.

Barbero, J. (2002). SIDA, exclusión e intervención psicosocial. Perspectiva teórica, En M.J. Rubio y S. Monteros (Coords.), **La exclusión Social. Teoría y práctica de la intervención** (129-148). Editorial CCS. Madrid.

Barreto, P., Martínez, E. y Pascual, A. (1990). Pautas de acción psicoterapéutica en la asistencia al enfermo terminal. **Actas II Congreso Oficial de Psicólogos, área 5, Psicología y Salud: Psicología Clínica**. Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.

Bas, F y Andrés, V. (1996). Evaluación de los procesos y constructos psicológicos de la depresión, En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Siera (Dir.), **Manual de evaluación en Psicología clínica y de salud**. Madrid. Siglo XXI.

Basso, R. y Bornstein, A. (2000). Estimated premorbid intelligence mediates neurobehavioral change in individuals infected with HIV across 12 moths. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, **22**(2): 208-218.

Bech, P., Bolwing, T.G., Kramp, P. y Rafaelsen, O.J. (1975). The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Rating Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, **59**: 420-430.

Beck, A.T. (1983). **Terapia cognitiva de la depresión**. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). **Cognitive Therapy of Depression**. Nueva York: Guilford Press (versión española. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983).

Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, **8**:77-100.

Beigel, A., Murphy, D. y Bunney, W.E. (1971). The Manic State Rating Scale: scale construction, reliability, and validity. **Archives of Generales Psychiatry**, **25**: 256-262.

Benschop, R.J., Jabaaij,L., Oostveen,F.G., Vingehoets,J.J.M. y Bailliex, R.E. (1998). The influence of psychological stress in immunoregulation of latent Epstein-Barr virus. **Stress Medicine**, **14**:21-24.

Bernardo, M. y Roca, M. (1998). **Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica**. Barcelona: Masson.

Billings, DW., Folkman, S., Acree, M. y Moskowitz, JT. (2000). Coping and Physical Health During Caregiving: The role of positive and negative affect. **Journal of Personality and social Psychology**, **79**: 131-142.

Blaney, N.T., Goodkin, K., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J. y Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: the role of life stressor, social support and coping. **Psychology and Health**, **12**(5): 633-653.

Blannon, L. (2001). Vivir con una enfermedad crónica. En L. Blannon y J. Feist. (Eds.), **Psicología de la Salud** (pp. 375-385). Madrid: Paraninfo, S.A.

Blannon, L. y J. Feist. (2001). **Psicología de la Salud**. Madrid: Paraninfo, S.A.

Bohman, M. (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees: genetic and environmental heterogeneity. **Archival General Psychiatry**, **39**: 339-341.

Borda, M., Pérez, M.A. y Blanco, A. (2000). **Manual de técnicas de Modificación de Conducta en Medicina Comportamental**. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Borrás, X. (1995). Psiconeuroinmunología: efecto del estrés psicológico sobre la función inmune en sujetos humanos sanos. **Ansiedad y estrés**, **1**: 21-35.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Fassik, S., Kaim, M., Funesti, J. y Stein, K. (1997). A comparison of pain report and adequacy of analgesic therapy in ambulatory AIDS patients with and without a history of substance abuse. **Pain**, **72**(1-2): 235-243.

Brooner, R.K., Herbst, J.H. y Schmith, C.W. (1993). Antisocial personality among drug abusers: relations to other personality diagnoses and the five-factors model of personality. **Journal Nervious Mental Disease**, **181**: 313-319.

Buela-Casal, G., Sierra, J.C. y Cano, M.C. (2001). Evaluación y tratamiento de la depresión. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Eds.), **Manual de evaluación y tratamientos psicológicos** (pp. 271-336). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.

Calvo, F. (1993). Intervención psicológica y SIDA. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Coors), **Modificación de conducta y salud** (pp. 393-419). Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense.

Calvo, F. (1995). Evaluación psicológica en el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En A. Roa (Comp.), **Evaluación psicológica clínica y de la salud** (pp. 733-754). Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial. S.L.

Cañas, E., Pompeyo, V., Lozano, F., y Torres, M. (2001). **La infección por el VIH en Andalucía, una década de encuestas hospitalarias de prevalencia**. Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI).

Cáritas Española (1998). Dossier: el nuevo rostro del SIDA. **II Encuentro Nacional de casas de acogida de personas con SIDA**. El Escorial 14-15 de noviembre.

Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. **Boletín de Psicología**, **36**: 43-69.

Castellón, A., Hinkin, H., Wood, S. y Yaremo, T. (1998). Apathy, depression, and cognitive performance in HIV-1 infection. **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, **10**(3): 320-329.

Catarineu, S. y Gili, M. (1998). Modelos psicológicos y psicobiológicos de la personalidad. En M. Bernardo y M. Roca (Comps.), **Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica**. Barcelona: Masson.

Caver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. **International Journal of Behavioural Medicine**, **4**(1): 92-100.

Caver, 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.

Center for Disease Control (1993). Public Health Service guidelines for counselling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, **36**: 509-515.

Chamizo, J. (1997). **La atención socio-sanitaria a los enfermos de SIDA en Andalucía**. Defensor del Pueblo Andaluz.

Cleckey, H., (1941). **The mask of sanity**. St. Louis: Mosby.

Cohe, S., Miller, G. y Rabin, S. (2001). Psychological stress and antibody response to immunization: A critical review of the human literature. **Psychosomatic Medicine**, **63**(1): 7-18.

Cohen, Sh. y Williamson, G.M. (1991). Stress and infectious disease in humans. **Psychological Bulletin**, **109**(1): 5-24.

Combs, D.R. y Livingston T. (2001). Psychological sub-types among persons with HIV infection: an empirical study. **AIDS Care**, **13**: 157-162.

Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). **Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales**. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Conde, V. y Esteban, T. (1975). Fiabilidad de la SDS de Zung. **Revista Psicológica General y Aplicada**, **30**: 903-913.

Daruma, J.H. (1996). Neuroticism predicts normal variability in the number of circulating leucocytes. **Personality and Individual Differences**, **29**(1): 102-108.

De Andrés, M. y Hernández, T. (1998). **Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas**. Madrid: CREFAT.

Delgado, J. (1998). **El drogodependiente ante los tribunales de justicia. Libro de casos**, Madrid: Colex.

Den Brinker, M., Wit, F. y Weithem-Van, P. (2000). Hepatitis B and C virus co-infection and risk for hepatotoxicity of highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. **AIDS**, **14**: 2895-2902.

Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Ministerio de Sanidad y Consumo (1997). **Manual de Grupos de autoapoyo Emocional para personas que viven con el VIH**. Madrid.

Díaz, M. y Villaverde, F. (1997). **La incidencia del barrio en las drogodependientes. La experiencia de San Fermín**, Madrid: CREFAT.

Domingo, P. (2001). Historia natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Replicación viral. En P. López (Coords), **Manual práctico: Lo que debe saber la persona que vive con el VIH-SIDA** (pp. 1-18). Barcelona: P. Permanyer, S.L.

Dubé, M. (2000). Disorders of glucose metabolism in patients infected with human immunodeficiency virus. **Clinical Infected Disease**, **31**: 1467-1475.

Dykema, J., Bergbower, K. y Peterson, C. (1995). Pessimistic explanatory style, stress, and illness. **Journal of Social and Clinical Psychology**, **14**(4): 357-371.

Endler, S., Hunt, J. y Rosenstein, A.J. (1962). An S-R inventory of anxiousness. Psychological Monographs: **General and Applied**, **536**.

Espacio, R. (2001). El papel de los grupos de pacientes en el tratamiento antirretroviral. En P. López (Coords.), **Manual práctico: Lo que debería saber la persona que vive con el VIH-SIDA** (pp.131-143). Barcelona: P. Permanyer, S.L.

Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1996). Psychological modulation of cytokine-induced natural killer cell activity in older adults. **Psychosomatic Medicine**, **58**: 264-272.

Eysenck, H.J. (1973). **Handbook of abnormal psychology**. Londres: Pitman.

Eysenck, H.J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. **Personality and Individual Differences**, **6**(5): 535-556.

Ferrando, S., Evans, S., Goggin, K., Swell, M., Fishman, B. y Rabkin, J. (1998). Fatigue in HIV illness: relationship to depression, physical limitations, and disability. **Psychosomatic Medicine**, **60**(6): 759-764.

- Ferre, F. (1992). SIDA y patología psiquiátrica. **Psiquiatría pública**, **4**: 103-105.
- Finzi, D., Delaney, K. y Moorman, R. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. **New England Journal Medicine**, **338**: 853-860.
- Flores, T. (1997). Sistema inmunitario y SIDA. En J. E. Rojo y E. Cirera (Dirs.), **Interconsulta Psiquiátrica** (pp. 323-344). Barcelona: Masson, S.A.
- Flores, J. (2000). **Farmacología humana**. Barcelona: Masson.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel, C., DeLongis, A. y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, **50**: 992-1003.
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. **American Psychologist**, **55**(6): 647-654.
- Fontaine, K.R., McKenna, L. y Cheskin, L.J. (1997). Support group membership and perceptions of control over health in HIV+ men. **Journal of Clinical Psychology**, **53**(3): 249-252.
- Friedman, M. y Roseman, R.H. (1974). **Type A behavior and your heart**. New York: Knopf.
- Fusté, E. (1997). Personalidad y respuesta inmune al antígeno de la hepatitis A y B desde una perspectiva psicoinmunológica. **Tesis Doctoral** microfichada, nº 3075. Barcelona: Publicaciones Universidad de Barcelona.
- Fuste, E. y Ruíz, J. (2000a). Personalidad y salud: aproximación desde una perspectiva psiconeuroinmunológica. En J. Gil (Coords.), **Manual de Psicología de la salud. Volumen II: comportamiento y salud/enfermedad** (pp. 280-302). Madrid: Ediciones Némesis.
- Fuste, E. y Ruíz, J. (2000b). Análisis de la relación entre personalidad, estrategias de afrontamiento, estrés percibido y respuesta inmune a una prueba de hipersensibilidad retardada. **Ansiedad y estrés**, **6** (2-3): 169-189.
- Gándara, J.J. y Medina, M.A. (1998). Comorbilidad. En M. Bernardo y M. Roca (Comps.), **Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica**. Barcelona: Masson.
- García, E. (1993). **SIDA. Apoyos en entorno personal, familiar y laboral**. Madrid: Eudema S.A.
- García-Camba, E. (1998). Psiquiatría de enlace e infección por VIH. En E. García-Camba (Coord.), **Psiquiatría y SIDA** (pp.29-40). Barcelona: Bibliostam.S.A.

García, F., Plana, M. y Ortiz, G. (2000). Tructure cyclic antirretroviral therapy interruption (STI) in chronic infection may induce immune reponses against HIV-1 antigents associated with spontaneous drop in viral load. **V Conference on Experimental AIDS Research**. Madrid.

Gard, T.L. (1999). The importance of intimacy and use of avoidance coping in predicting depression among HIV+ individuals. **Tesis doctoral**. State University of New York at Albany. UMI.

Gazzard, B. (1999). Efavirenz in the management of HIV infection. **Journal Clinical Practical**, **53**: 60-64.

Gudin, J. (1997). Biopsychosocial correlates of HIV/AIDS infected African-American males. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**, **57**(10-B): 6572.

Grasa, L.A. (2003). Atención social a las personas afectadas de o con VIH/SIDA. Nuevos retos. **Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA**. Vol. **14**, nº 5. Madrid.

Hamilton, M. (1967). A rating scale depression. **Journal Neurologr Psychiatry**, **23**: 56-62.

Hamilton, M., y Shapiro, C. (1990). Depresión. En D.F.Beck y C.M. Shapiro (Eds.), **Measuring human problems**. New York. Wiley.

Hare, R.D. (1991). **The Hare psychopathy check-list-revised manual**. Toronto: Multi-Healt System.

Hare, R.D. y Jutai, J.W. (1988). Psychopathy and cerebral assimetry in semantic processing. **Personality and Individual Differences**, **9**: 189-195.

Havlr, D., Marschner, I. y Hirsch, M. (1998). Maintenance antirretroviral therapies in HIV-1 infected subjects with undetectable plasma HIV RNA after triple-drug therapy. **England Journal Medical**, **339**: 1261-1268.

Heisel, J.S., Locke, S.E., Kraus, L.J. y Wiliams, R.M. (1986). Natural Killer cell activity and MMPI scores of a cohort of college students. **American Journal of Psychiatry**, **143**: 1382-1386.

Heckman, T.G., Kochman, A., Sikema, K.J., Kalichman,S.C., Masten,J., Bergholte,J. y Catz, S. (2001). A pilot coping improvement for late middle-aged and older adults living with HIV/AIDS in the USA. **AIDS Care**, **13**(1): 129-139.

Hellund, J.L. y Vieweg, B. (1979). The Zung Self Rating Depression scale: A comprehensive review. **Journal of Operational Psychiatric**, **10**: 51-64.

Hernández, T. (1998). SIDA y drogas. En E. García-Camba (Coord.), **Psiquiatría y SIDA** (pp.51-56). Barcelona: Bibliostam.

Ingram, KM., Jones DA. y Fass, RJ. (1999). Social support and unsupportive social interactions: their association with depresión among people living with HIV. **AIDS Care**, **11**(3): 313-329.

INSALUD (1999). **Actuación en prevención de la infección por el VIH en Atención primaria**, Madrid: INSALUD, Dirección territorial de Madrid.

INSALUD (2000). **Mejora en Atención primaria del paciente infectado por el VIH**, Madrid: INSALUD, Dirección territorial de Madrid.

Iraurgi, I., (2000). Calidad de vida en Programa de Metadona. **Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA**. Vol. **11**, nº 4. Madrid.

Iraurgi, I. (2003). El estrés y los estresores de ser positivo al VIH antes y después de la Terapia Antirretroviral de Alta eficacia. **Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA**. Vol. **14**, nº 5. Madrid.

Iribarren, J.A., Camino, X., Arrizabalaga, J., Rodríguez-Arondo, F., Von Wichmann, M.A., Landa, M.A. e Izco, A. (2001). Adherencia al tratamiento. En P. López (Coords.), **Manual práctico: Lo que debería saber la persona que vive con el VIH-SIDA** (pp. 73-87). Barcelona: P. Permanyer, S.L.

Jacobson, E. (1983). **Progressive Relaxation**. Chicago: University of Chicago.

Jackson, W. (1997). Risk factors associated with suicide probability in HIV positive and AIDS patients. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**, **57**(12-B): 7776.

Jacobsberg, L., Frances, A. y Perry, S. (1995). Axis II diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. **American Journal of Psychiatry**, **152**(8): 1222-1224.

Jemmott, J.B., Borysenko, M., Chapman, R., Borysenko, J.Z., McClelland, D.C., Benson, H. y Meyer, D. (1983). Academic stress, power motivation, and decrease in secretion rate of salivary secretory immunoglobulin A. **The lancet**, **1**(II): 1400-1402.

Jemmott, J.B. y Locke, S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: How much do we Know?. **Psychological Bulletin**, **95**(1): 78-108.

Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E.P. y Dwyer, J. (1991). Explana-tory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. **Healt Psychology**, **10**(4): 229-235.

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** (6-B): 2947.

Kann, J., Cherng, D. y Mayer, K. (2000). Evaluation of HIV-1 Immunogen, an Immunologic Modifier, Administred to Patients Infected Whith HIV Havin 300 to 549X10 6/L CD4 counts. **JAMA**, **284**: 2193-2202.

Kaviraj, S.J. (1987). **Cuaderno de ejercicios respiratorios de relajación en diferentes posturas**. Las Palmas. Fundación Lotus.

Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Hood, H.V. y Brasfield, T.L. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **57**: 60-67.

Kelly, J.A. y Murphy, D.A. (1992). Psychological intervention with AIDS and HIV: Prevention and treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **60**: 576-585.

Kenneth, W.G. y Judith, G.R. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. **Journal of Social and Clinical Psychology**, **17**(4),407-424.

Kiecolt, J.K. y Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity?. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **60**: 586-593.

Knovel, H., Carmona, A. y López, J. (1999). Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad: impacto de una intervención de asesoramiento individualizado. **Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica**, **17**: 78-81.

Koopman, C., Gore, F.C., Marouf, F., Butler, L.D., Field, N., Gilll, M., Chen, X.H., Israelsky, D. y Spiegel, D. (2000). Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV+ persons. **Aids Care**, **12**(5): 663-672.

kobasa, S.C., Maddi, S.R. y Zola,M.A. (1983). Type A and hardiness. **Journal Behavior Medicine**, **6**(1): 41-53.

Kwang, L.J., Han, L.Ch., Byung, P.D., Seok, K.B., Chul, N., Sik, L.Y., Yeon, Ch.J., Woo, N.B., Hong, L..K. y San, Ch.D. (1998). Circulating natural killer cell in neurotic patients. **International Medical Journal**, **5**(2): 121-126.

Lahulla, J. y Sanz, J. (1998). El paciente con VIH/SIDA en el hospital. En E. García-Camba (Coord.), **Psiquiatría y SIDA** (pp. 11-19). Barcelona: Bibliostam.

Lázarus, R. y Folkman, S. (1984). **Stréss, appraisal and coping**. New York: Spinger.

Lázarus, R. y Folkman, S. (1986). **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Martínez-Roca.

Leserman, J., Petitto, J.M., Golden, R.N., Gaynes, B.N., Hongbin, P.D., Silva, S.G., Folds, J.D. y Evans, D.L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. **American Journal of Psychiatry**, **157**(8): 1221-1228.

Lindbladh, E. y Lytkens, CH., (2002). Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour. **Social Sci Medical**, **55**: 451-465.

Lluch, J., Salvador, L., Gatell, J., Cirera, E. (1989). Diagnóstico psiquiátrico en pacientes con SIDA ingresados en un hospital general. **Medicina general**, **7**: 277-278.

López, P. (2001). **Manual práctico: Lo que debería saber la persona que vive con el VIH-SIDA**. Barcelona: P. Permanyer, S.L.

López, I. y Ceckley, H. (1941). **The mask of sanity**. London: Henry Kimpton.

March, J.C., Romero, M., Oviedo-Joekes, E. y Equipo PEPSA Escuela Andaluza de Salud Pública (2003). Exclusión social y SIDA. Reducción de daños en adictos a la heroína. El programa PEPSA. **VII Congreso Nacional sobre el SIDA**. Barcelona.

Martín, A. (2003). **Evolución psicosocial en los familiares de pacientes ingresados en una UCI de traumatología**. Propuesta de un programa de intervención psicológica. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

Martínez, E. (2001). Toxicidad de los tratamientos a largo plazo. En P. López (Coords.), **Manual práctico: Lo que debería saber la persona que vive con el VIH-SIDA** (pp. 89-104). Barcelona: P. Permanyer, S. L.

Martínez, E. y Gatell, J. (1999). Metabolic abnormalities and body fat redistribution in HIV-1 infected patients: the lipodystrophy syndrome. **Current Opinion Infected Disease**, **12**: 13-19.

Martínez, E., Leguizamón, M., Mallolas, J., Miró, J. y Gatell, J. (1999). Influence of environmental temperature on incidence of indinavir-related nephrolithiasis. **Clinical Infected Disease**, **29**: 422-425.

Mary-Krauser, M., Cotte, L. y Partisani, M. (2001). Impact of treatment with protease inhibitor on myocardial occurrence in HIV- infected men. **8th CROI**. Chicago. Abstract, 657.

McDaniel, S., Chun, Y., Brown, L., Cournos, F., Forstein, M., Coodkin, K. y Lyketson, C. (2000). Practice guideline for the treatment of the patients with HIV/AIDS. **American Journal of Psychiatry**, **157** (suppl.11): 1-62.

McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1981). Thoughts and feelings. **The Art of Cognitive Stress Intervention**. New Harbinger Publications (version castellana). Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Metha, S., Moore, R. y Graham, N. (1997). Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. **AIDS**, **11**: 1665-1670.

Mijch, M., Judd, K., Lyketsos, G., Ellen, S. y Cockram, A. (1999). Secondary mania in patients with HIV infection: Are antirretrovirals protective?. **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, **11**(4): 475-480.

Miller, R., Bor, R. y Salt, H. (1991). Counselling patients with HIV infection about laboratory test predictable values. **AIDS Care**, **2**: 159-164.

Millon, T. (1969). **Modern psychopathology**. Philadelphia: WE Saunders.

Millon, T. (1999). **MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II**. Adaptación española realizada por A. Avila-Espada y colaboradores. Madrid: TEA Ediciones S.A.

Millon, T. y Davis, R.D. (1996). **Disorders of personality. DSM-IV and beyond**. New York: Wiley.

Millon, T. y Davis, R. (2001). **Trastornos de la personalidad en la vida moderna**. Barcelona: Masson.

Mynors-Wallis, L., Gath, D.H., Lloyd-Thomas, A.R., y Thomlinson, D. (1995). Randomized controlled trial comparing problem-solving treatment with amitriptylinr and placebo for major depression in primary care. **British Medical Journal**, **310**: 441-445.

Montaner, J., Reiss, P. y Cooper, D. (1998). A randomized, duple blinded trial comparing the inmunological and virologic effects of nevirapine, didanosine and zidovudine combinations among antirretroviral naïve, AIDS-free, HIV-1 infected patients with CD4 counts between 200 and 600 mm³. **JAMA**, **279**: 930-937.

Moreno, S. (2001). Tratamiento antirretroviral. En P. López (Coords.), **Manual práctico: Lo que debería saber la persona que vive con el VIH-SIDA** (pp. 39-52). Barcelona: P. Permanyer, S.L.

Namir, C., Wolcott, D.L., Fawzy, F.I. y Alumbaugh, M.J. (1990). Implications of diferent strategies for coping with AIDS. En A. Baum y L.Temoshok (Eds.), **Psychosocial Perspectives on AIDS** (pp: 173-190). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Navia, B.A. y Price, R.W. (1987). The Acquired Immunodeficiency Syndrome Dementia Complex as the presenting or sole Manifestation of Human Immunodeficiency Virus Infection. **Archival Neurology**, **44**:65-69.

O'Hare, P.A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. y Drucker, E., (1995). **La reducción de los daños relacionados con las drogas**. Barcelona: Grupo Igia.

Olmedo, E. E Ibáñez, I. (2003). Factorización exploratoria del Cuestionario Ways of Coping. **Psicología Conductual**, 11(1): 79-94.

ONUSIDA (2001). **Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA: Diciembre 2001**. ONUSIDA. Ginebra. Suiza.

ONUSIDA (2002). **Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA: Diciembre 2002**. ONUSIDA. Ginebra. Suiza.

Ortíz, G. y Rubio, S. (2000). Organismos y mecanismos de apoyo sanitario en Andalucía para la atención de la infección por el VIH. En J. Pachón, E. Pujol, A. Rivero (Coords.), **La infección por el VIH: Guía Práctica** (pp. 315-324). Junta de Andalucía.

Palella, F., Delaney, K. y Moorman, A. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. **England Journal Medical**, 338: 853-860.

Parker, J., Endler, N. y Bagby, M. (1993). If it changes, it might be unstable: examining the factor structure of the Ways Coping Questionnaire. **Psychological Assessment**, 5:361-368.

Pascual, A., Corral, J.L. y Ríos M.J. (2000). El virus de la inmunodeficiencia humana. Inmunología. En J. Pachón, E. Pujol y A. Rivero (Coords.), **La infección por el VIH: Guía Práctica** (pp. 17-24). Junta de Andalucía.

Paterson, D., Swindells, S. y Mohr, J. (1999). How much adherence is enough?. A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMCaps. **6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago**. Abstrac 92.

Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A., 1993. **Análisis y Modificación de Conducta**, 19 (63): 91-149.

Pérez, M., Sáez, H. y Trujillo, M., (2002). **Pobreza y exclusión social en Andalucía**. Colección politeya. Estudios de política y sociedad. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía. Córdoba

Pérez, S., Anglada, J.C. y Menor, E.M. (2000). Historia natural y clasificación por el VIH. En J.Pachón, E.Pujol y A.Rivero (Coords.), **La influencia por el VIH: Guía Práctica** (pp. 59-66). Junta de Andalucía.

Pérez, A., Pérez, M. y Pascual, A. (1998). Aspectos psiquiátricos en pacientes con SIDA en el Hospital general. **Anales de Psiquiatría**, 14(9):379-383.

Perkins, D., Davidson, E., Leserman, J., Liao, D. y Evans, D. (1993). Personality disorder in patients infected with HIV: a controlled study with implications for clinical care. **American Journal of Psychiatry**, 150(2):309-315.

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. **Psiquis**, **22**(5):194-199.

Petrie, K.J., Booth, R.J. y Pennebaker, J.W. (1998). The immunological effects of thought suppression. **Journal of Personality and Social Psychology**, **75**(5),1264-1272.

Pialoux, G., Raffi, F. y Brun-Vezinet, F. (1998). A randomized trial of three maintenance regimens given after three months of induction therapy with zidovudine, lamivudine, and indinavir in previously untreated HIV-1 infected patients. **England Journal Medical**, **339**: 1269-1276.

Plan de Movilización Multisectorial Nacional (2001). **Plan Nacional sobre Drogas**, Madrid.

Plan Andaluz Integral de SIDA (2001). Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Junta de Andalucía.

Ponce, S., Iglesias, M., Ceballos, J. y Ostrosky-Zeichner, L. (1999). Iposuccion for protease-inhibitor-associated lipodystrophy. **Lancet**, **353**: 1244.

Powderly, W., Saag, M. y Chapman, S. (1999). Predictors of optimal virological response to potent antiretroviral therapy. **AIDS**,**13**, 1873-1880.

Prieto,L. y Penasa, B. (1998). SIDA y unidades de salud mental. En E. García-Camba, (Coords.), **Psiquiatría y SIDA** (pp. 41-49). Barcelona: Bibliostam.

Pujol, E., Viciano, P. y Cuesta, F.(2000). Principios generales del tratamiento antirretroviral. En J. Pachón, E. Pujol y A. Rivero (Coords.), **La infección por el VIH: Guía Práctica** (pp. 239-250). Junta de Andalucía.

Raich, R.M. (1991). El condicionamiento encubierto. En V.E. Caballo (Dir.), **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo XXI.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento , declaración y calificación del grado de minusvalía. Publicada en BOE el 26 de enero de 2000.

Reed, M., Taylor, E. y Kemeng, E. (1993). Perceived control and Psychological adjustment in gay men with AIDS. **Journal of Applied Social Psychology**, **23**(10): 791-824.

Registro Nacional de Casos de SIDA (2001). **Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Balance de la epidemia a 30 de Junio de 2001. Informe Semestral nº1, año 2001**. Centro Nacional de Epidemiología: Madrid.

Registro Andaluz de los Casos de SIDA (2002). Sevilla: Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Registro Nacional de Casos de SIDA (2002). **Vigilancia epidemiológica del SIDA en España**. Centro Nacional de Epidemiología: Madrid.

Reijers, M., Weverling, M. y Jurriaans, S. (1998). Maintenance therapy after quadruple induction therapy in HIV-1 infected individuals: Amsterdam Duration of Antiretroviral Medication (ADAM) study. **Lancet**, **352**: 185-190.

Remor, E., Carrobles, JA., Arranz, P., Matínez-Donate, A y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. **Psicología conductual**, **9**(2): 323-336.

Richardson, M., Satz, P., Meyers, H., Miller, E., Bing, E., Fawzy, F., Maj, M. (1999). Effects of depressed moods versus clinical depression on Neuropsychological Test Performance among African American men Impacted by HIV/AIDS. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, **21**(6): 769-783.

Roca, M. y Bernardo, A. (1998a). Criterios diagnósticos y clasificaciones actuales. En M. Bernardo y M. Roca (Comps.), **Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica**. Barcelona: Masson.

Roca, M. y Bernardo, A. (1998b). Epidemiología. En M. Bernardo y M. Roca (Comps.), **Trastornos de la personalidad: evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica**. Barcelona: Masson.

Roca, X., Trujols, J., Tejero, A. y Pinet, M.C. (1995). Variables psicológicas relevantes en la infección por VIH y en el proceso de enfermar de SIDA. En J. Cadafalch (Coord.), **SIDA y drogodependencias** (pp 155-179). Madrid: Ediciones en Neurociencias.

Rodríguez, A. (2003). SIDA y exclusión social. **Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. Vol. 14**, nº 5. Madrid.

Roitt, I. (1988). **Inmunología esencial**. Barcelona: Ediciones Jims, S.A.

Rokach, A. (2000a). Correlates of loneliness as Perceived by the terminally ill. **Current Psychology: Developmental learning Personality and Social**, **19**(3):237-248.

Rokach, A. (2000b). Terminal illness and coping with loneliness. **Journal of Psychology**, **143**(3):283-296.

Rundell, J.R., Wise, M.G. y Ursano, R.J. (1986). Three Cases of AIDS Related Psychiatric Disorders. **Journal of Psychiatry**, **143**: 777-7778.

Rubio, I. (1998). Suicidio y SIDA. En E. García-Camba, (Coord.), **Psiquiatría y SIDA**. (pp.57-59). Barcelona: Bibliostam.

Schwab, J.J. (1985). A comparison of validities of two rating scales for depression. **Journal of Clinical Psychology, 23**: 94-99.

Saiz, J. (2002). **Trastorno de la personalidad en la práctica médica**. Barcelona: Masson, S.A.

Salvador, L., Lluch, J. y Ayuso, J.L. (1995). Aspectos neurológicos y psiquiátricos del SIDA. En J. Cadafalch (Coord.), **SIDA y drogodependencias** (pp.57-94.). Madrid: Ediciones en Neurociencias .

Samet, J., Libman, H. y Steger, E. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus tpe 1: a cross- sectional study in a municipal hospital clinic. **American Journal Medical, 92**: 495-502.

Sánchez, A. (1996). **Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención**. Barcelona: EVB.

Schmitz, F.y Aystal, S. (2000). Social relations, coping and psychological distress among persons with HIV/AIDS. **Journal of Applied Social Psychology, 3**(4): 665-683.

Schultz, J.H. y Luthe, W. (1969). **Autogenic Training**. Nueva York: Grune-Stratton.

Seller, M., Weintraub,J. y Carver,C. (1986). Coping with stress: divergent strategies optimists and pessimists. **Journal of Personality and Social Psychology, 51**: 1257-1264.

Shachar, K.J. (1999). Perceived control, illness status, and psychological adjustment in gay and bisexual men with HIV and AIDS. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60**(5-B): 22366.

Sierra, J.C. Buela-Casal, E. y Miró, E. (2001). Evaluación y tratamiento de la ansiedad generalizada. En G. Buela-Casal y JC. Sierra (Eds.), **Manual de evaluación y tratamientos psicológicos** (pp 133-188). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.

Simpson, D. y Tagliati, M. (1995). Nucleoside analogue-associated peripheral neuropathy in human immunodeficiency virus infection. **Journal Acquired Immune Deficit Syndrome Human Retroviral, 9**: 153-161.

Sims, R. y Moss, V. (1995). **Palliative Care for People with AIDS**. Londres: Edwar Arnold.

Smith, C.A. y Lazarus, R.S. (1990). Emotion and adaptation. En L.A. Pervin (Ed.), **Handbook of personality. Theory and research** (pp. 244-276). New York. Guilford.

Snaith, R.P. (1987). The concepts of mild depression. **British Journal of Psychiatry**, **160**: 387-393.

Solomon, Z., Mikulincer, M. y Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. **Journal of Personality and Social Psychology**, **55**:279-285.

Song, Y. (1999). The role of social support, unsupportive social interactions, coping, and optimism in the psychological adjustment of individuals with HIV/AIDS. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**, **59**(8-B):4486.

Sonkey, G., Vasudeva, P. y Kurman, L. (1989). Certain personality correlates of the allergic population with different levels of skin reactivity. **Journal of Personality and Clinical Studies**, **5**(2): 227-231.

Soriano, J. y Zorroza, J. (1999). Análisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM y WOC. **Boletín de Psicología**, **63**:77-79.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushane, R.E. (1970). **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto; C.A.: Consulting Psychological Press.

Swell, C., Goggin, J., Rabkin, G., Ferrando, J., Mc Elhiney, C. y Evans, S. (2000). Anxiety syndromes and symptoms among men with AIDS: A longitudinal controlled study. **Psychosomatics**, **41**(4):294-300.

Swindells, S., Mohr, J. y Justis, J.C. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. **STD & AIDS**, **10**:383-391

Taylor, S.E. y Brown, J.D. (1988). Illusions and Well-being: A social psychological perspective on mental health. **Psychological Bulletin**, **103**,193-210.

Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J.M. y Perri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. **Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona**, **12**: 233-238.

Thompson, L. (1989). An investigation of patients presenting with multiple Physical complaints using the Illness Behaviour Questionnaire. **Psychotherapy and Psychosomatics**, **47** (3-4): 181-189.

Thornton, S., Tropo, M. Y Burgess, A.P., (2000). The relationship of psychological variables and disease progression among long-term HIV-infected men. **International Journal of STD and AIDS**, **11**: 734-742.

Temoshok, L. (1983). Emotion, Adaptation, and disease: A multidimensional theory. En L. Temoshock, C. Vaan Dyke, L.S. Zegans (Coords.), **Emotions in Health and illness: Theoretical and Research Foundations** (pp.207-235). San Francisco: Grune and Stratton Ed.

Tinoco, I., Girón, JA., González, MT., Rodríguez, F., Vergara, A. y Bascuañana, A. (2003). Tratamiento antirretroviral directamente observado. Experiencias en CAES. **VII Congreso Nacional sobre el SIDA**. Barcelona.

Totman, R., Kiff, J., Reed, S.E. y Craig, J.W. (1980). Predicting experimental colds in volunteers from different measures of recent life stress. **Journal of Psychosomatic research**, **24**: 155-163.

Tsasis, P., 2000. The multidimensional context of HIV/AIDS patient care. **AIDS Patient Care STD**, **14**: 555-559.

Valverde, J. (1996). **Vivir con la droga**. Madrid: Pirámide

Vanhove, G., Schapiro, J., Winters, M., Merigan, T. y Baschke, T. (1996). Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. **JAMA**, **276**: 1955-1996.

Vassend, O. y Halvorsen, R. (1987). Personality, examination stress and serum concentration of immunoglobulins. **Scandinavian Journal of Psychology**, **28**(3): 233-241.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck. **Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica**. Barcelona, 25-28 de setiembre.

Vergara, A., Bascuañana, A., Girón, J.A. y González, MT. (2003). Las casas de acogida para enfermos de SIDA. Su utilidad en la época terapéutica anti-VIH de alta eficacia. **VII Congreso Nacional sobre el SIDA**. Barcelona.

Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R. Y Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: revisión and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, **20**:3-26.

Wallston, S., Hennes, A., Kaplan, D. y Maides, A. (1987). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **44**(4): 580-585.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. **Psychology Medicine**, **18**:203-209.

Weisman, A.N. y Beck, A.T. (1978). Developmen and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation. **Comunicación presentada en la Reunión de la American Educational Research Association**. Toronto.

Weisner, C., Mertens, J. y Parthasarathy, S. (2001). Integrating Prymary Medical Care with Addiction Treatment. A randomized Controlled trial. **JAMA**, **286**: 1715-1723.

Witenberg, H. (1983). Perceptions of control and causality as prediction of compliance and coping in hemodialysis. **Basic and Aplied Social Psychology**, **4**(4): 319-336.

Wong, F. Hazareh, J. y Gunthard, M. (1997). Response to bisexual and homosexual behavior and HIV risk among Chinese-, Filipino-, and Korean-American men. **Journal Sex Research**, **34** (4): 423-424.

Zaleski, H. (2000). Individual change in depression, perceived control, and immune functioning in person living with AIDS. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**, **61**(1-13):568.

Zigmon, A.S. y Snaith,R.P. (1983). The hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, **67**, 361-370.

Zulaica, D. (2001). Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. Subcomisión de prevención. **Plan Nacional sobre el SIDA**. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Zung, W. (1965). A self-rating depresión scale. **Archives of General Psychiatry**, **12**: 63-70.

ANEXOS

ANEXO I**ENTREVISTA**

Apellidos:	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento:	Sexo:
Lugar de residencia:	
Teléfono:	
Población:	Provincia:
Centro:	Fecha de inicio:
Fecha de alta:	Fecha actual:

SALUD (Infección VIH/SIDA)

Fecha aproximada de contagio:	Fecha de información:
Vía:	
Categoría actual:	
CD4: C.V.:	
Fecha de la última revisión médica:	
Enfermedades actuales (incluir también las de carácter residual o crónico)	
Tratamiento antirretroviral que recibe: (incluir fecha de inicio)	
Otros tratamientos actuales (no incluir los psiquiátricos)	

DROGADICCIÓN

Fecha aproximada de inicio:	Años total de consumo:
Tóxicos consumidos (indicar vía utilizada):	
Último consumo (duración):	
Programa Mantenimiento Metadona (especificar cantidad y si está en programa de reducción):	

SALUD MENTAL

HISTORIA ANTERIOR DE TRASTORNOS MENTALES. Fecha: Especialista: Diagnostico: Tratamiento que recibió:
HISTORIA ACTUAL Fecha de inicio: Especialista: Diagnostico:
Tratamiento que recibe en la actualidad:

SOCIAL

Domicilio habitual:
¿Es domicilio propio? (S/N)
¿lo comparte? (especificar con quién)
Ingresos económicos (aproximados y especificar fuente):
Contactos familiares (especificar la frecuencia):
Breve historia judicial y penal (especificar número de ingresos y total de años en prisión).
Juicios pendientes:
OBSERVACIONES:

ANEXO II

Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983).

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido en la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente. Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un círculo la respuesta elegida.

1. Me siento tenso o nervioso. (A)
 - (0) Nunca.
 - (1) A veces.
 - (2) Muchas veces.
 - (3) Todos los días.

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. (D)
 - (0) Como siempre.
 - (1) No lo bastante.
 - (2) Sólo un poco.
 - (3) Nada.

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - (0) Nada.
 - (1) Un poco, pero me preocupa.
 - (2) Si, pero no es muy fuerte.
 - (3) Definitivamente, y es muy fuerte.

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. (D)
 - (0) Al igual que siempre lo hice.
 - (1) No tanto ahora.
 - (2) Casi nunca.
 - (3) Nunca.

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. (A)
 - (0) Sólo en ocasiones.
 - (1) A veces, aunque no muy a menudo.
 - (2) Con bastante frecuencia.
 - (3) La mayoría de las veces.

6. Me siento alegre. (D)
 - (0) Casi siempre.
 - (1) A veces.
 - (2) No muy a menudo.
 - (3) Nunca.

-
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado. (A)
- (0) Siempre.
 - (1) Por lo general.
 - (2) No muy a menudo.
 - (3) Nunca.
8. Me siento como si cada día estuviera más lento. (D)
- (0) Nunca.
 - (1) A veces.
 - (2) Muy a menudo.
 - (3) Por lo general en todo momento.
9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago. (A)
- (0) Nunca.
 - (1) En ciertas ocasiones.
 - (2) Con bastante frecuencia.
 - (3) Muy a menudo.
10. He perdido interés por mi aspecto personal. (D)
- (0) Me preocupo al igual que siempre.
 - (1) Podría tener un poco más cuidado.
 - (2) No me preocupo tanto como debiera.
 - (3) Totalmente.
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme. (A)
- (0) Nada.
 - (1) No mucho.
 - (2) Bastante.
 - (3) Mucho.
12. Me siento optimista respecto al futuro. (D)
- (0) Igual que siempre.
 - (1) Menos de lo que acostumbraba.
 - (2) Mucho menos de lo que acostumbraba.
 - (3) Nada.
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico. (A)
- (0) Nada.
 - (1) No muy a menudo.
 - (2) Bastante a menudo.
 - (3) Muy frecuente.
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión. (D)
- (0) A menudo.
 - (1) A veces.
 - (2) No muy a menudo.
 - (3) Rara vez.

ANEXO III

Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck (1978).

Señala en qué grado estás de acuerdo con estas actitudes. Asegúrate de elegir sólo una respuesta para cada frase. No hay respuestas “acertadas” ni “equivocadas”. Sólo queremos saber qué es lo que piensas acerca de estos temas.

Pon una cruz (X) en la casilla seleccionada.

		COMPLETAMENTE DE ACUERDO	MODERADAMENTE DE ACUERDO	DUDOSO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1	Ser criticado hace que la gente se sienta mal.					
2	Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas.					
3	Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben.					
4	Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado debo hacerlo.					
5	Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí.					
6	No puedo ser feliz si no me ama alguien.					
7	Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz					
8	Si la gente que me importa me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo.					
9	Si una persona a la que amo, no me corresponde, es que soy poco interesante.					
10	El aislamiento social conduce a la infelicidad.					
11	Para considerarme una persona digna debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida.					
12	Debo ser útil, productivo o creativo o la vida no tiene sentido.					
13	Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que las que no las tienen.					
14	No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior.					

15	Si fallo en mi trabajo soy un fracasado.					
16	Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje.					
17	Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno.					
18	Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace.					
19	Si cometo un error, debo sentirme mal.					
20	Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón.					
21	Si creo firmemente que merezco algo, tengo razones para esperar conseguirlo.					
22	Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado.					
23	Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos.					
24	Si soy un buen marido (mujer) mi cónyuge debe amarme.					
25	Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato.					
26	Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente que está cercana a mí.					
27	Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he molestado.					
28	Para ser una buena persona, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite.					
29	Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo importante.					
30	Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo.					
31	No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo.					
32	No tiene sentido tratar de cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria.					
33	Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado.					
34	Mi felicidad depende en gran medida de lo que me suceda.					
35	La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan estas marcas.					

ANEXO IV

Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Según la forma habitual que tú tienes de hacer frente a los problemas, elige el grado de acuerdo ante las siguientes frases. Para responder usar hoja de respuesta .

Grados de acuerdo	{	0 = En absoluto. 1 = En alguna medida. 2 = Bastante. 3 = En gran medida.
-------------------	---	---

1. Ante un problema, me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación (en el próximo paso).
2. Hago algo en lo que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada.
3. Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.
4. Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación.
5. Me critico o me sermoneo a mi mismo/a.
6. No intento “quemar mis naves” sino que dejo alguna posibilidad abierta.
7. Confío en que ocurra un milagro.
8. Sigo adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).
9. Sigo adelante como si no hubiera pasado nada.
10. Intento guardar para mí mis sentimientos.
11. Busco algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intento mirar las cosas por su lado bueno.
12. Duermo más de lo habitual en mí.
13. Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.
14. Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.
15. Me siento inspirado/a para hacer algo creativo.
16. Intento olvidarme de todo.
17. Busco la ayuda de un profesional.
18. Cambio, maduro como persona.
19. Me disculpo o hago algo para compensar.
20. Desarrollo un plan de acción y lo sigo.
21. De algún modo expreso mis sentimientos.
22. Me doy cuenta de que yo soy la causa del problema.
23. Salgo de la experiencia mejor de lo que entro.
24. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto por mi problema.
25. Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.
26. Tomo una decisión importante o hago algo muy arriesgado.
27. Intento no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.
28. Tengo fe en algo nuevo.
29. Redescubro lo que es importante en la vida.
30. Cambio algo para que las cosas vayan bien.
31. Evito estar con la gente en general.

32. No permito que me vengza; rehuyo pensar en el problema mucho tiempo.
33. Pregunto a un pariente o amigo y respeto su consejo.
34. Oculto a los demás lo mal que me van las cosas.
35. No tomo en serio la situación; me niego a considerarla en serio.
36. Le cuento a alguien cómo me siento.
37. Me mantengo firme y peleo por lo que quiero.
38. Me desquito con los demás.
39. Recorro a experiencias pasadas; ya me he encontrado antes ante una situación similar.
40. Sé lo que hay que hacer, así que redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien.
41. Me niego a creer lo que ha ocurrido.
42. Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.
43. Propongo un par de soluciones distintas al problema.
44. Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas.
45. Cambio algo de mí.
46. Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo.
47. Fantaseo o imagino el modo en que podrían cambiar las cosas.
48. Rezo.
49. Repaso mentalmente lo que haría o diría.
50. Pienso cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomo de modelo.

ANEXO V

Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-II (Millon, 1999).

Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse así mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes.

No te preocupes si algunas cuestiones o frases te parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.

Procura responder a todas las frases aunque no estés totalmente seguro.

Para contestar use la Hoja de respuestas del final marcando verdadero o falso con lápiz .

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que los otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas sólo, tranquilamente, que hacerla con otros.
3. Hablar con la gente ha sido siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.
12. Algunas veces pierdo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estomago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.

24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los demás no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.

-
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio continuamente de opiniones y sentimientos.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por las mañanas.
54. Hace algunos años que he empezado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que los demás me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar u romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo la capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable y nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.

71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta en seguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de conseguir lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.

-
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no sé hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre mi vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo a la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionadamente mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar no para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy sólo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.

116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que me gustaría poder librarme.
119. Tengo mucha dificultad para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta donde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro de que mi trabajo esté siempre bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo de quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempo actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para hacer lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión social nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.

139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas ilegales me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunas personas de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia personas importantes en mi vida han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.

-
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

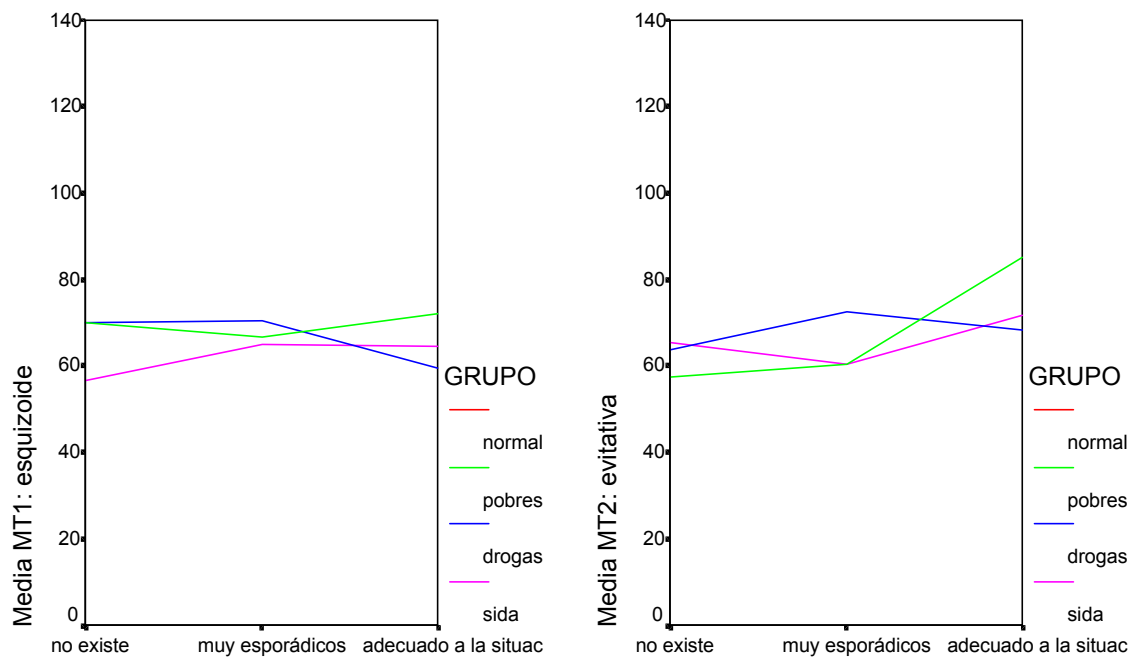
ANEXO VI

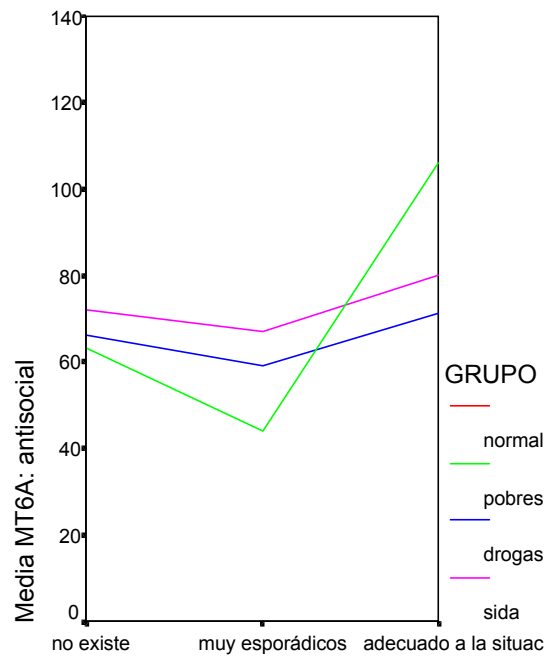
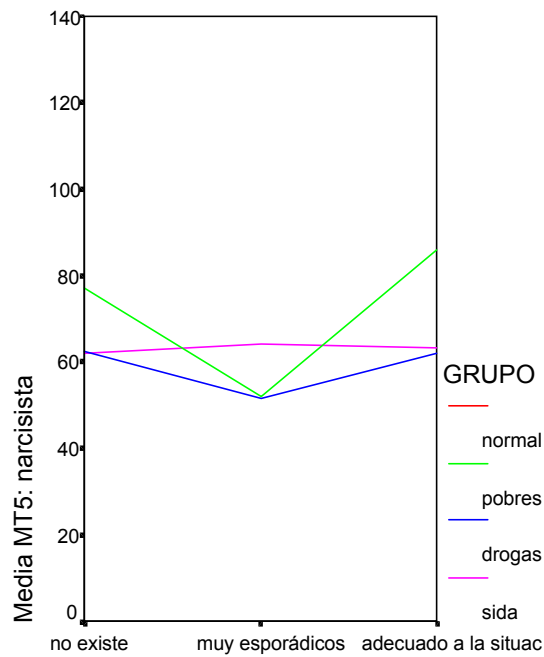
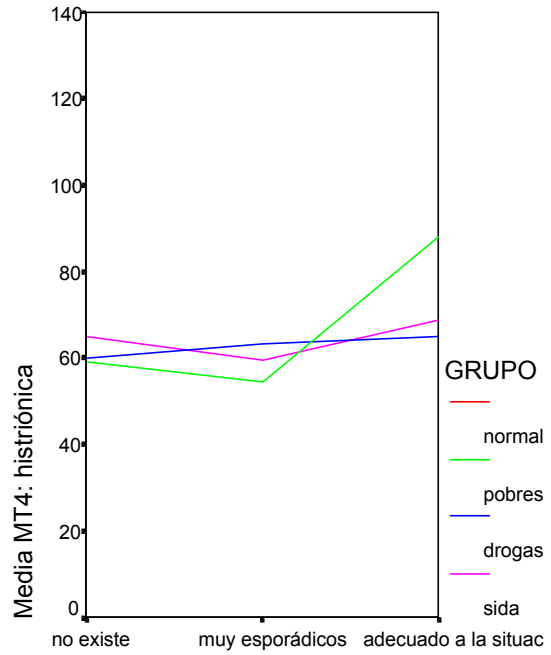
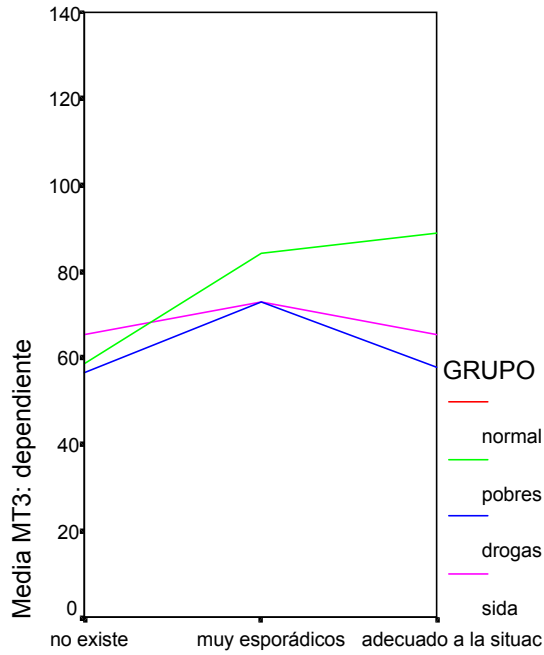
Relación de gráficos de aquellas variables que no han resultado indicativas de una relación con la variables grupo.

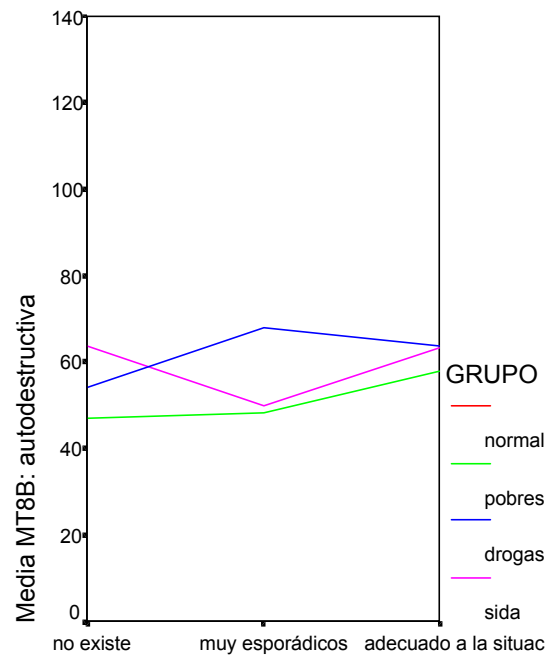
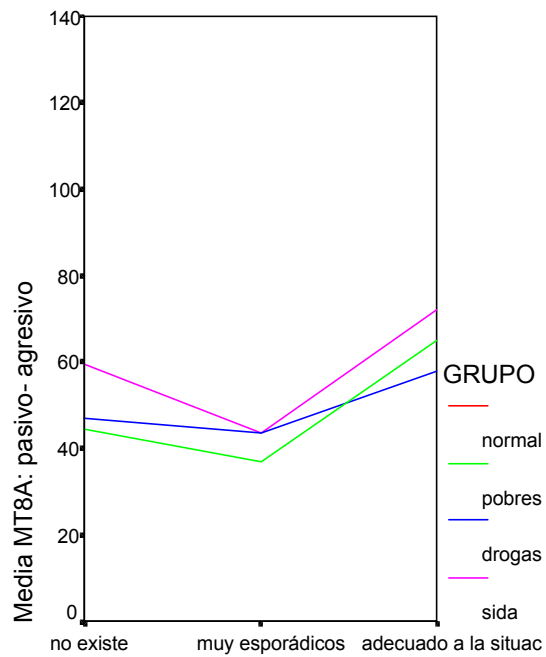
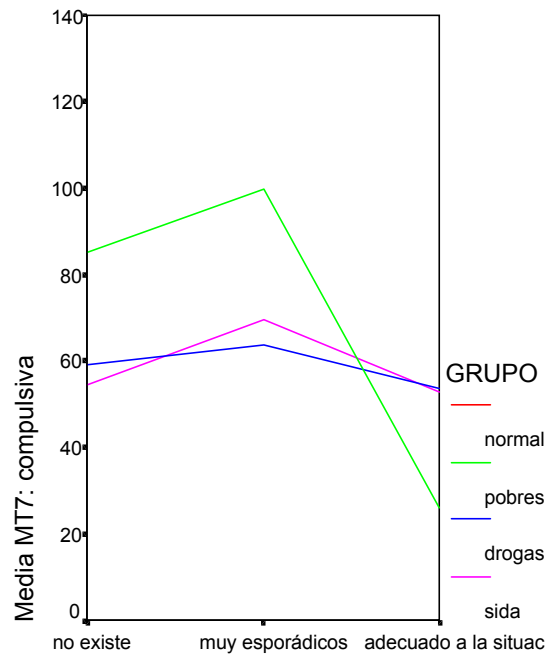
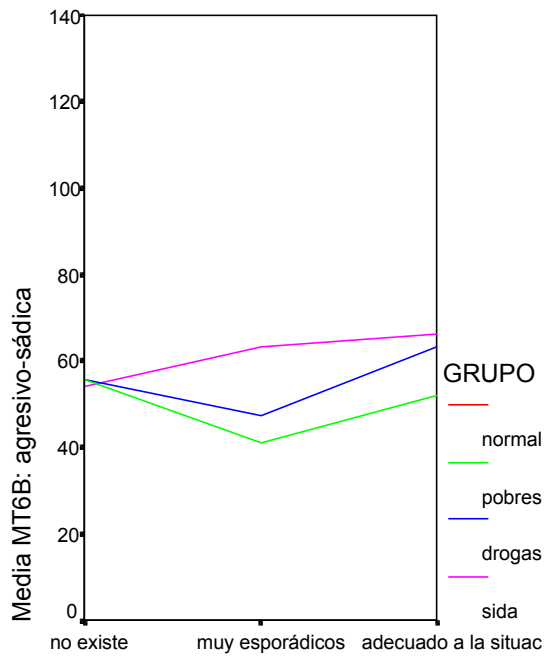
HIPÓTESIS 1.3

Contacto familiar

Gráfico 1: Contactos familiares en MCMI-II (escalas básicas).







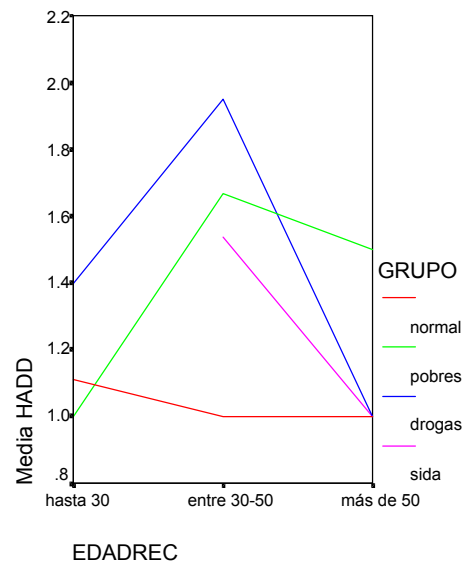
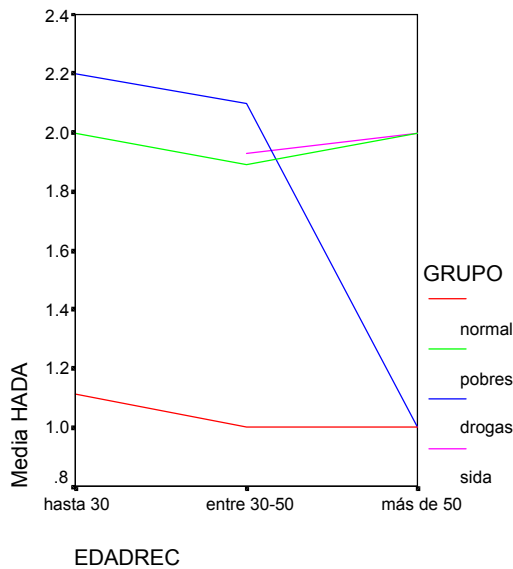
HIPÓTESIS 2.2

Fecha de nacimiento (Edadrec).

Gráfico 2: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Edad.

Índice General de Ansiedad: HADA

Índice general de Depresión: HADD



Tiempo de estancia en centro (Tiemcent).

Gráfico 3 Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Tiempo en centro.

Índice General de Ansiedad: HADA

Índice general de Depresión: HADD

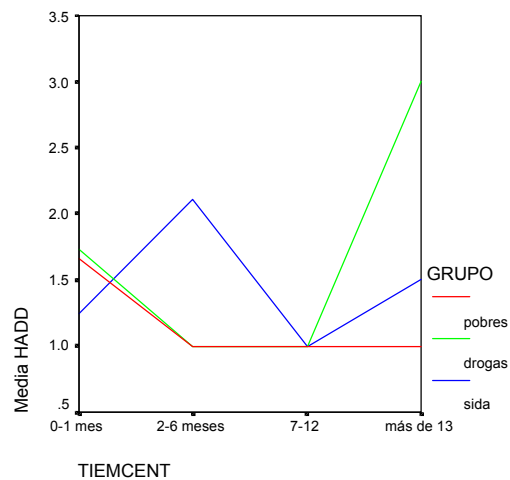
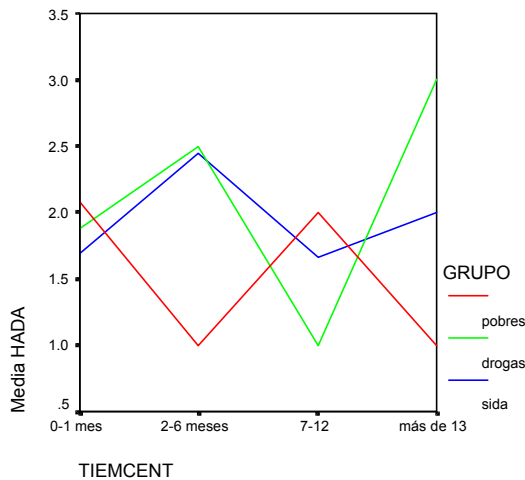


Grafico 4: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo en centro.
en Tiempo en centro.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

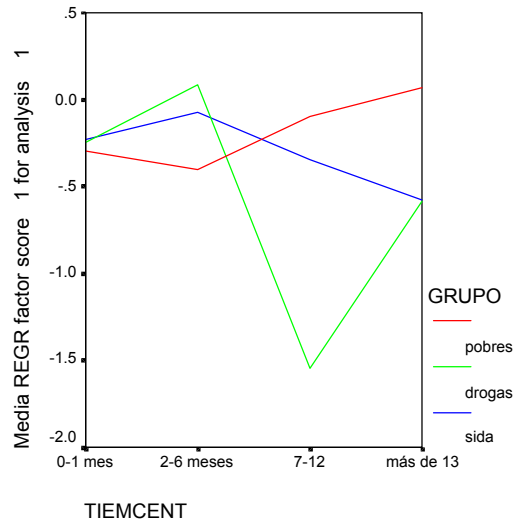
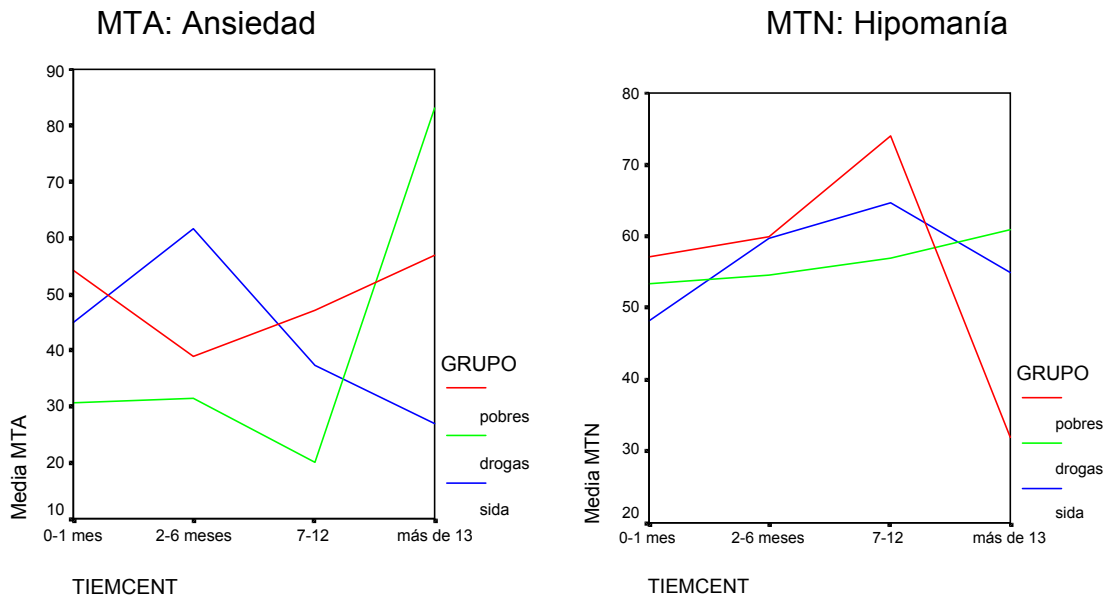
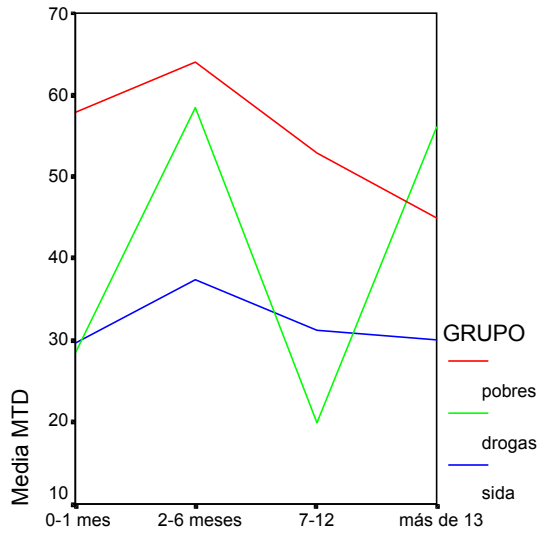


Gráfico 5: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Tiempo en centro.

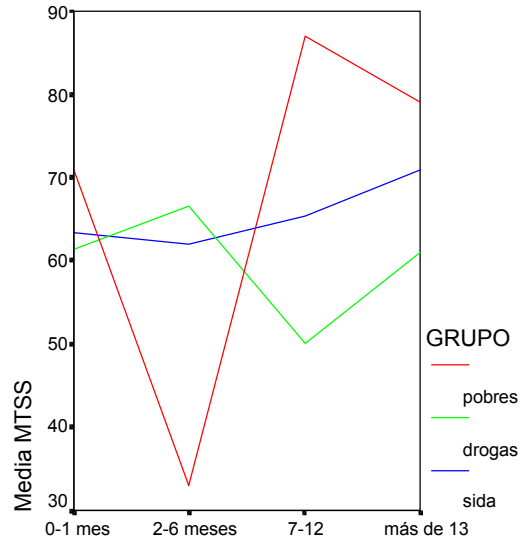


MTD: Distimia



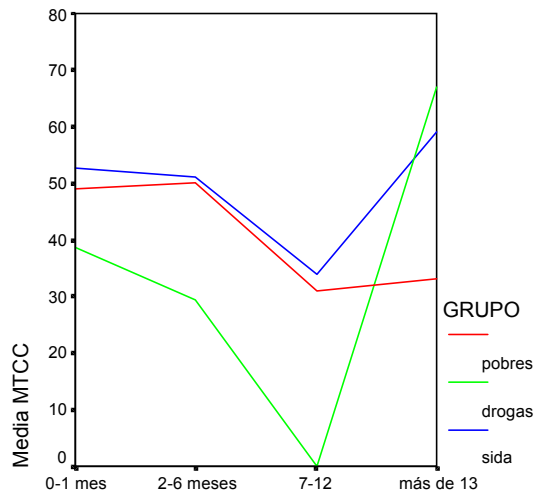
TIEMCENT

MTSS: Pensamiento psicótico



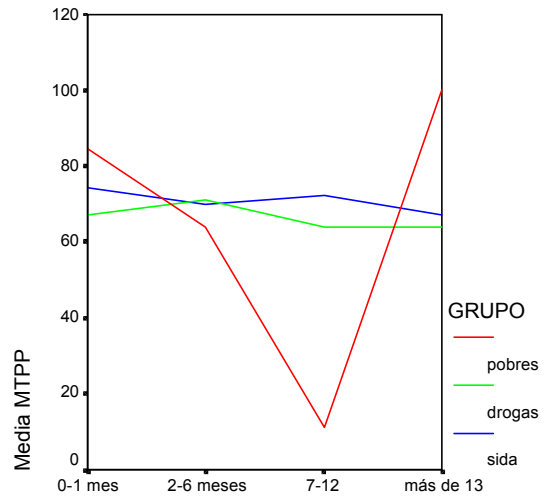
TIEMCENT

MTCC: Depresión mayor



TIEMCENT

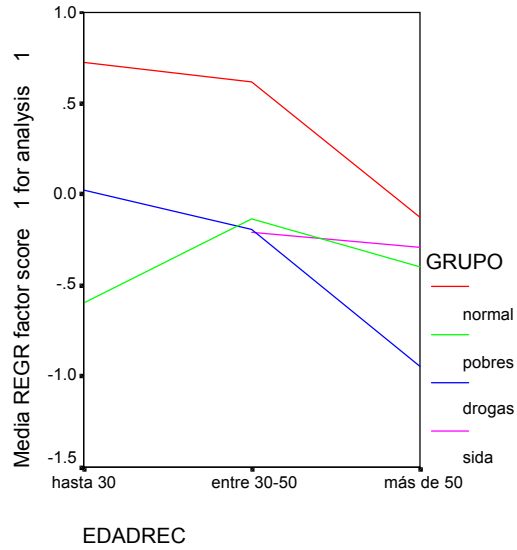
MTPP: Trastorno delirante



TIEMCENT

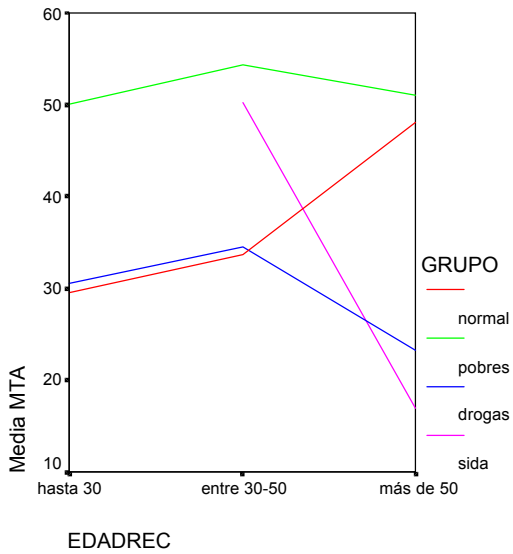
Gráfico 5: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Edad.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

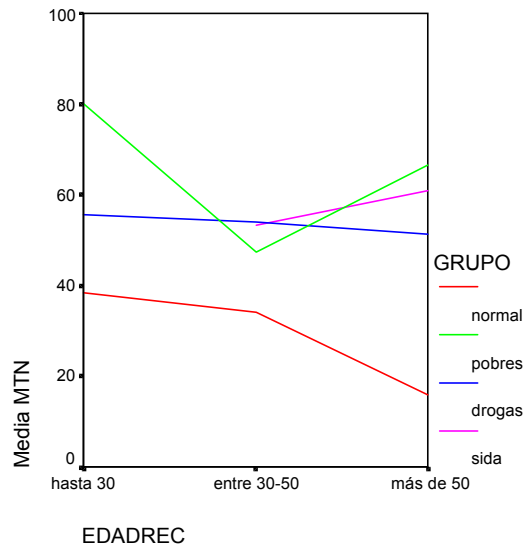


Gráficos 7: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Edad.

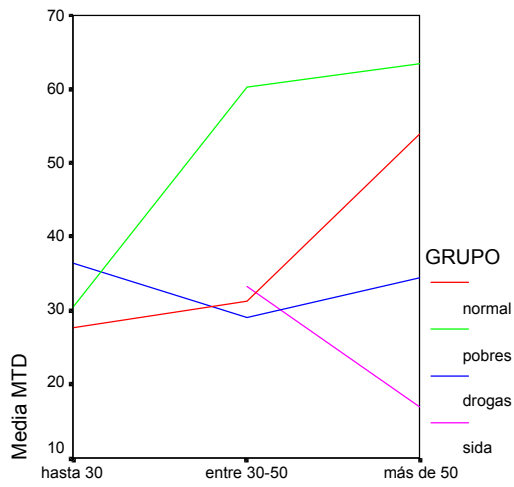
MTA: Ansiedad



MTN: Hipomanía

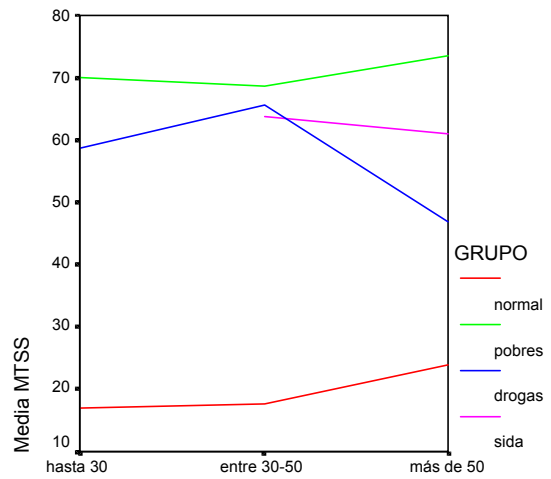


MTD: Distimia



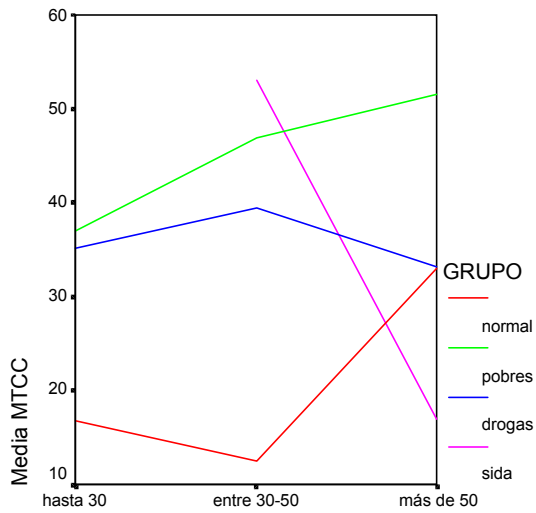
EDADREC

MTSS: Pensamiento psicótico



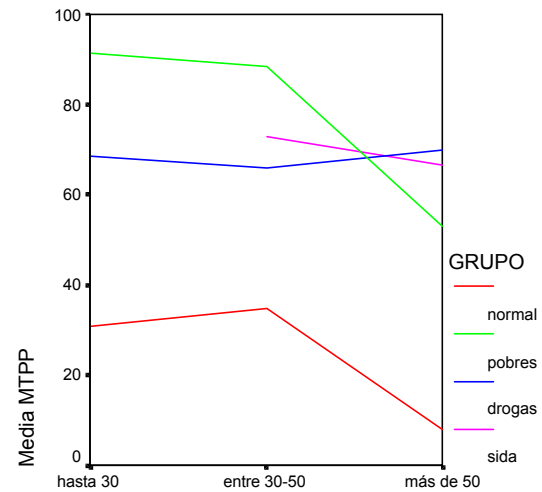
EDADREC

MTCC: Depresión mayor



EDADREC

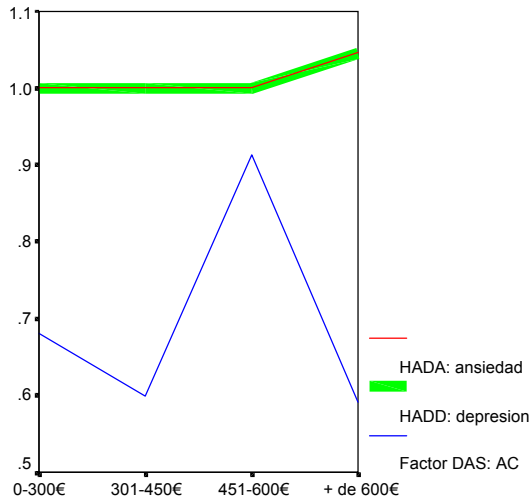
MTPP: Trastorno delirante



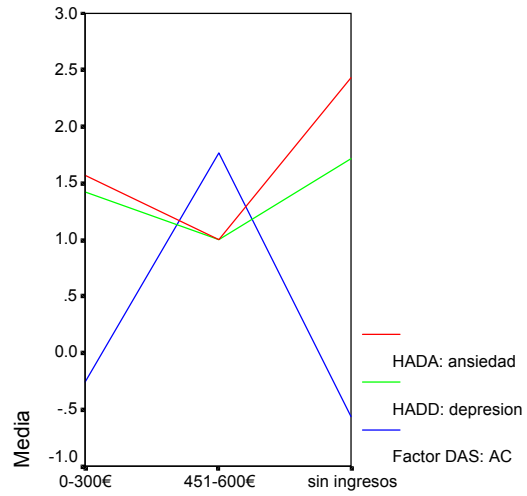
EDADREC

Cantidad de Ingresos económicos (Ingresos).

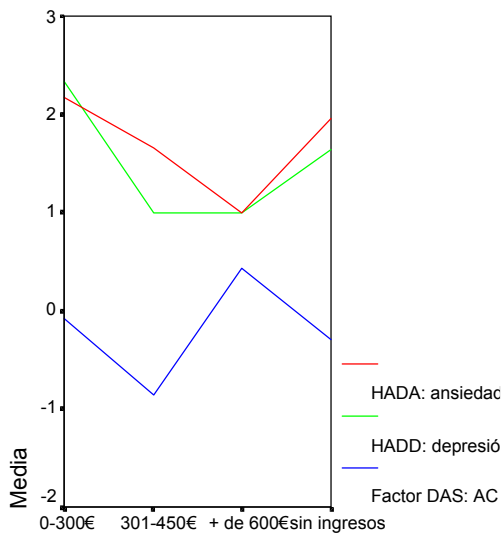
Gráfico 8: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Ingresos económicos.



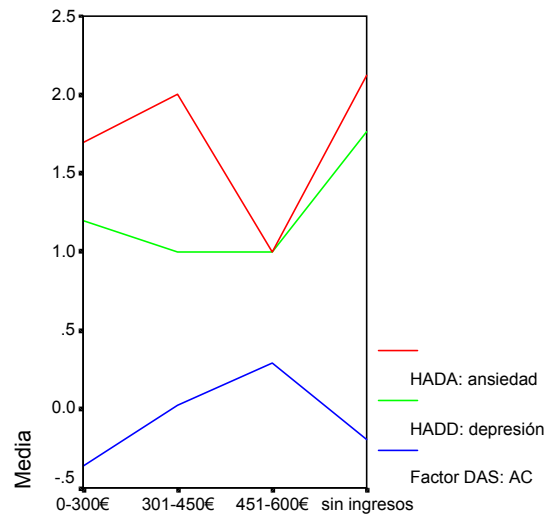
INGRESOS normal



INGRESOS: Pobreza

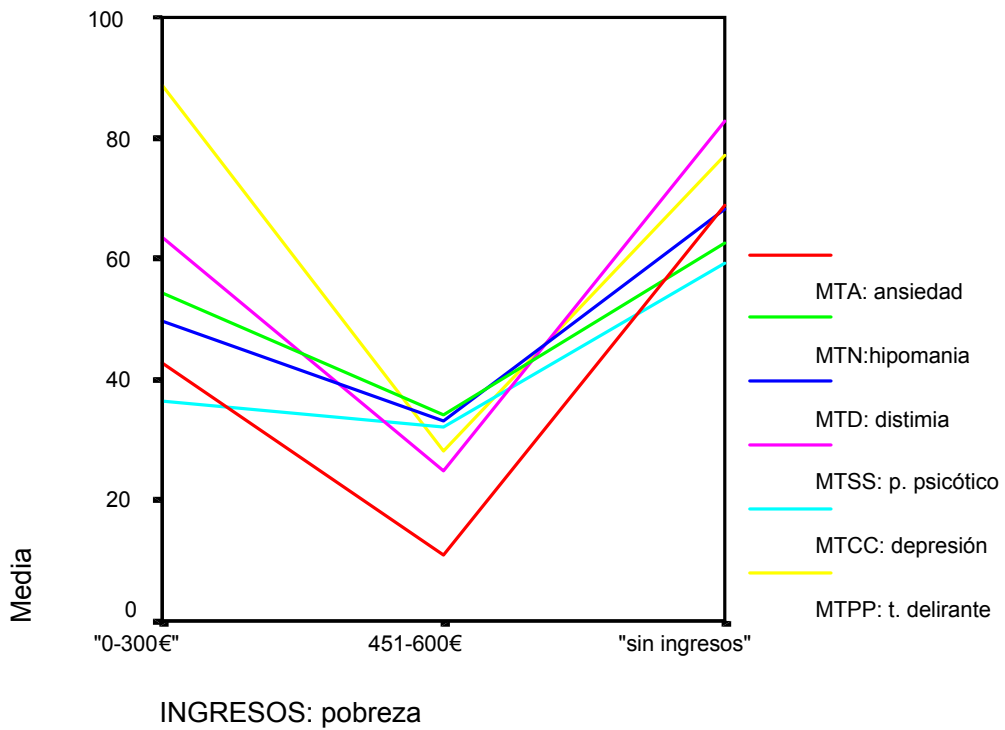
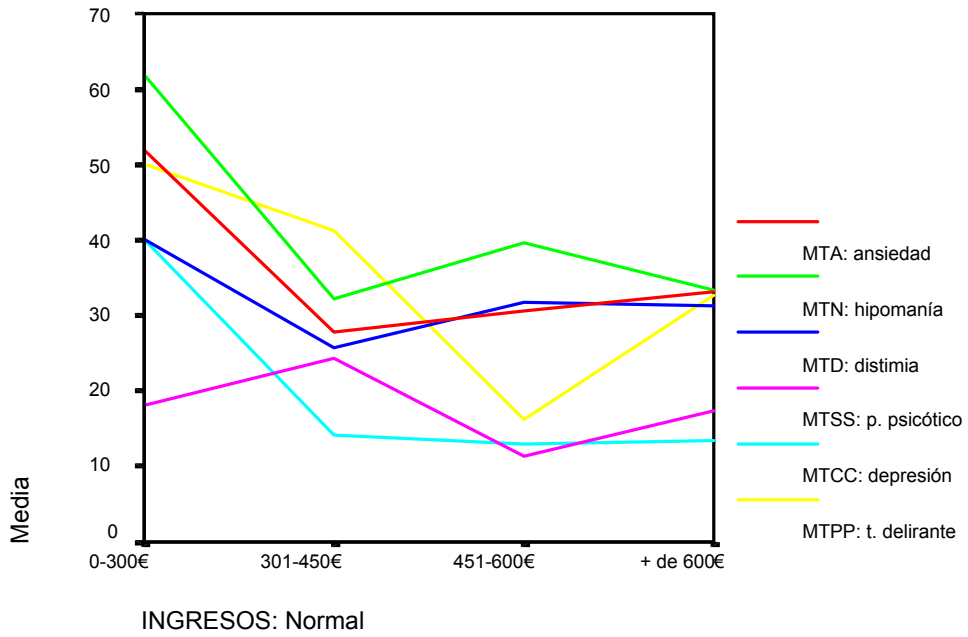


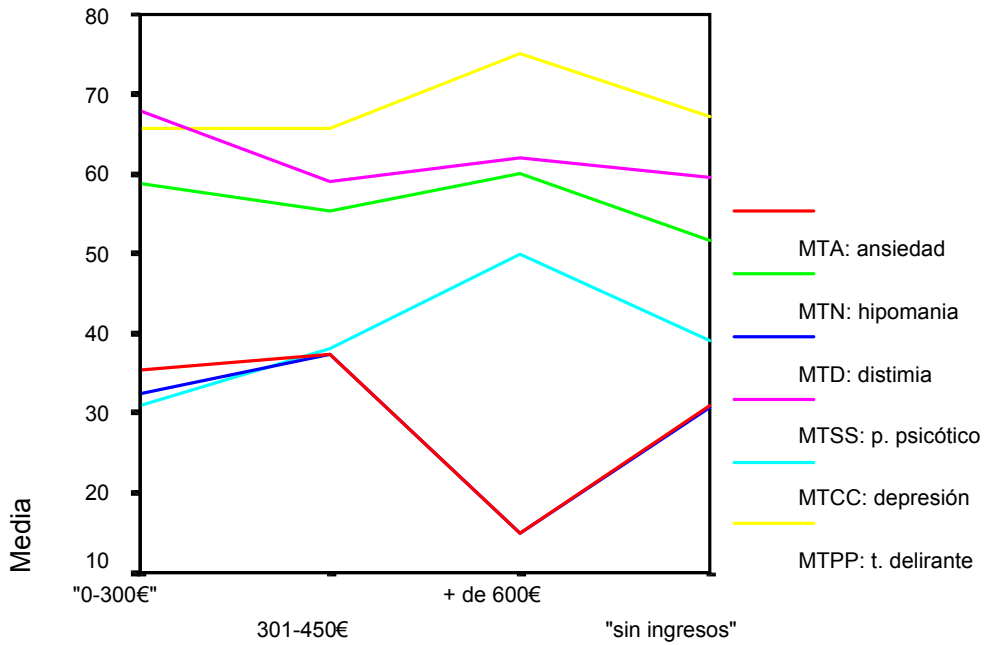
INGRESOS: drogadicción



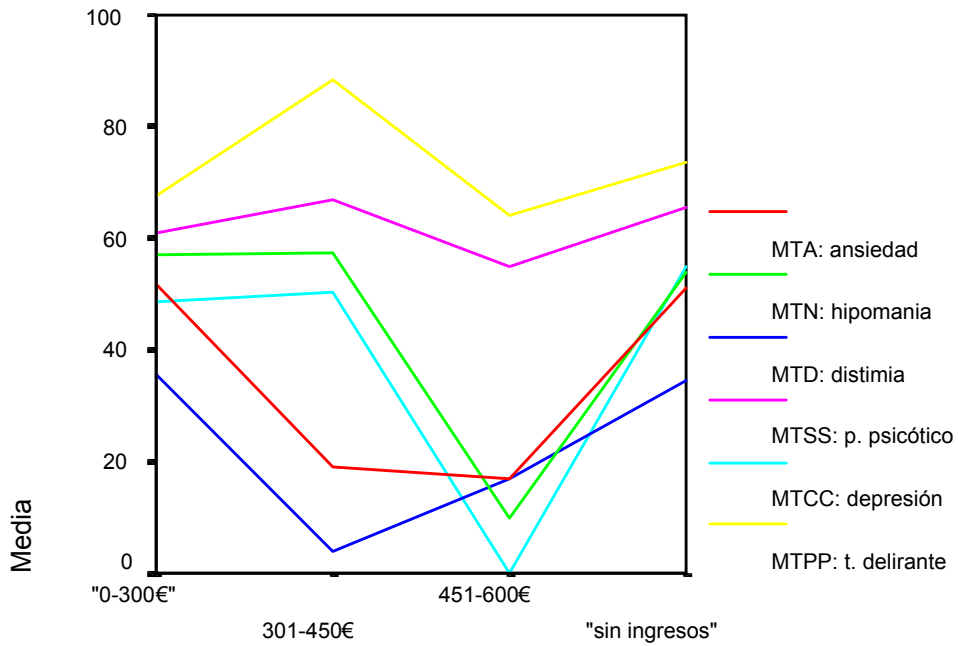
INGRESOS: SIDA

Gráficos 9: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Ingresos económicos.





INGRESOS: Drogadicción



INGRESOS: SIDA

Contactos familiares (Familia)

Gráfico 10: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Familia.

Índice General de Ansiedad: HADA

Índice general de Depresión: HADD

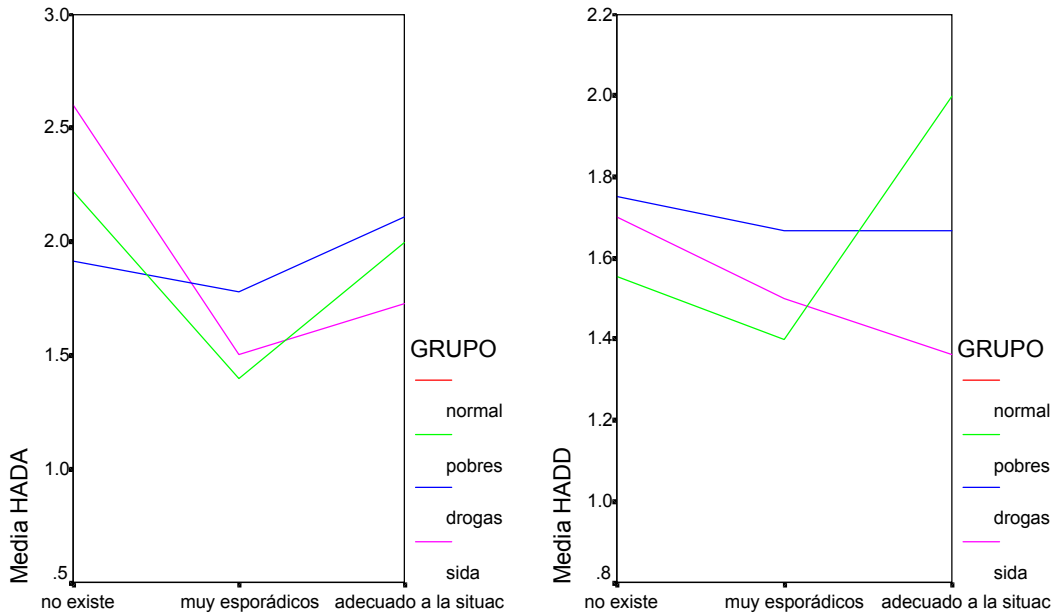


Gráfico 11: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Contactos familiares.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

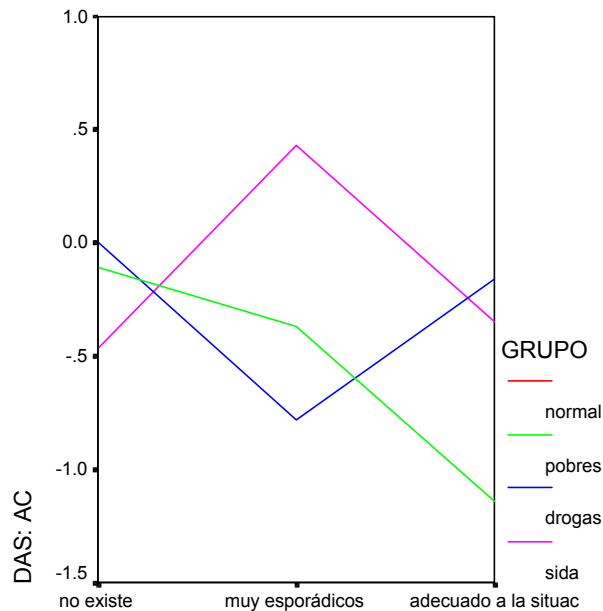
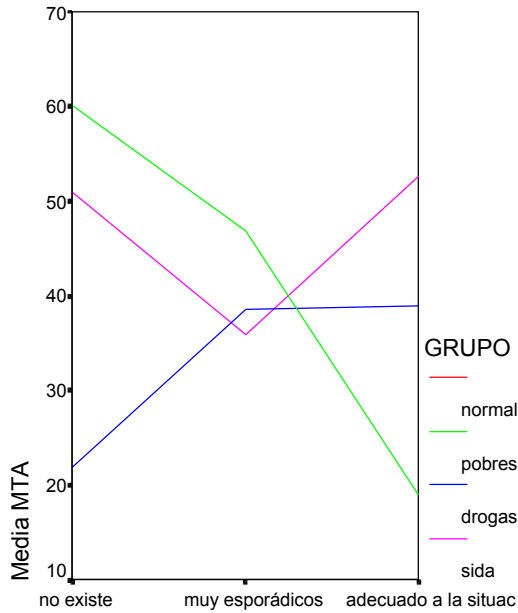
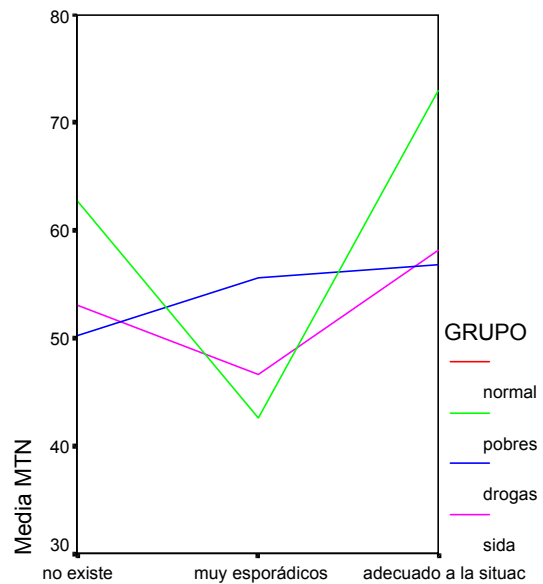


Gráfico 12: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Fuente de Ingresos económicos.

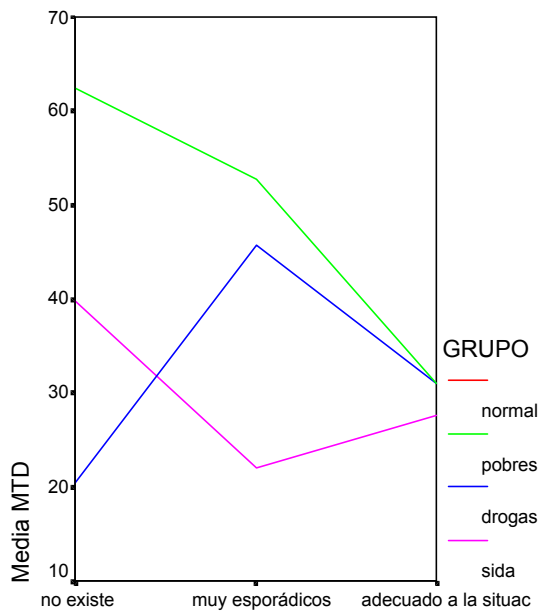
MTA: Ansiedad



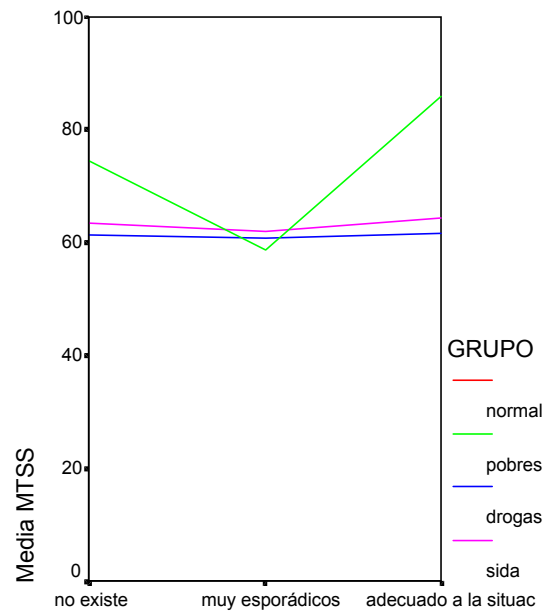
MTN: Hipomanía



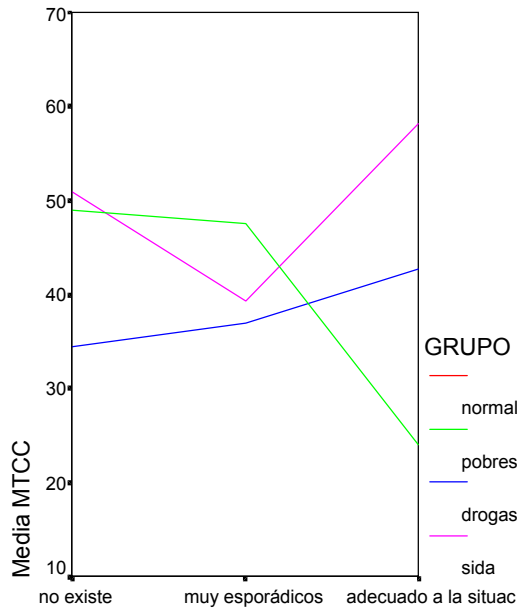
MTD: Distimia



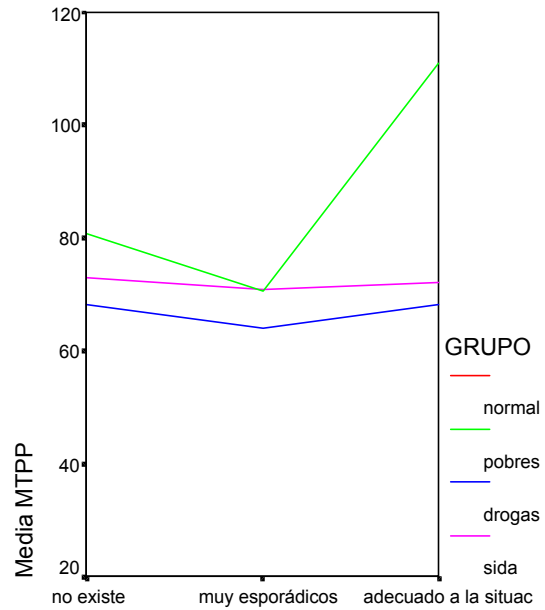
MTSS: Pensamiento psicótico



MTCC: Depresión mayor

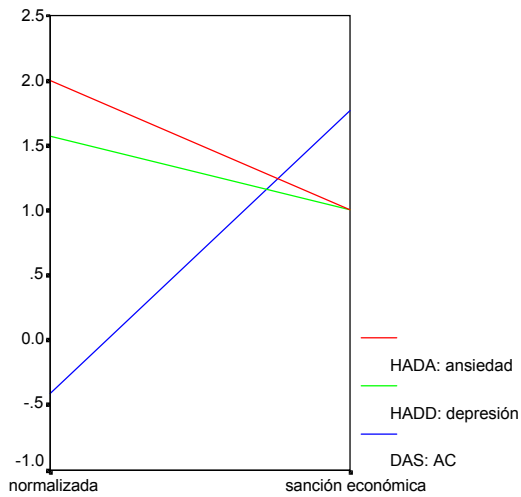


MTPP: Trastorno delirante

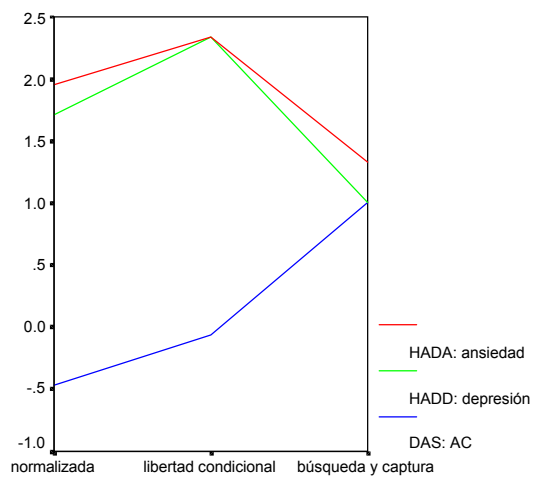


Situación actual judicial (Jjudiciah)

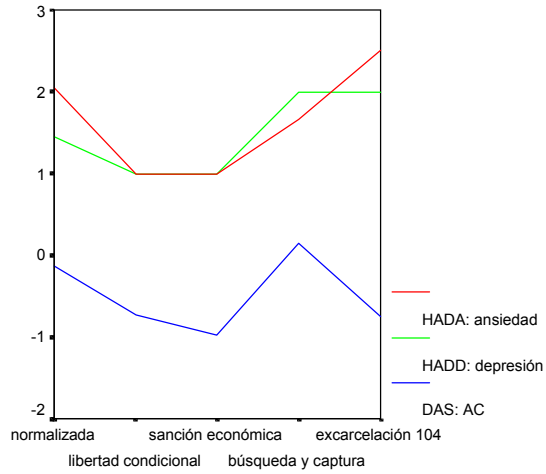
Gráfico 13: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Situación actual judicial.



Pobreza

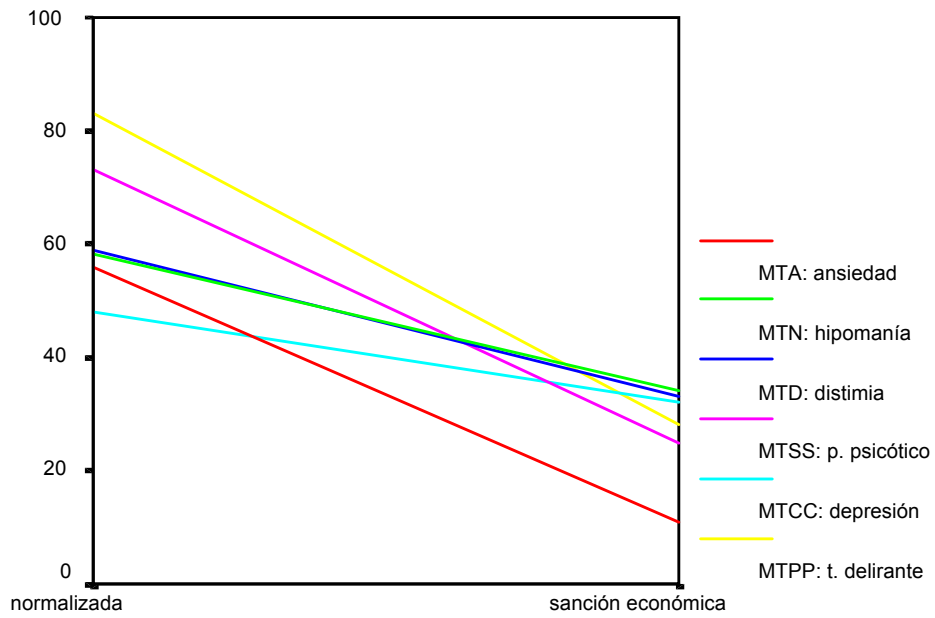


Drogadicción

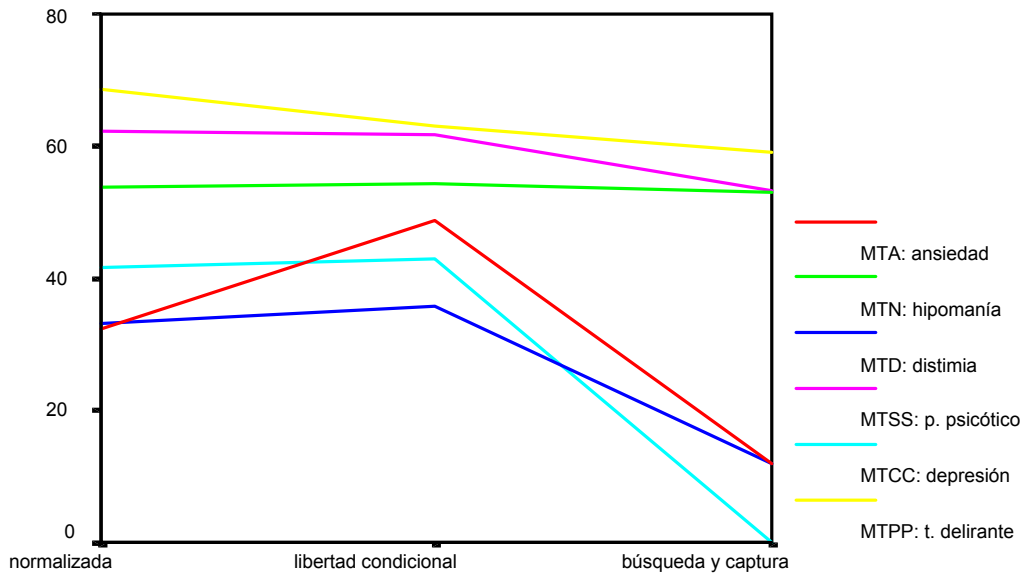


SIDA

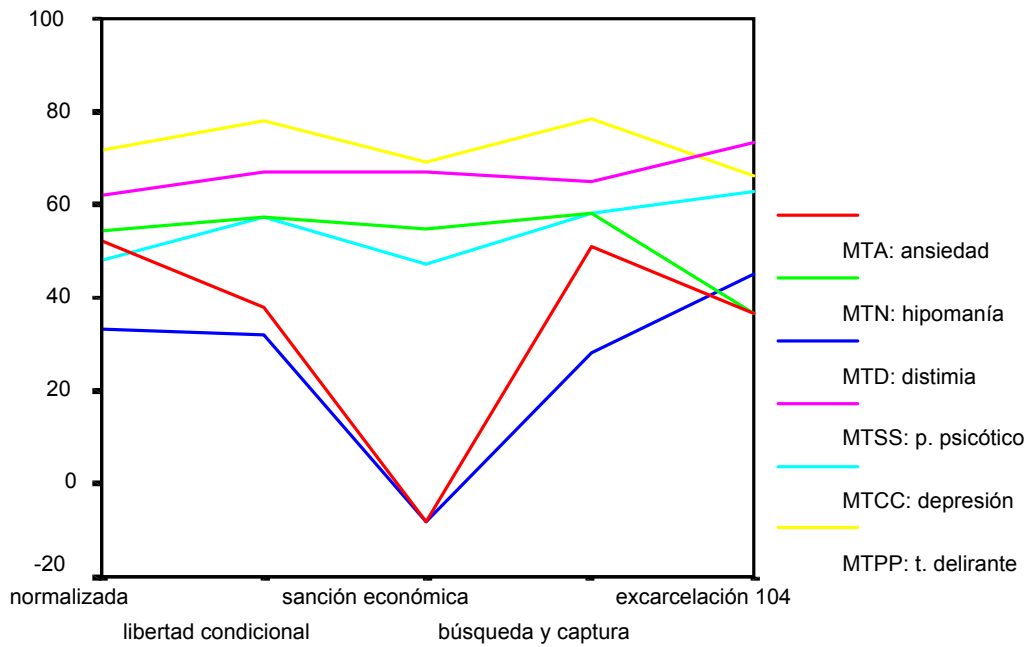
Gráfico 14: Subescalas del Inventario Multiaxial Clínico de Millon en Situación judicial actual.



Pobreza



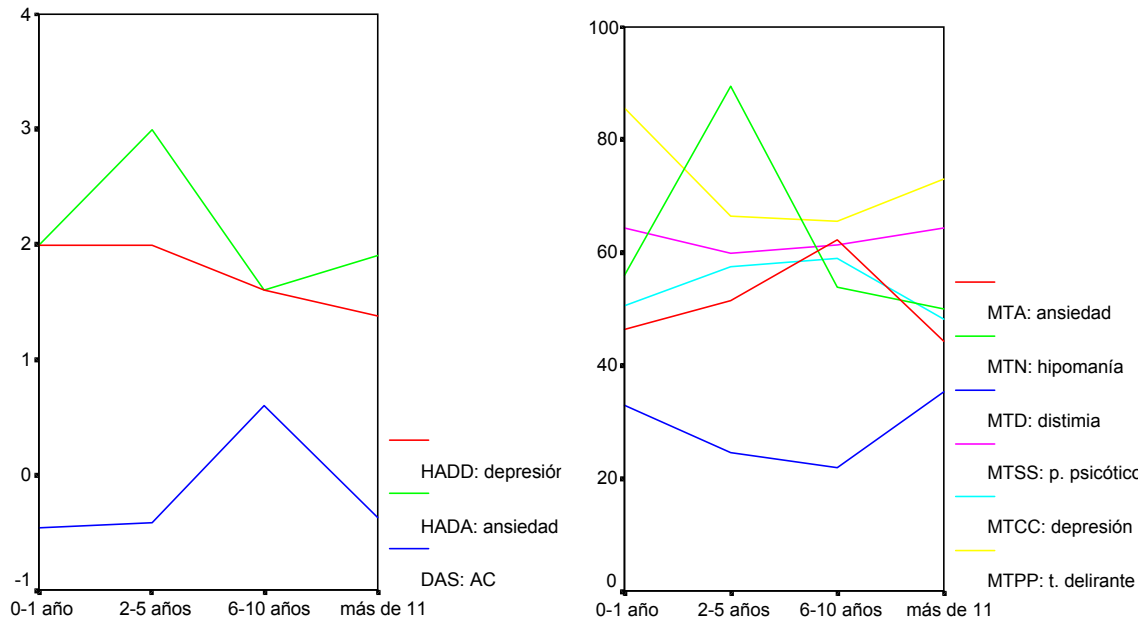
Drogadicción



SIDA

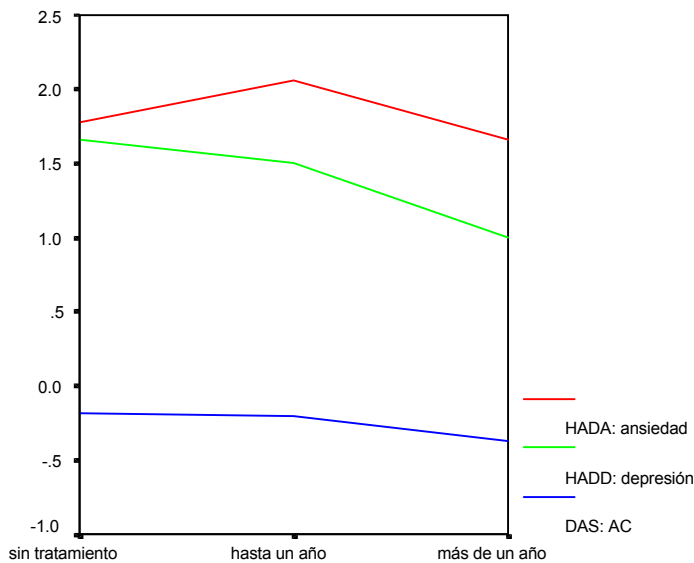
Tiempo de infección (Tiemsida)

Gráfico 15: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo SIDA.

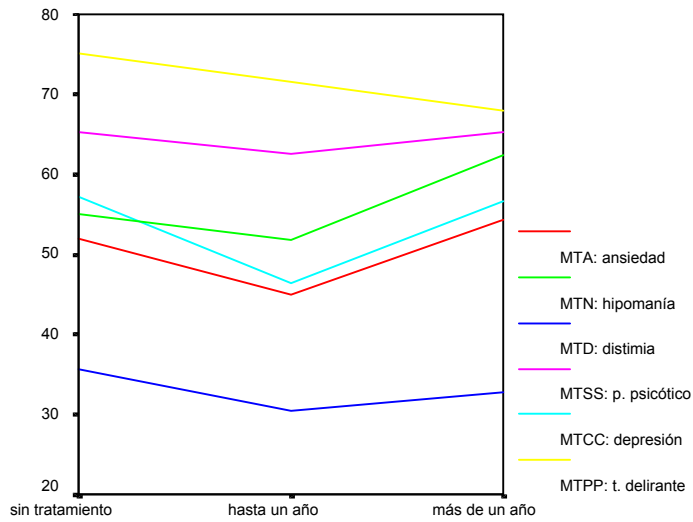


Tiempo de tratamiento antirretroviral (Ttar).

Gráfico 16: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo de tratamiento antirretroviral.

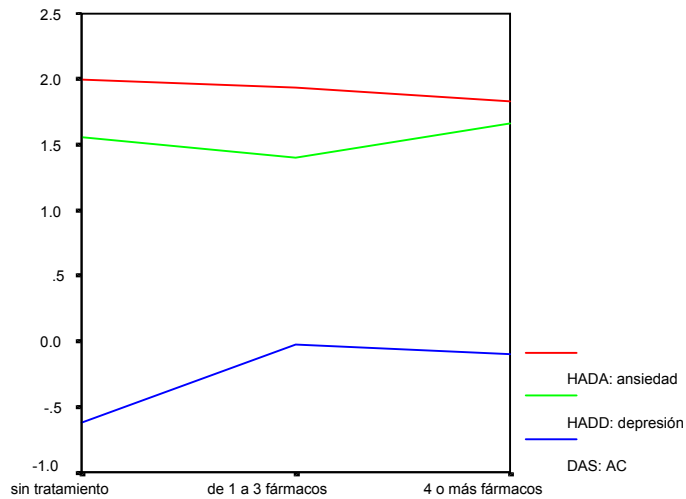


Gráficos 17: Subescalas del MCMI-II en Tiempo de tratamiento antirretroviral

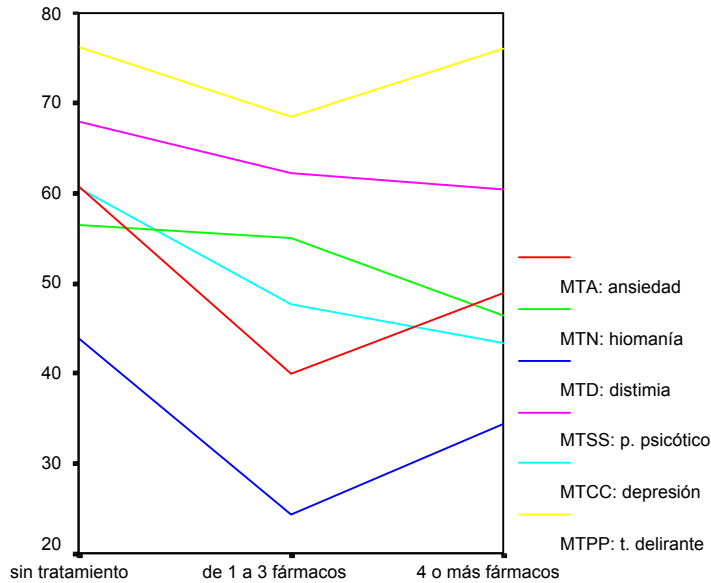


Número de fármacos (Ntar).

Gráfico 18: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Número de fármacos antirretrovirales recibidos.



Gráficos 19: Subescalas del Inventario MCMI-II en Número de fármacos antirretrovirales.

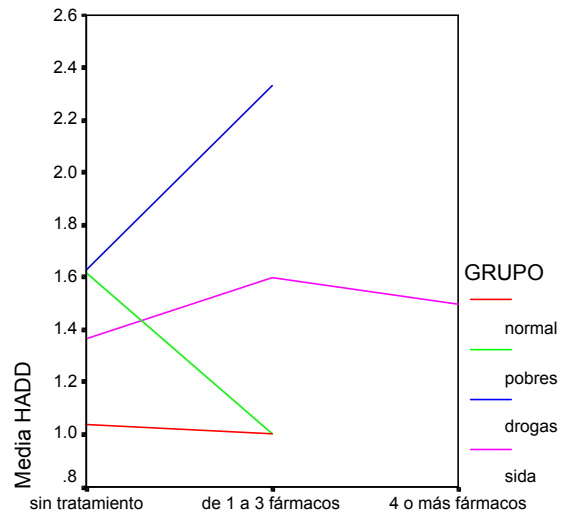
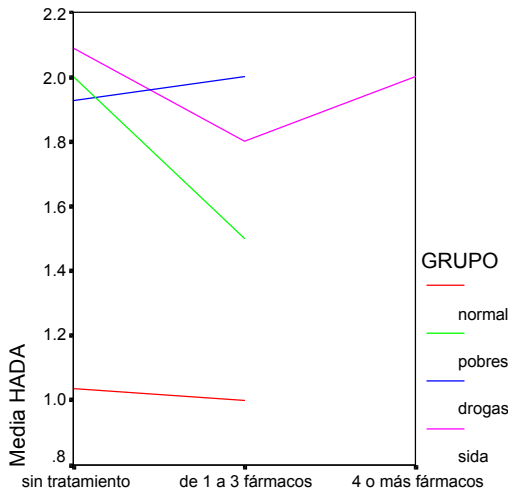


Número otros fármacos (Notrotto).

Gráfico 20: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Número de otros fármacos

Índice General de Ansiedad: HADA
HADD

Índice general de Depresión:



NOTTTORE

NOTTTORE

Grafico 21: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Número de otros fármacos.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

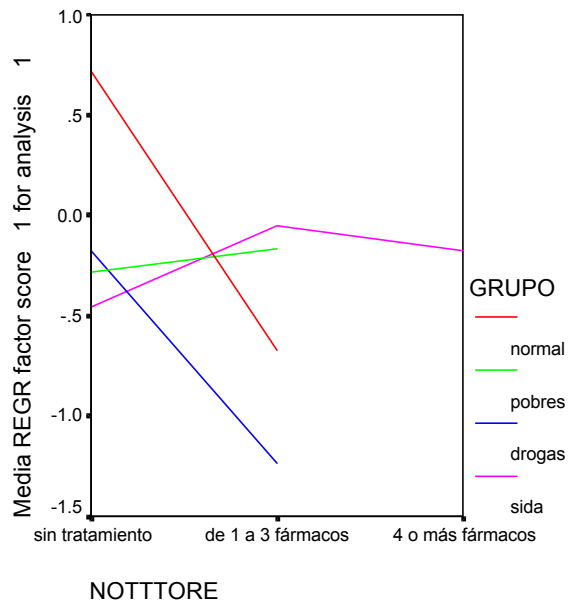
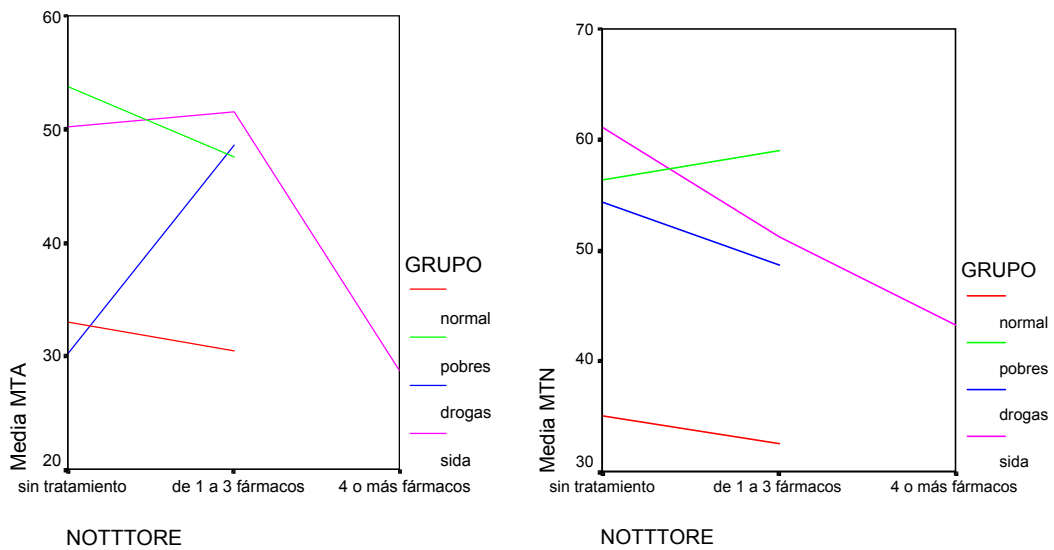
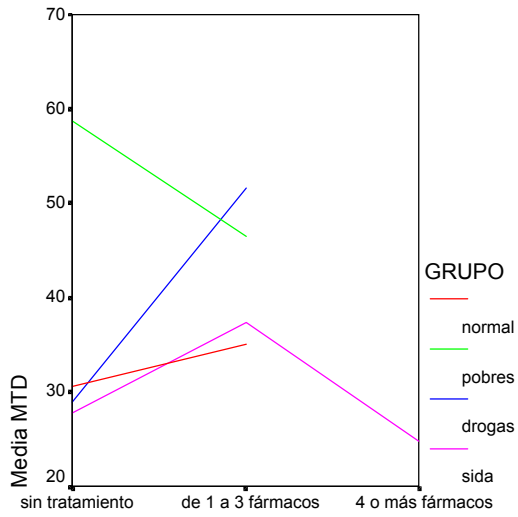


Gráfico 22: Subescalas del Inventario MCMII-II en Número de otros fármacos.
MTA: Ansiedad MTN: Hipomanía

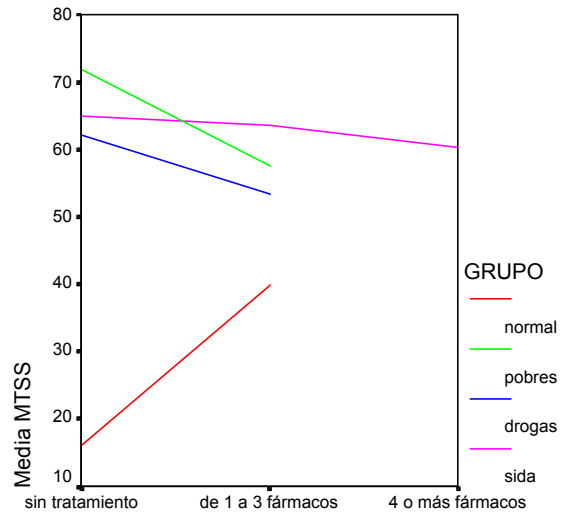


MTD: Distimia



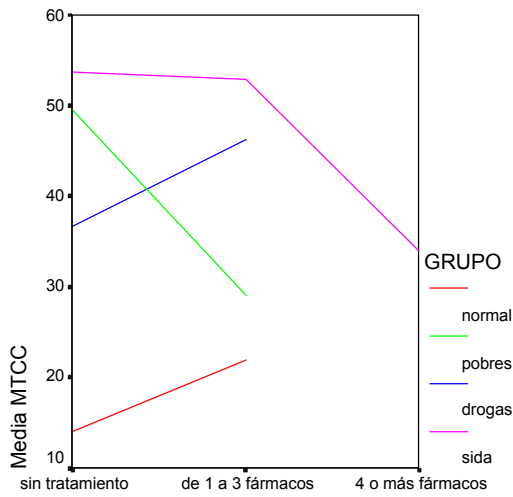
NOTTTTORE

MTSS: Pensamiento psicótico



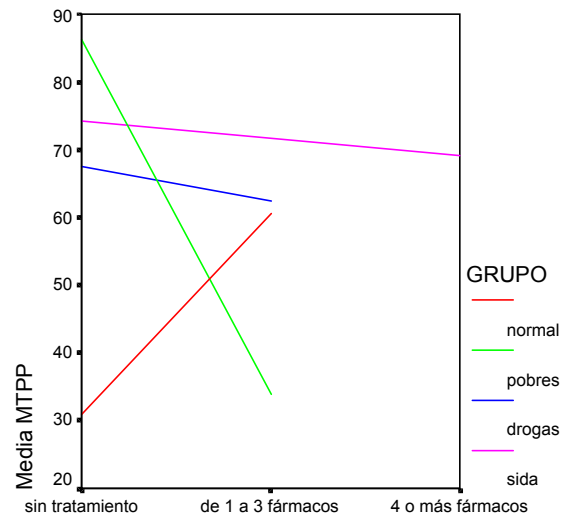
NOTTTTORE

MTCC: Depresión mayor



NOTTTTORE

MTPP: Trastorno delirante

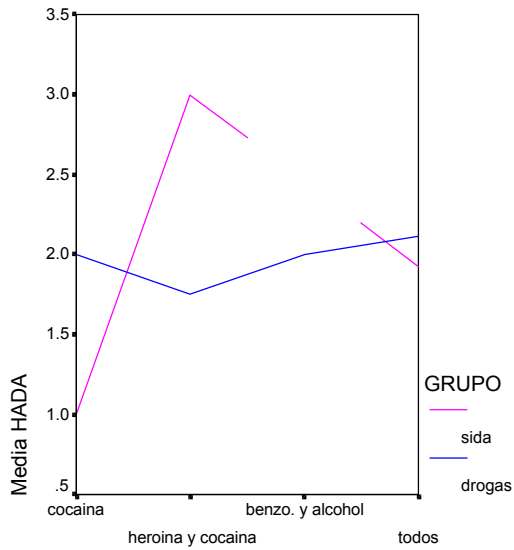


NOTTTTORE

Tipo de tóxico (Toxico).

Gráfico 23: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Tipo de tóxico.

Índice General de Ansiedad: HADA



Índice general de Depresión: HADD

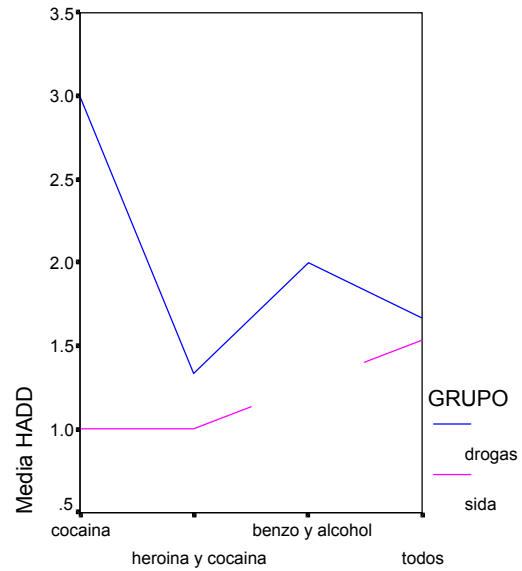


Gráfico 24: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tipo de tóxico.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

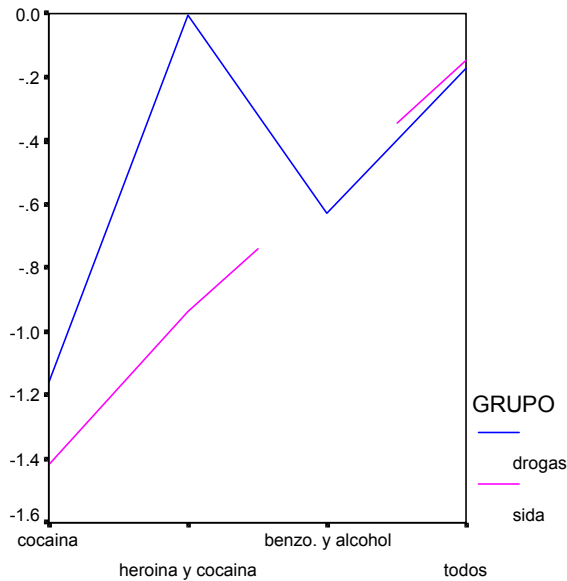
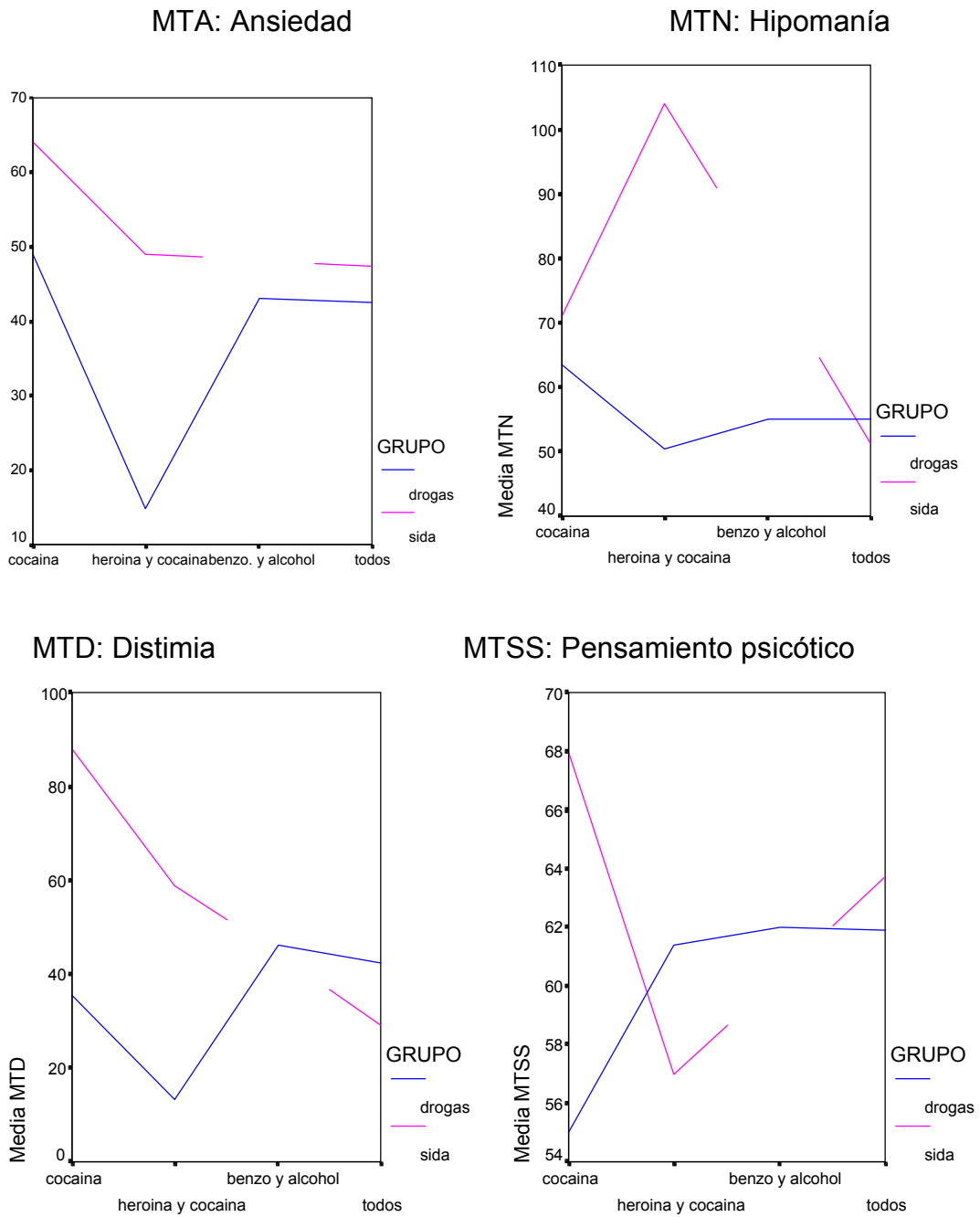
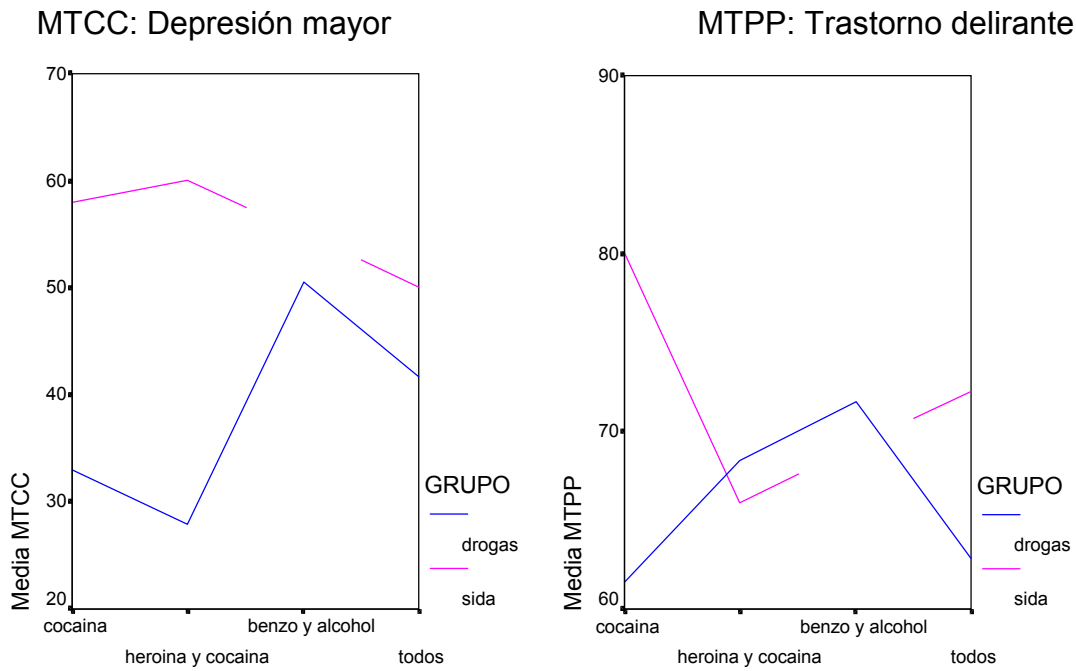


Gráfico 25: Subescalas del Inventario MCMI-II en Tipo de tóxico.





Vía de tóxico (Viatoxi).

Gráfico 26: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Vía de tóxico.

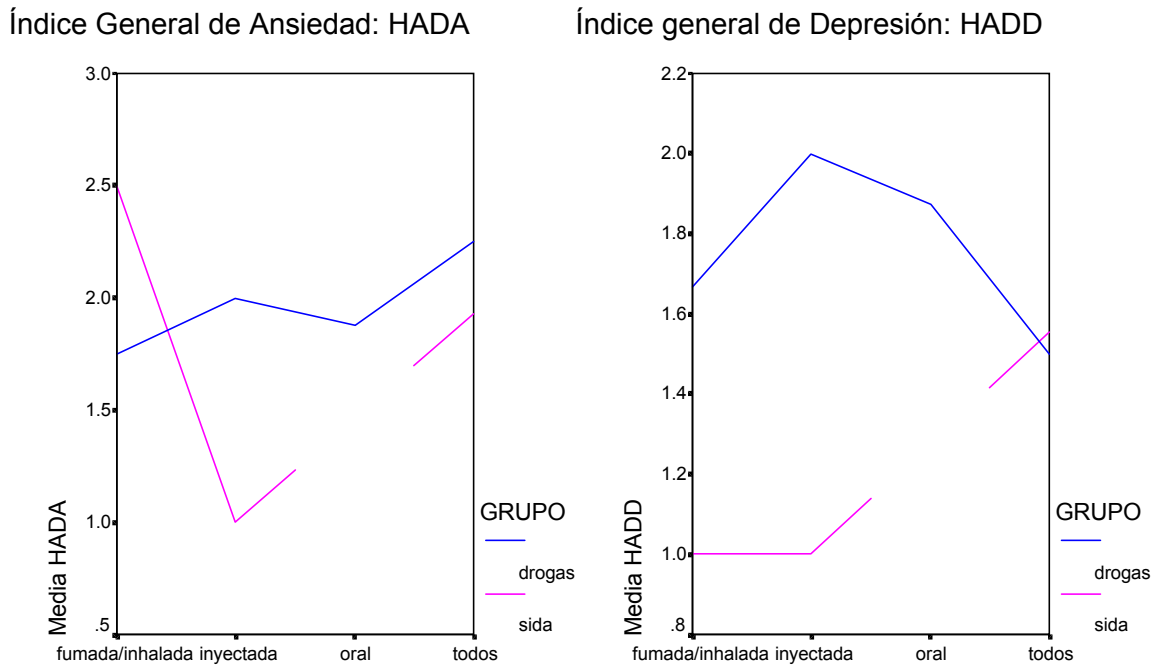


Gráfico 27: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Vía de tóxico.

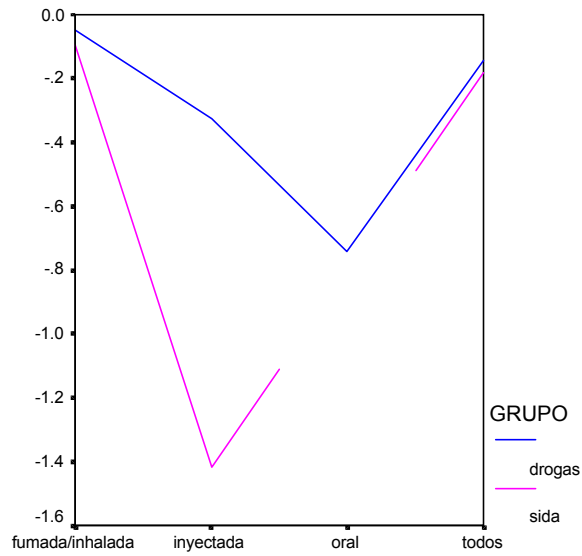
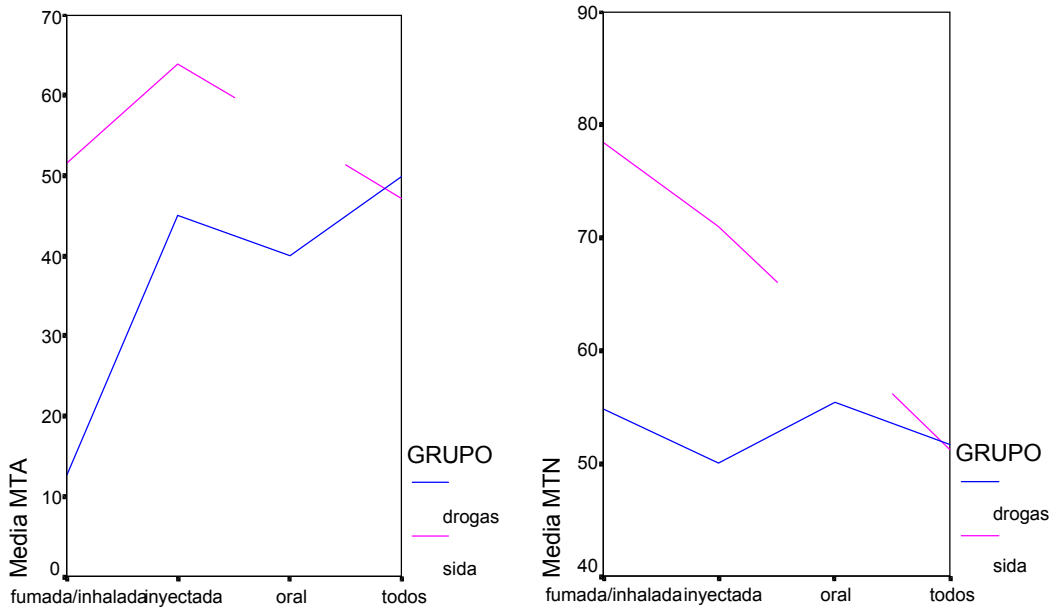
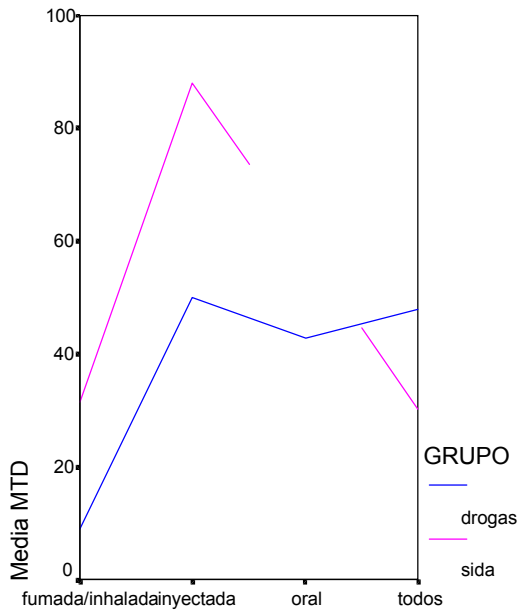


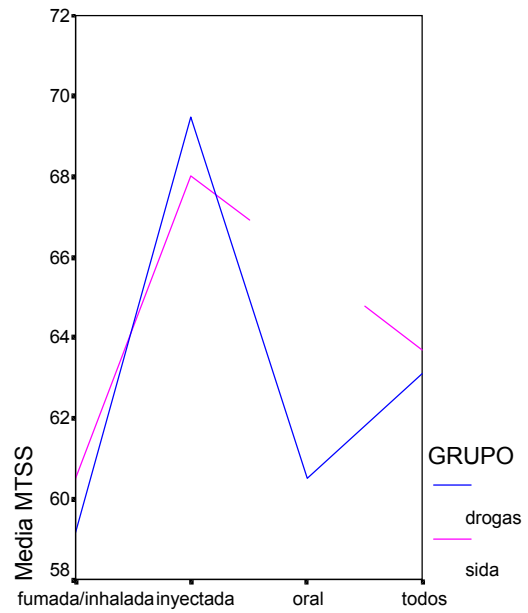
Gráfico 51: Subescalas del Inventario MCMII en Vía de tóxico.
MTA: Ansiedad MTN: Hipomanía



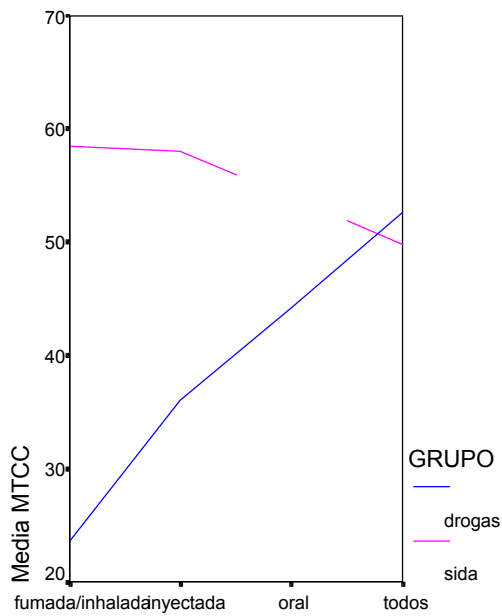
MTD: Distimia



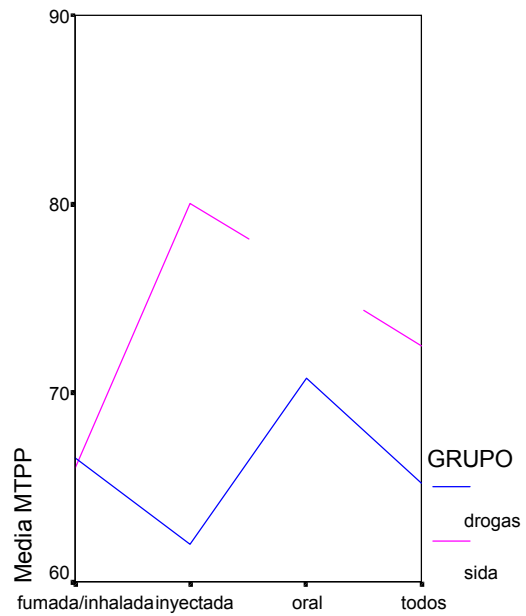
MTSS: Pensamiento psicótico



MTCC: Depresión mayor



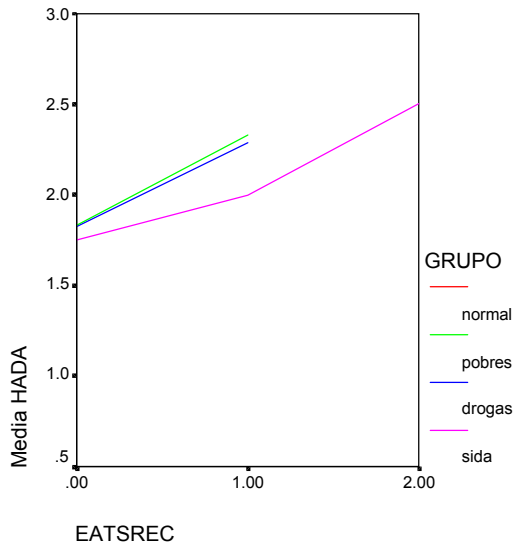
MTPP: Trastorno delirante



Número de Enfermedades mentales que padece(EATSREC).

Gráfico 28: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Número de Enfermedades mentales que padece.

Índice General de Ansiedad: HADA



Índice general de Depresión: HADD

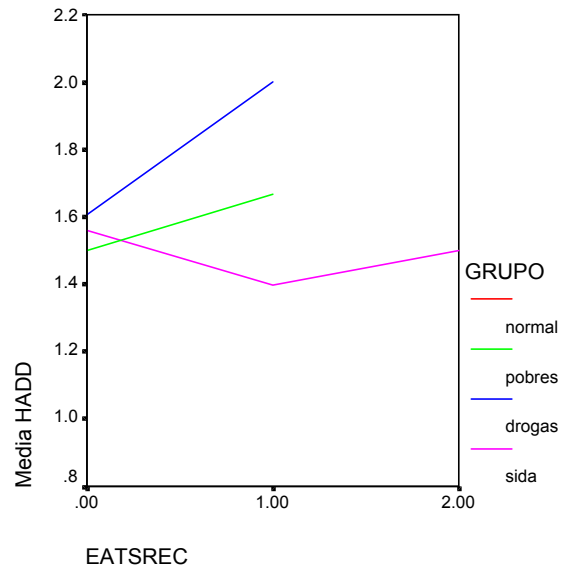


Gráfico 29: Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Número de Enfermedades mentales que padece.

Factor Actitudes disfuncionales: AC

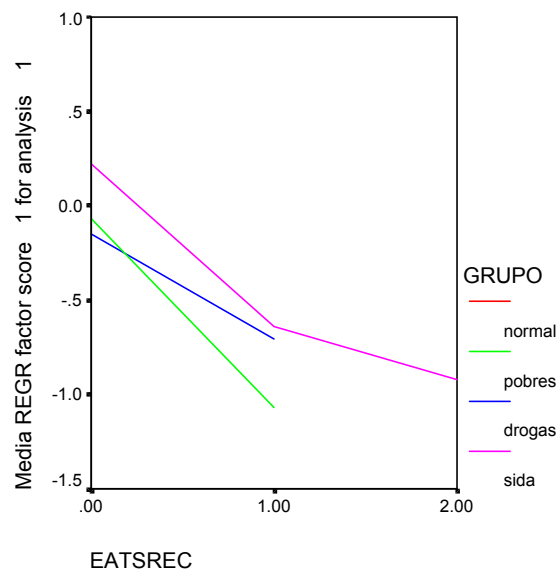
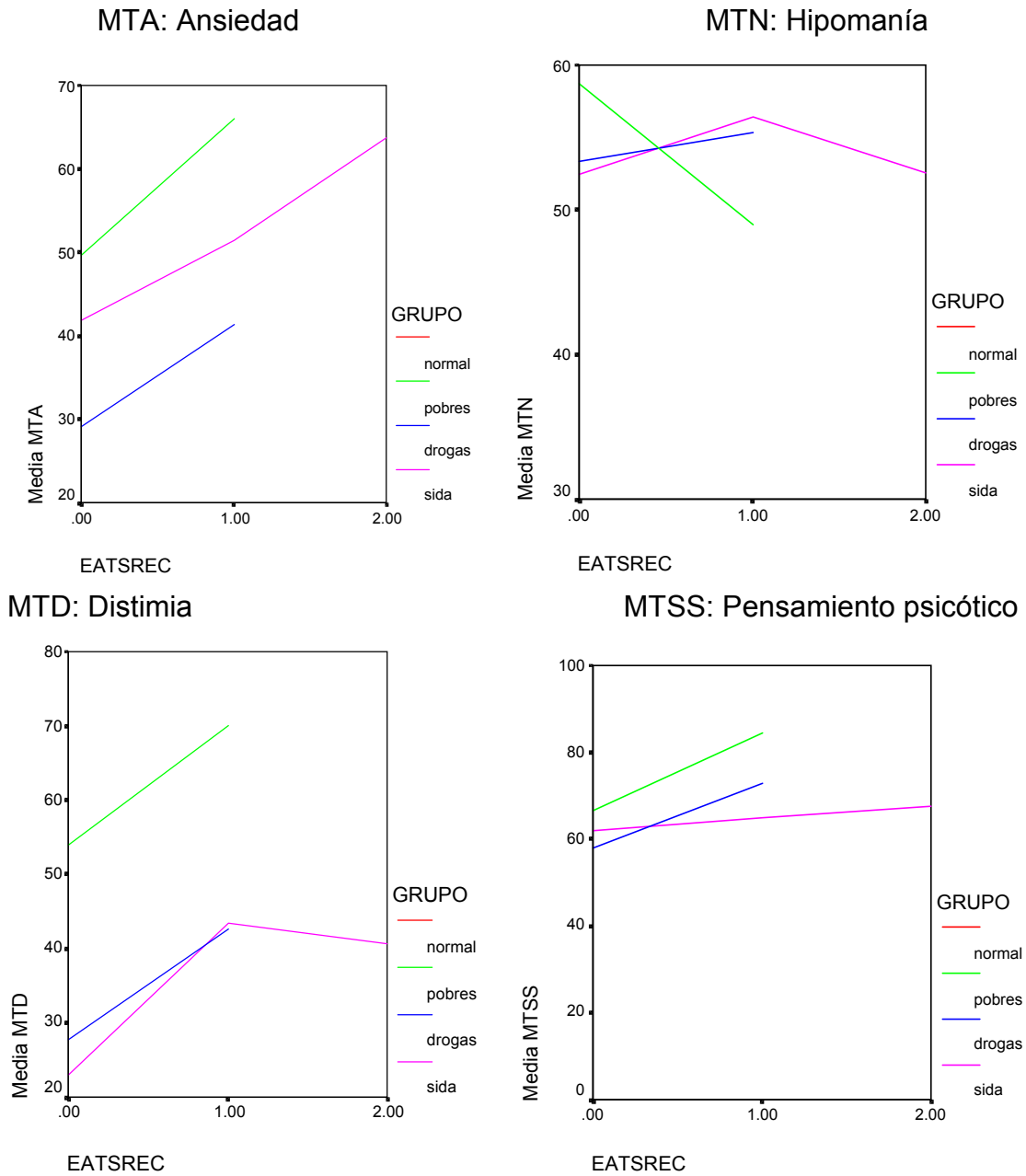
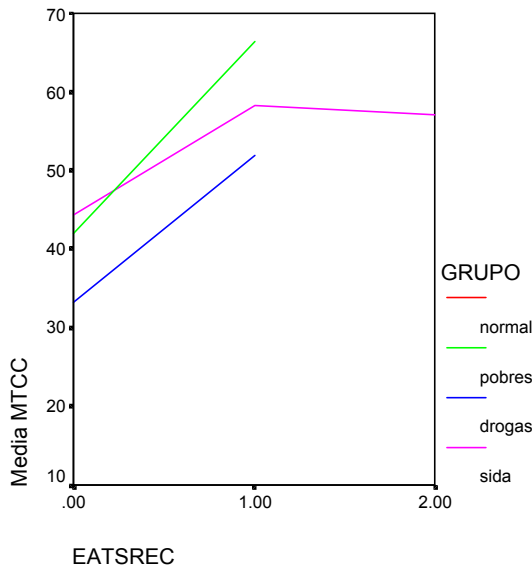


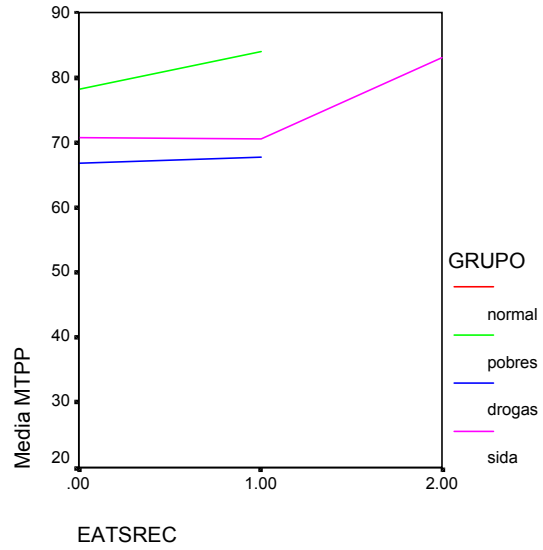
Gráfico 30: Subescalas del Inventario MCMI-II en Número de Enfermedades mentales que padece.



MTCC: Depresión mayor

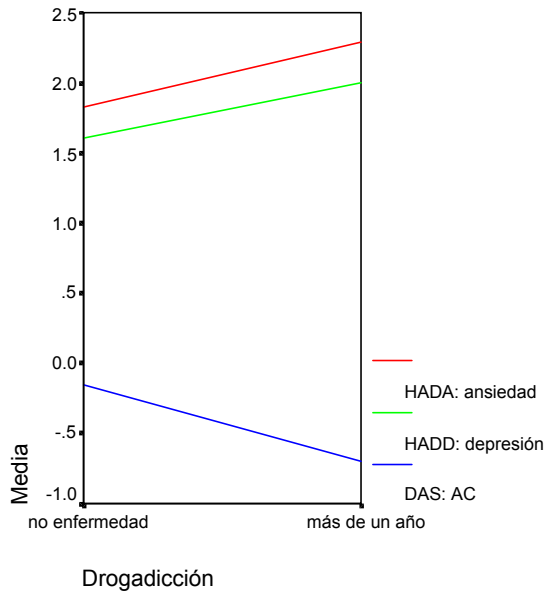
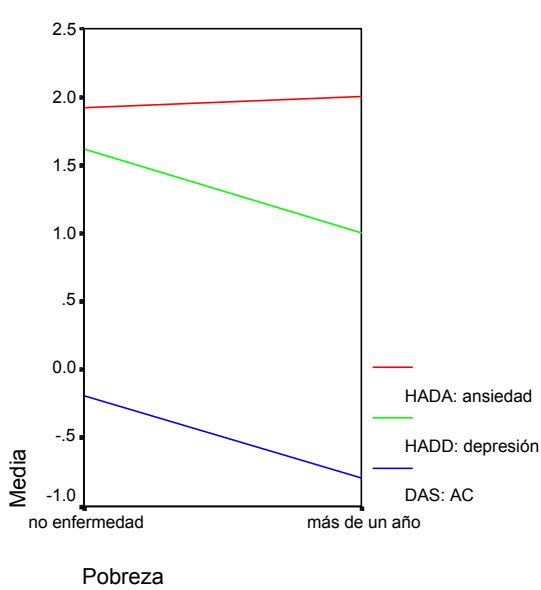


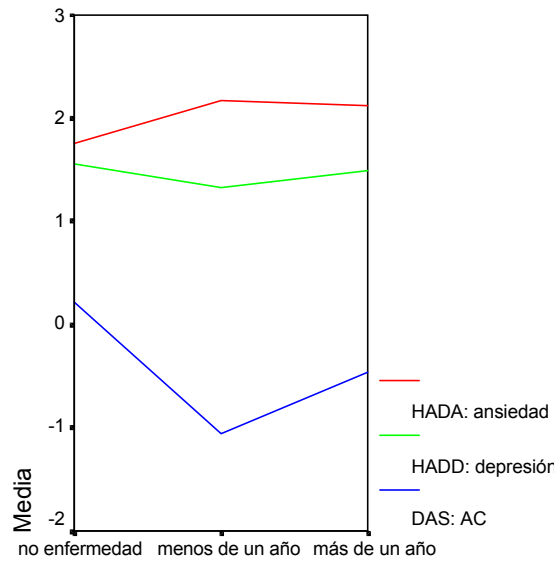
MTPP: Trastorno delirante



Tiempo de tratamiento actual Salud Mental (EATP)

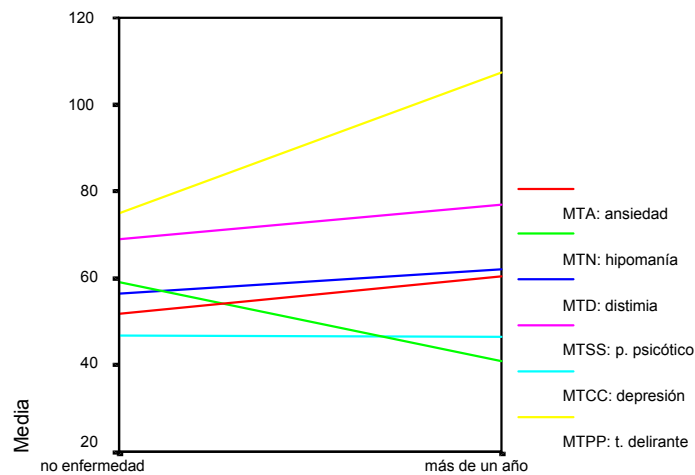
Gráfico 31: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en Tiempo de tratamiento actual Salud Mental.



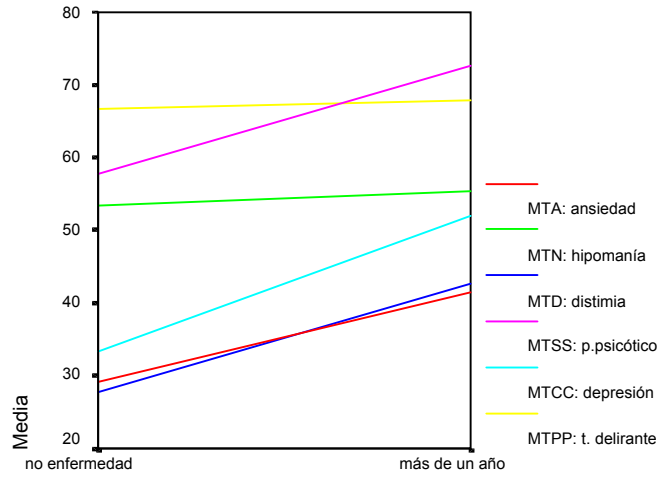


SIDA

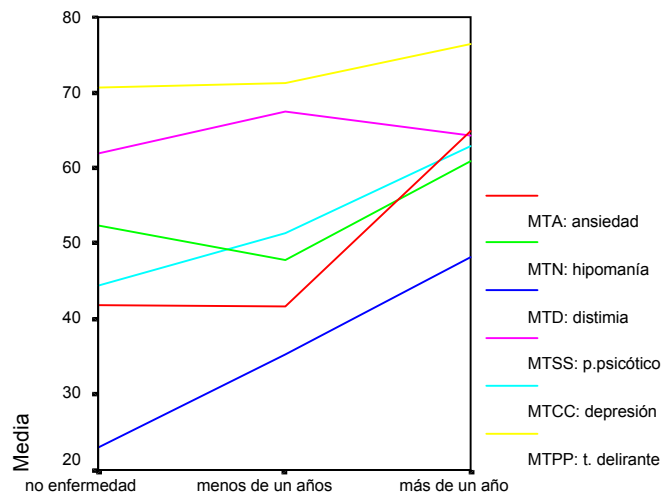
Gráfico 32: Subescalas del Inventario MCMII-II en Tmpo. tto. actual Salud Mental.



Pobreza



Drogadicción



SIDA

Nº de fármacos psiquiátrico que recibe (ETSMN)

Gráfico 33: Índices de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en Nº de fármacos psiquiátrico que recibe.

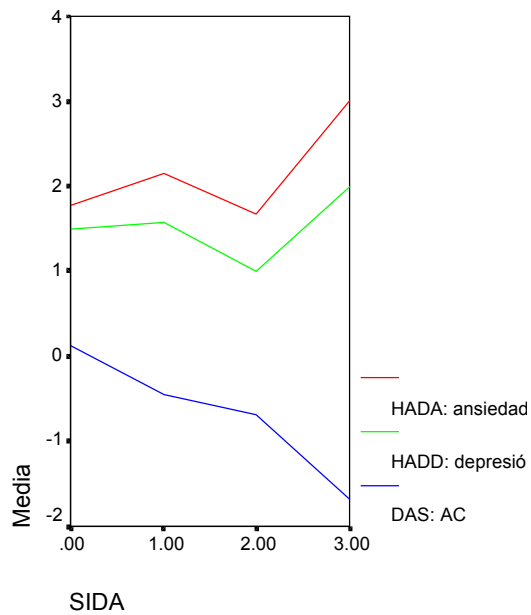
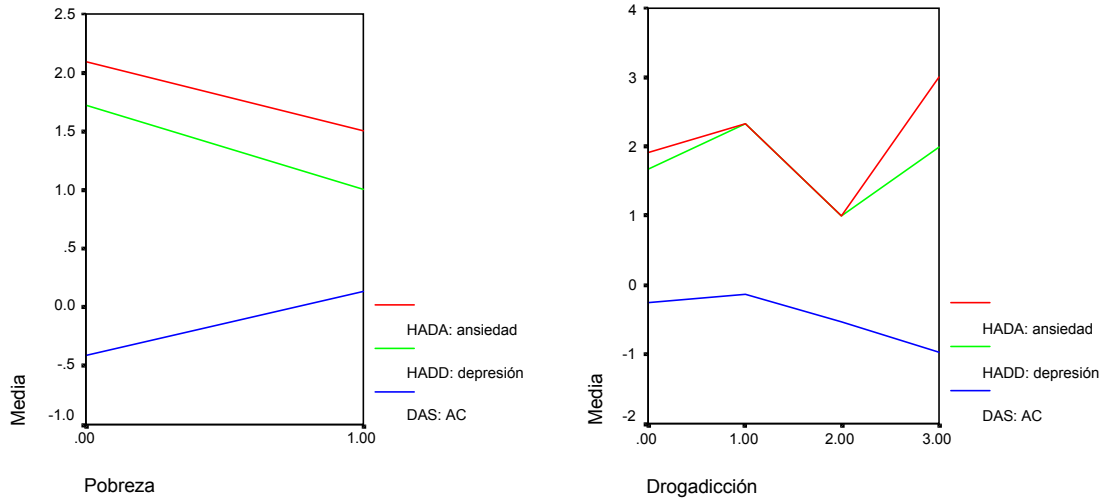
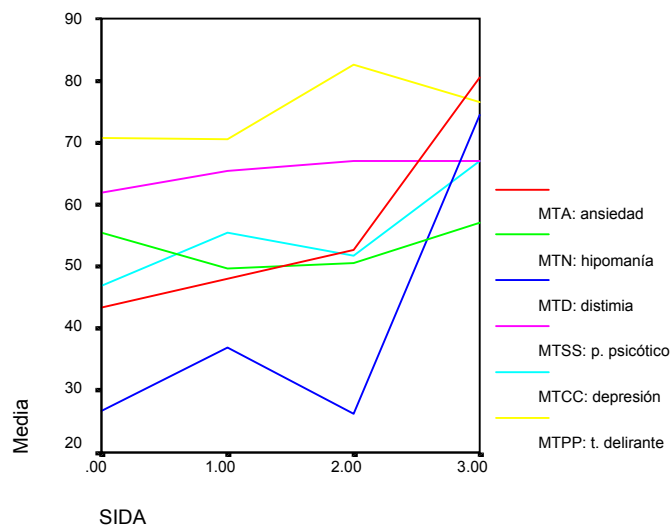
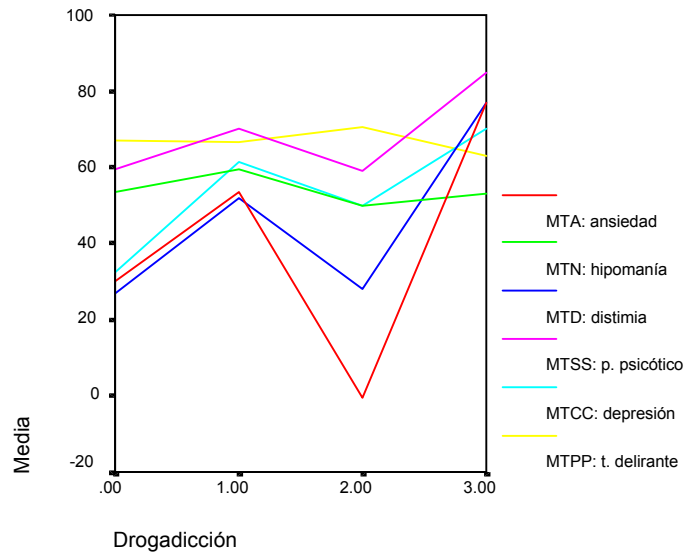
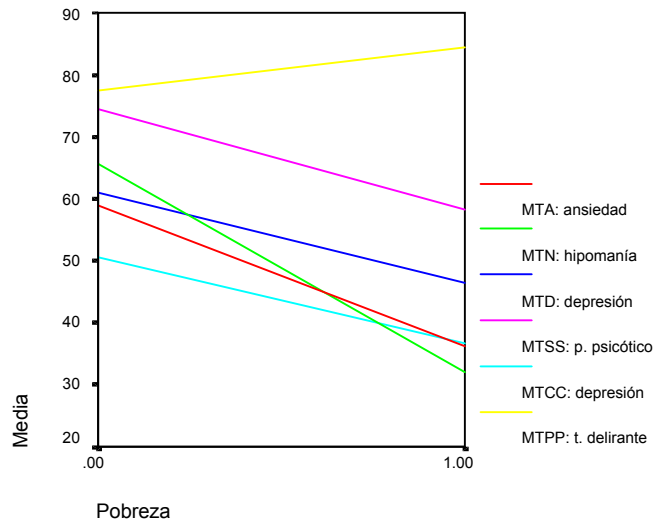


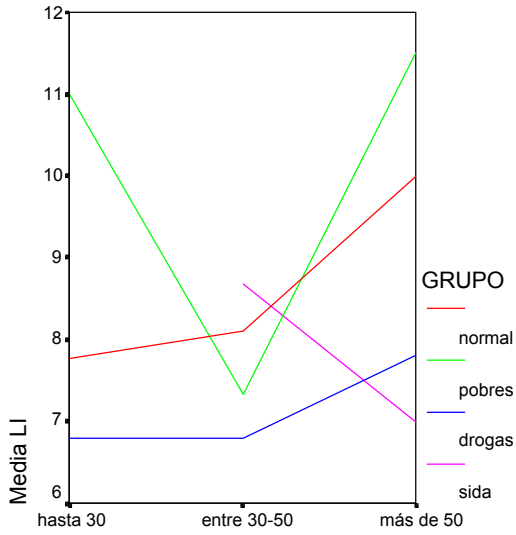
Gráfico 34: Subescalas del Inventario MCMII-II en N° de fármacos Psiquiátricos.



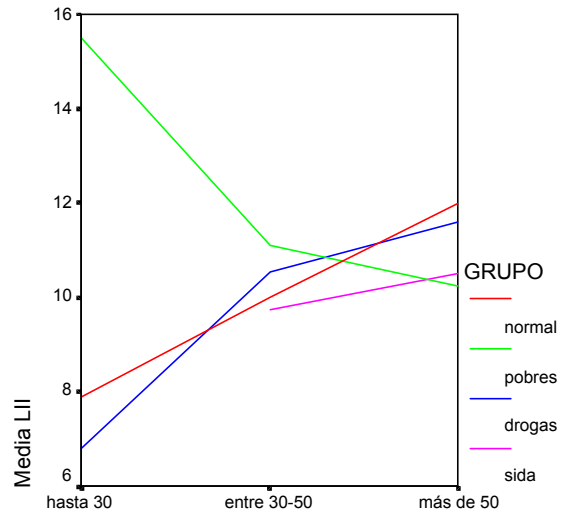
HIPÓTESIS 3.4.

Edad (EDADREC)

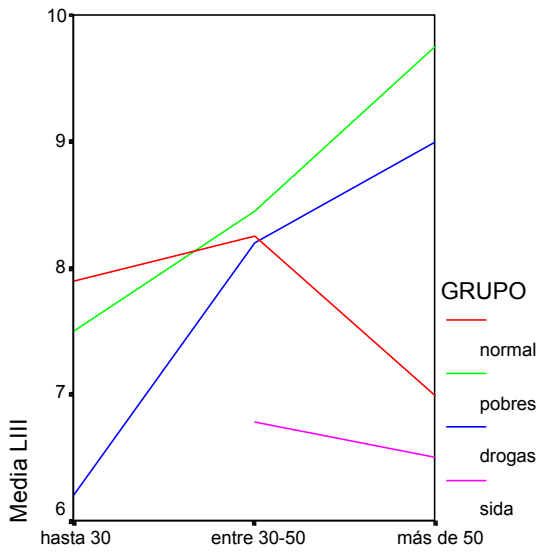
Gráfico 35: Edad en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.



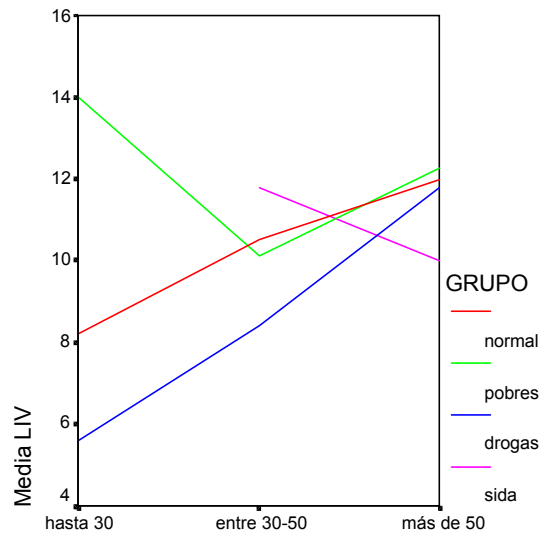
EDADREC



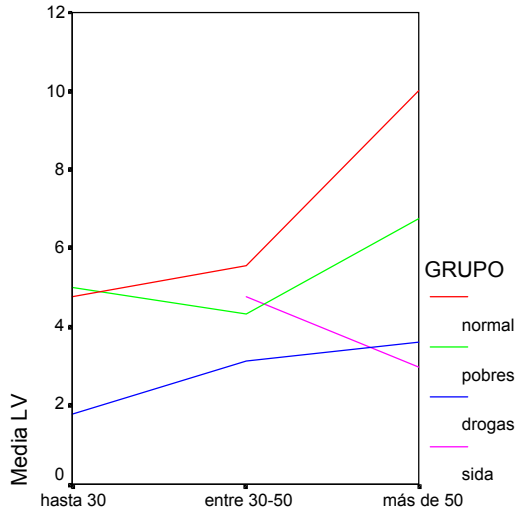
EDADREC



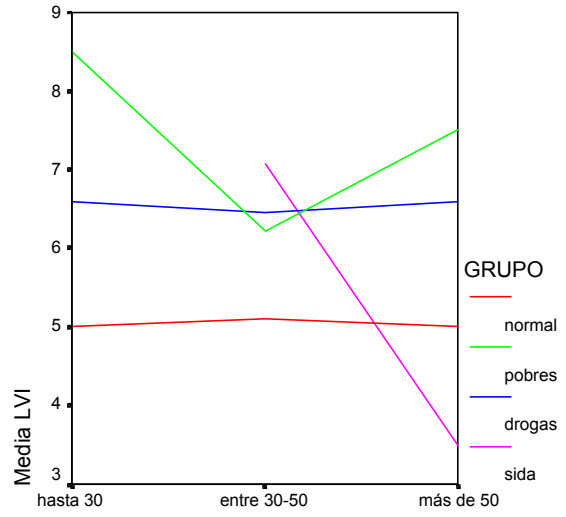
EDADREC



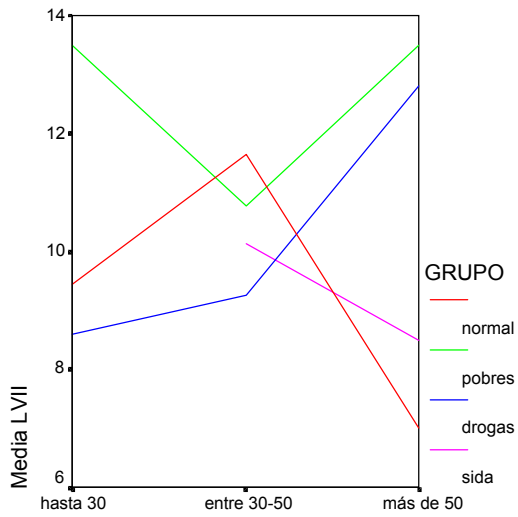
EDADREC



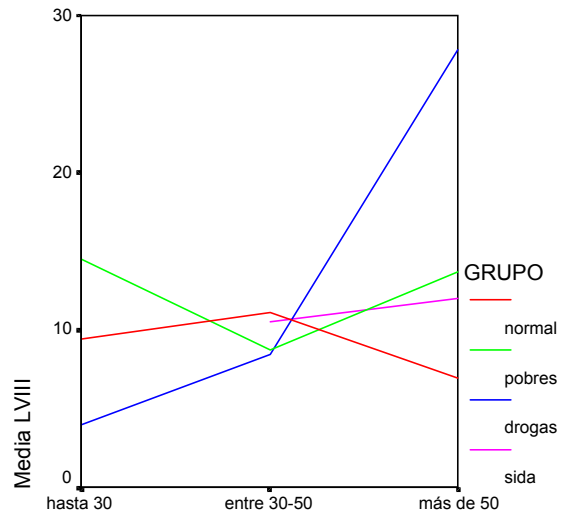
EDADREC



EDADREC



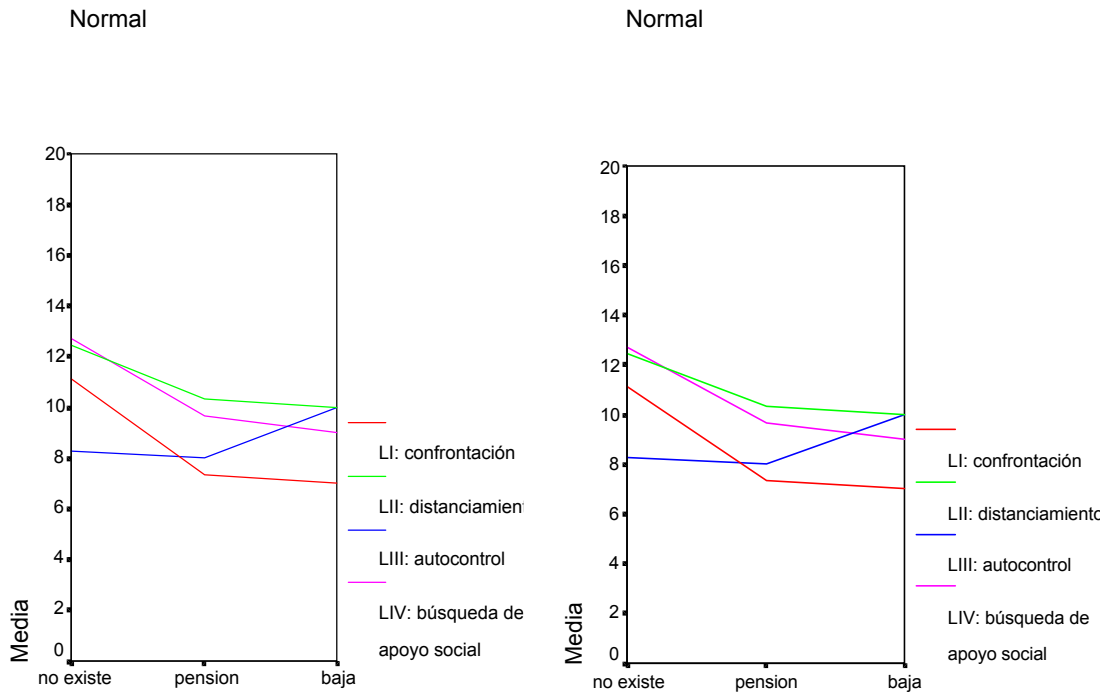
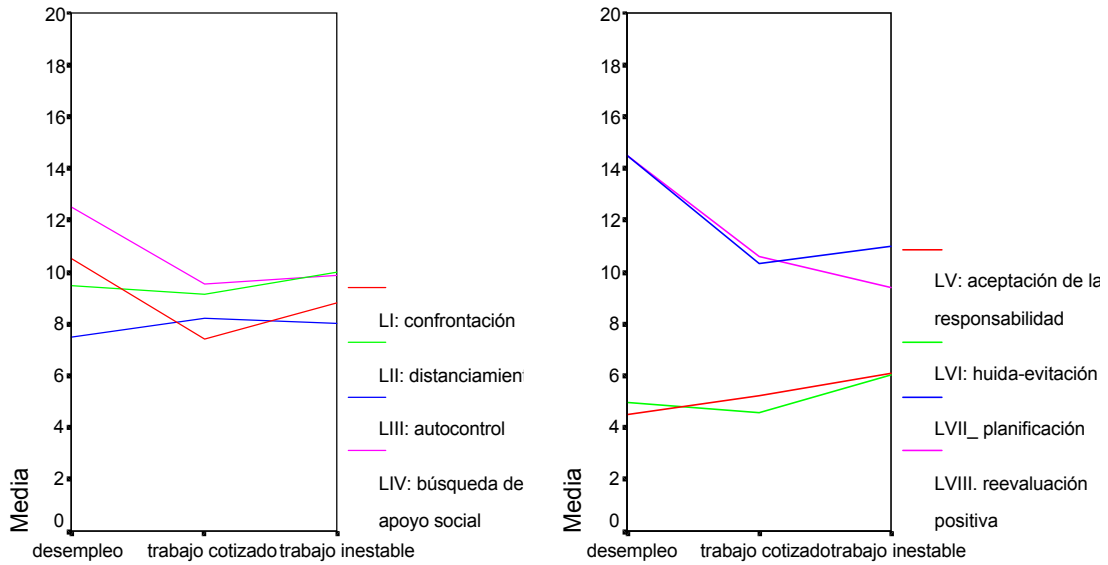
EDADREC



EDADREC

Fuente de Ingresos

Gráfico 36: Fuente de Ingresos en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

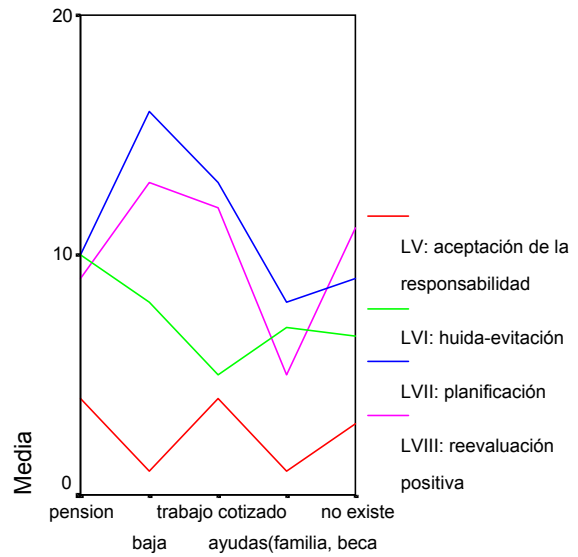
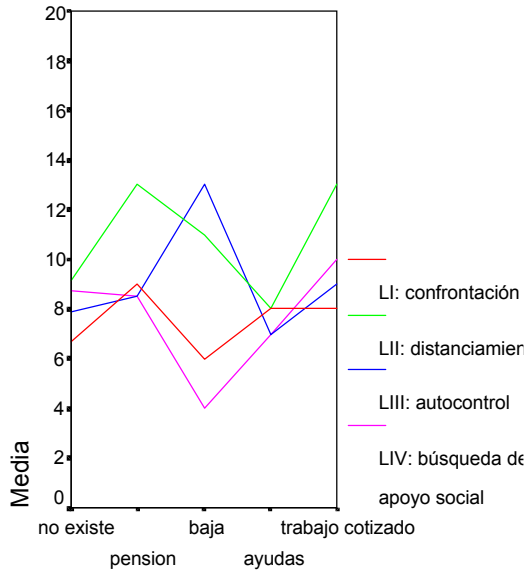


Normal

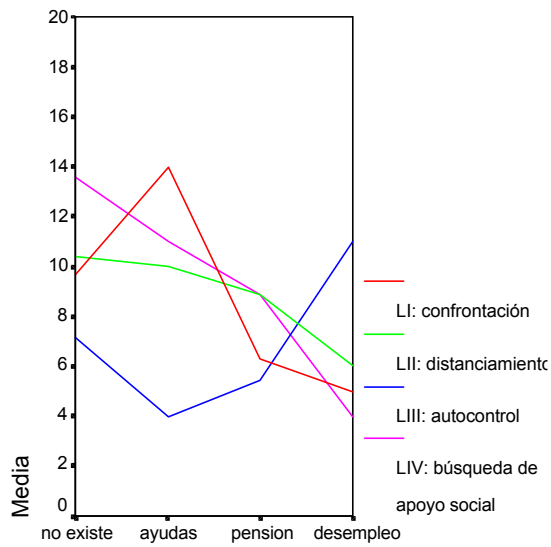
Normal

Pobreza

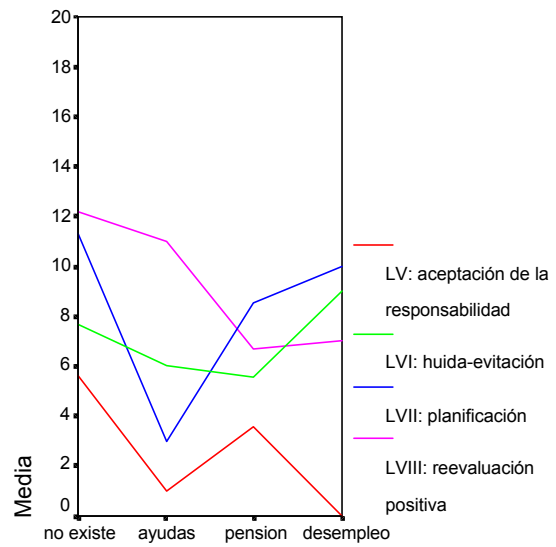
Pobreza



Drogadicción



Drogadicción

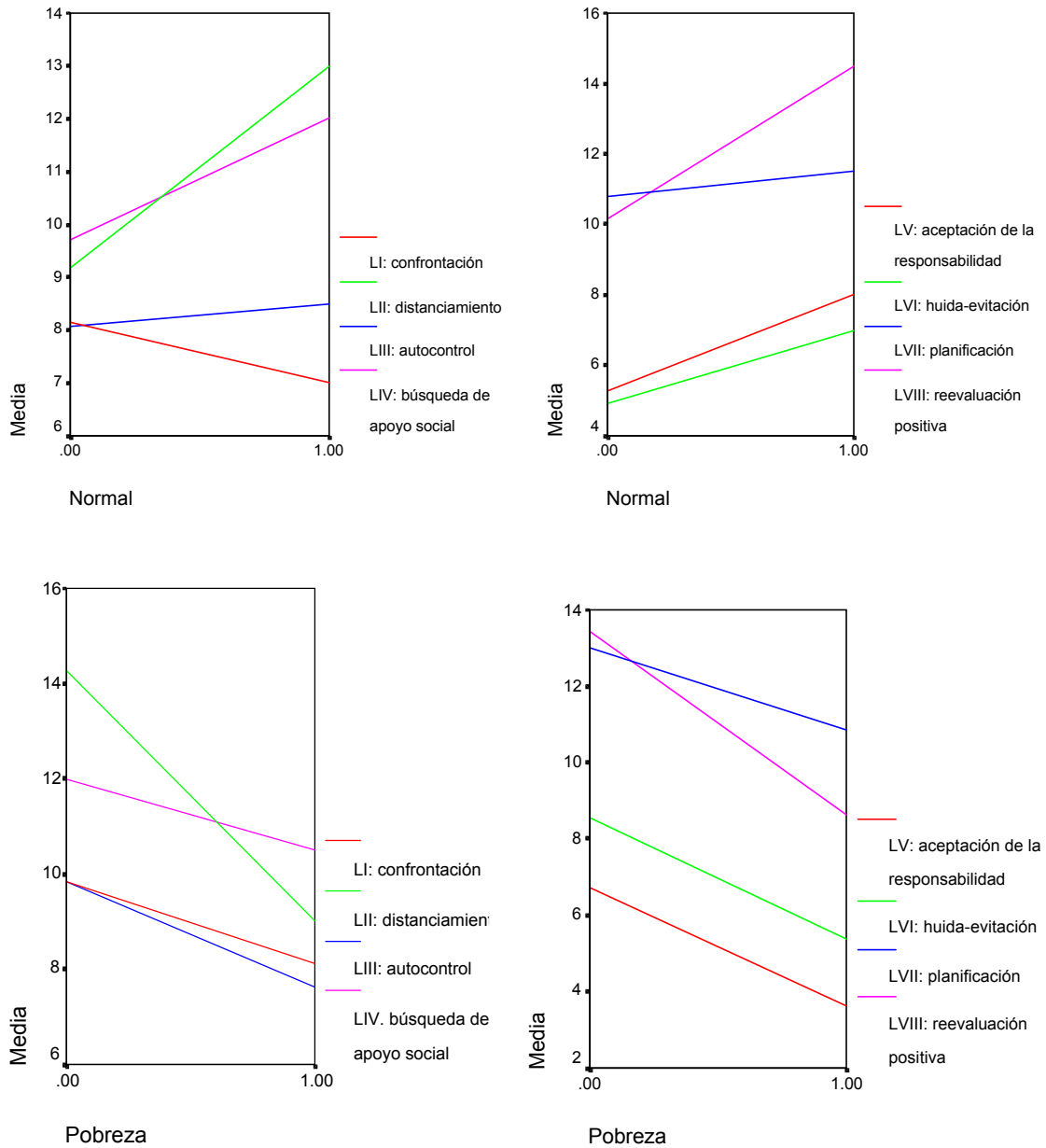


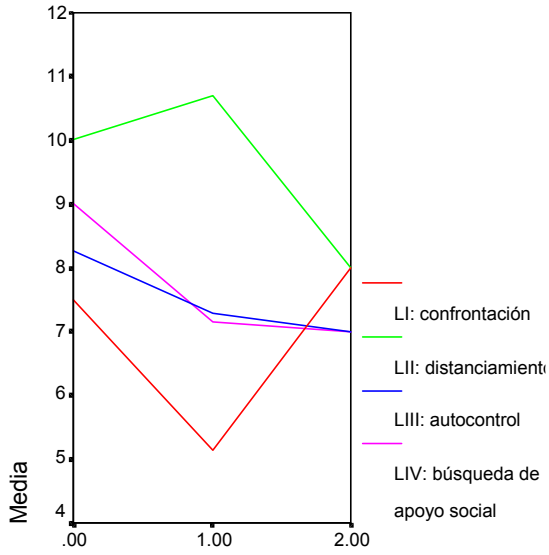
SIDA

SIDA

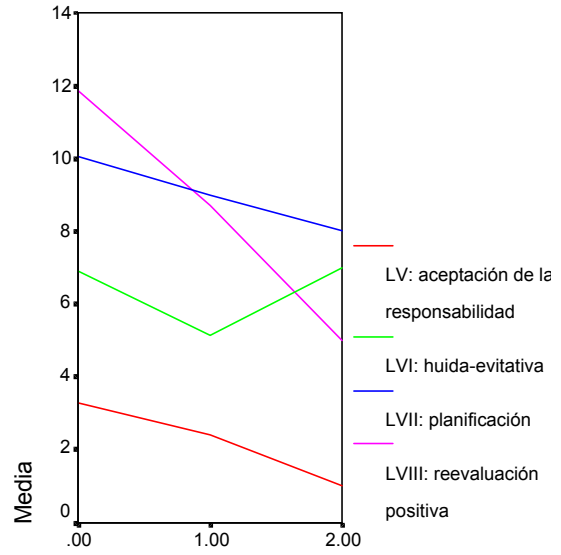
Número de enfermedades

Gráfico37: Número de enfermedades en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

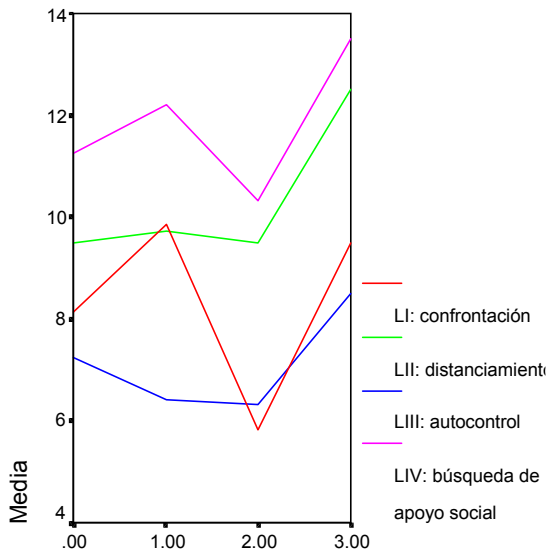




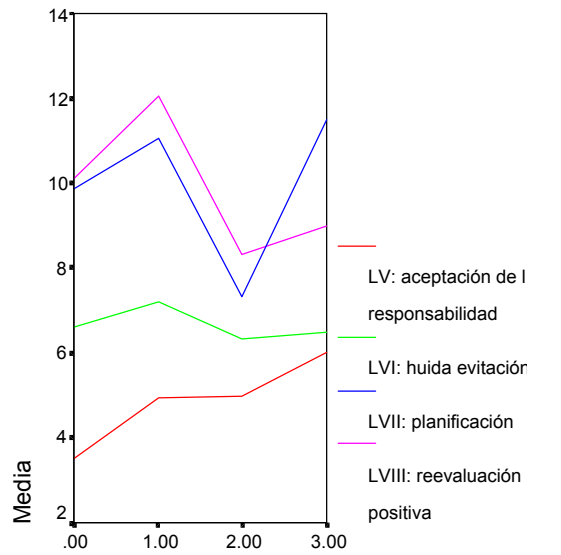
Drogadicción



Drogadicción



SIDA



SIDA

Tiempo de tratamiento antirretroviral y Número de fármacos antirretroviral.

Gráfico 38: Tiempo de tratamiento antirretroviral en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

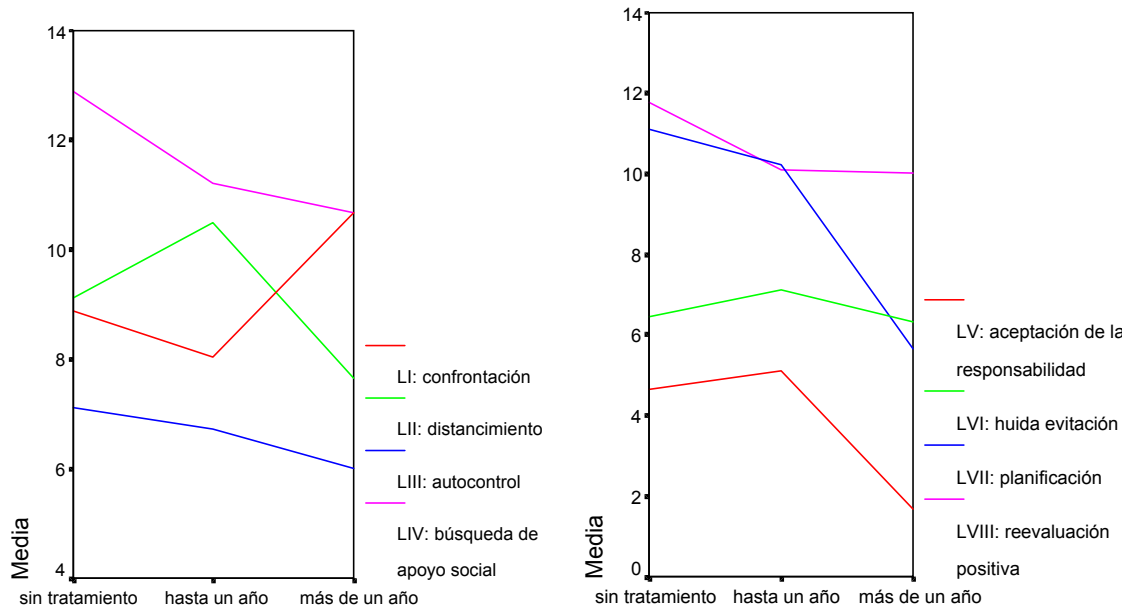
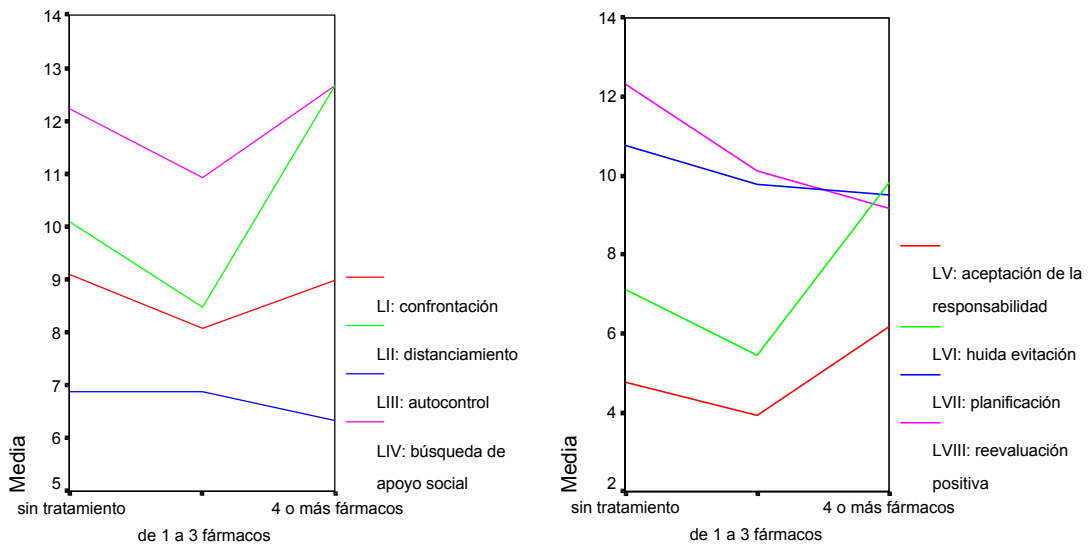
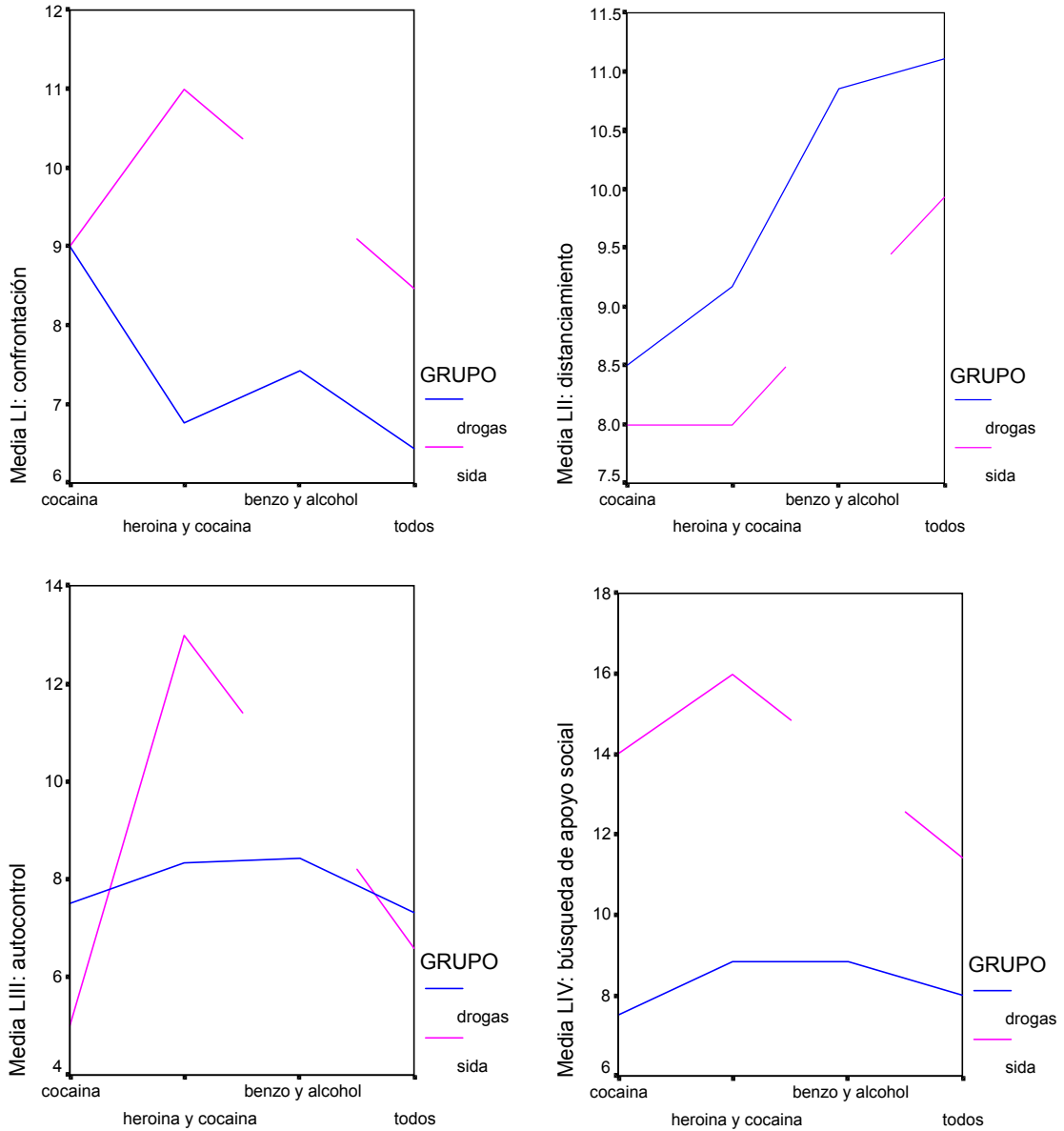


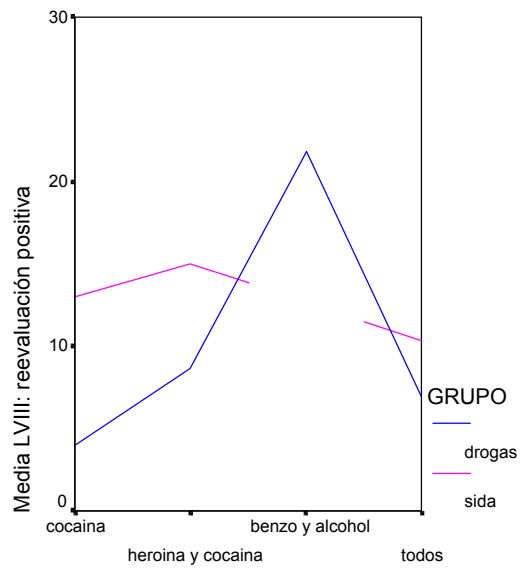
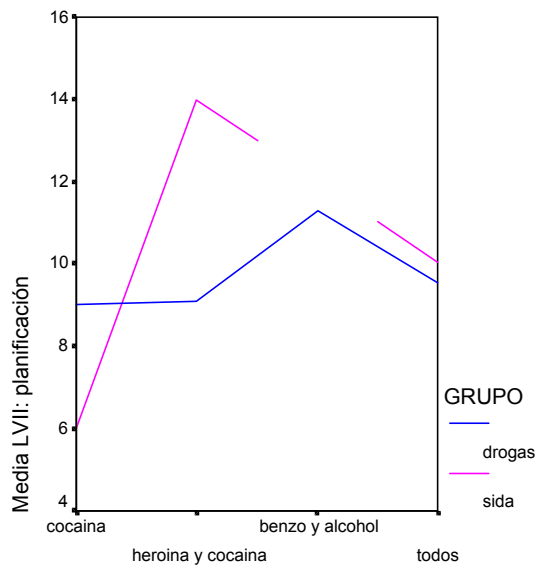
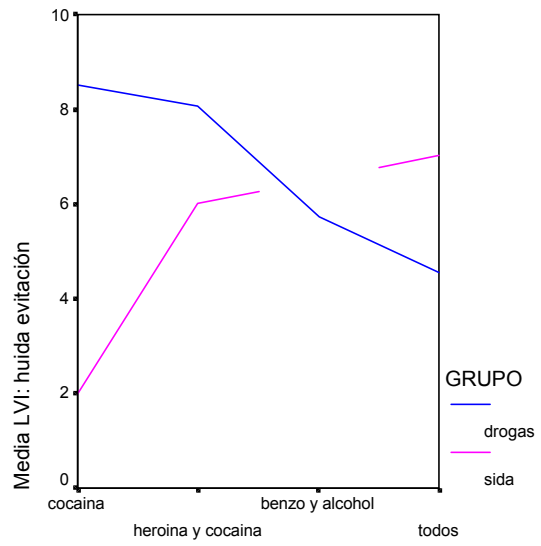
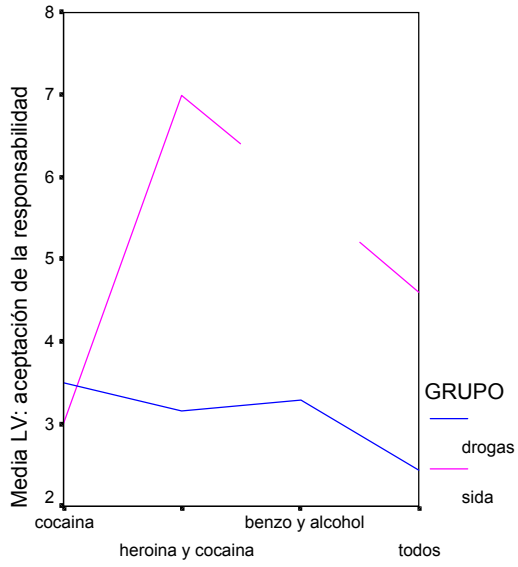
Gráfico 39: Número de fármacos antirretroviral en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.



Tipo de Tóxicos consumidos

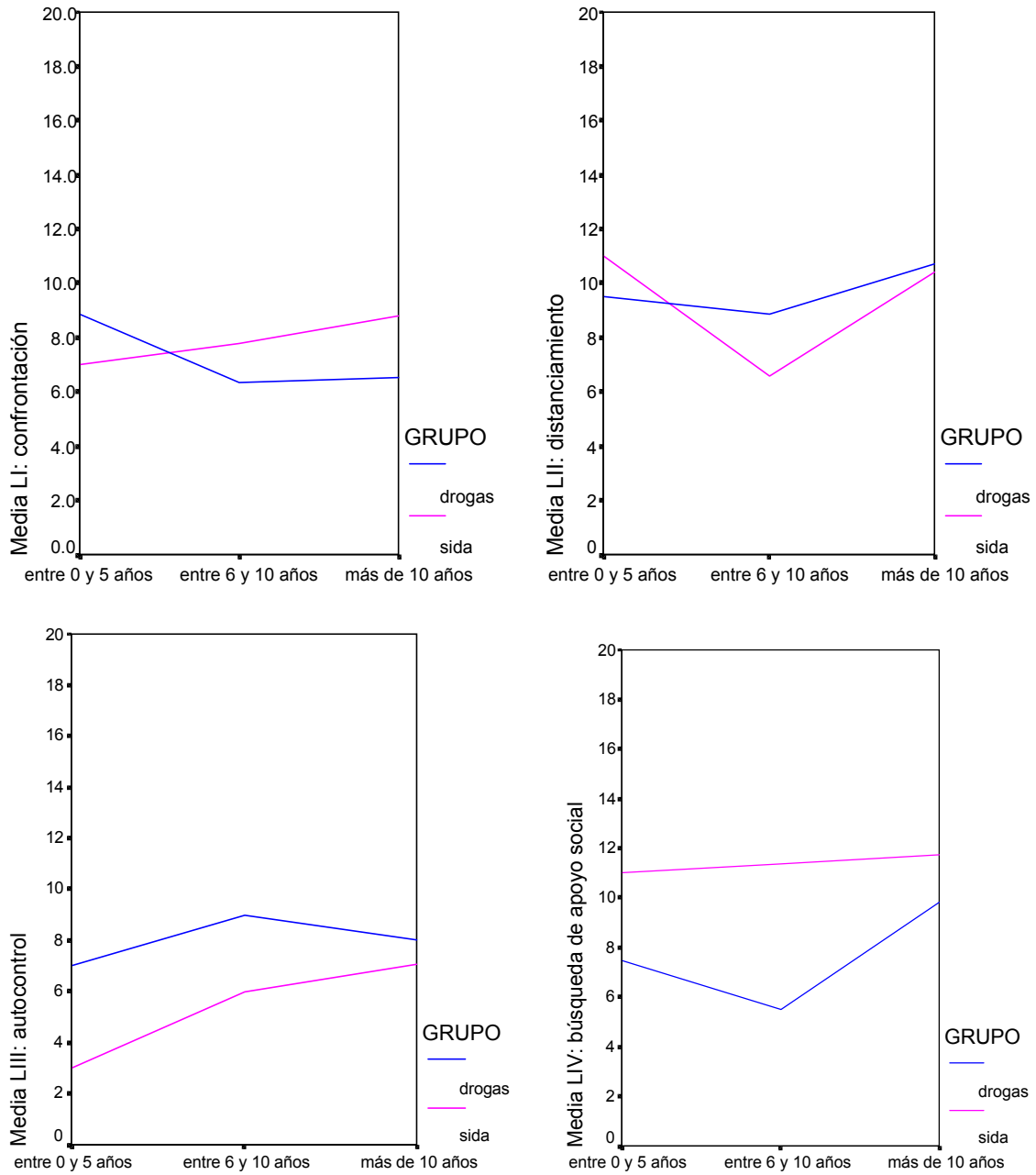
Gráfico 40: Tipo de Tóxicos consumidos en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

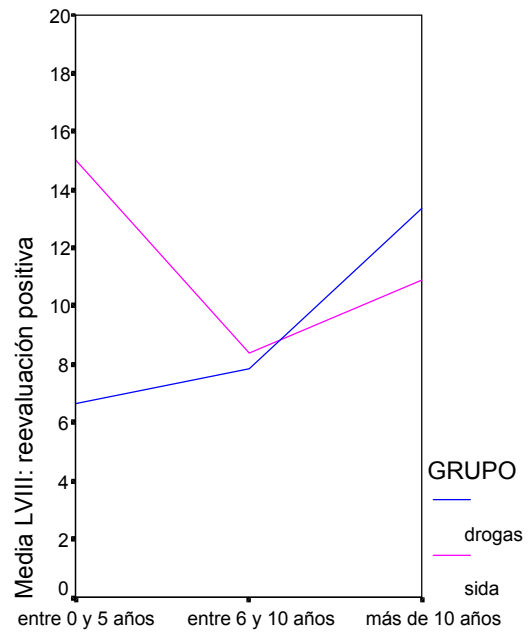
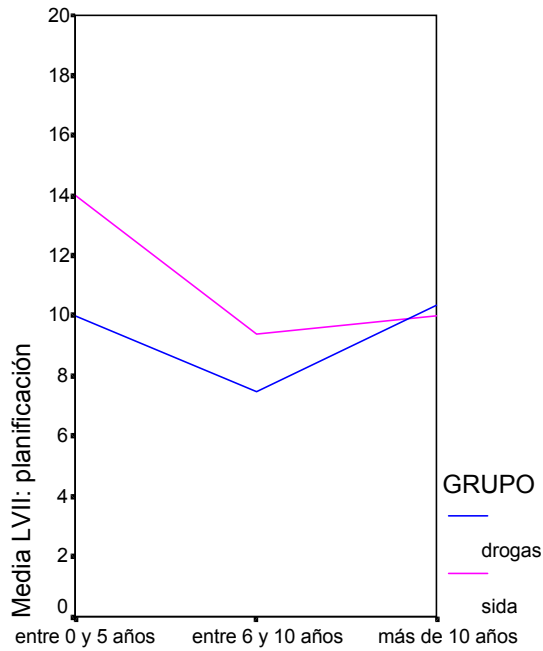
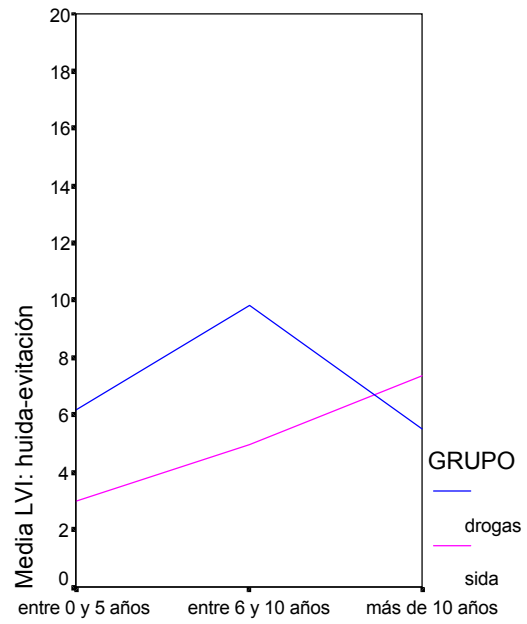
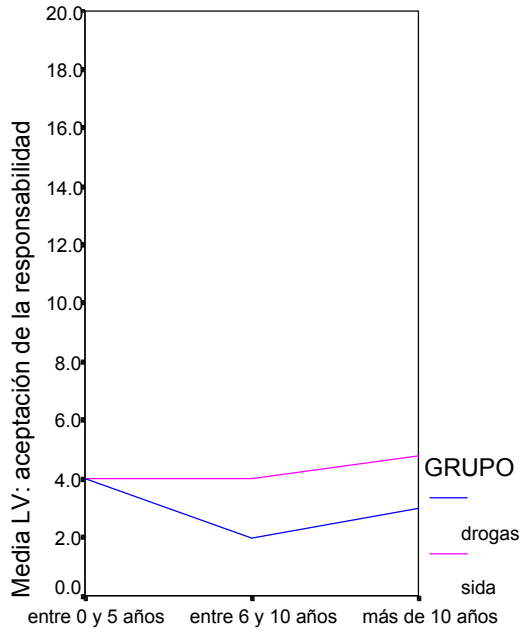




Tiempo total de consumo

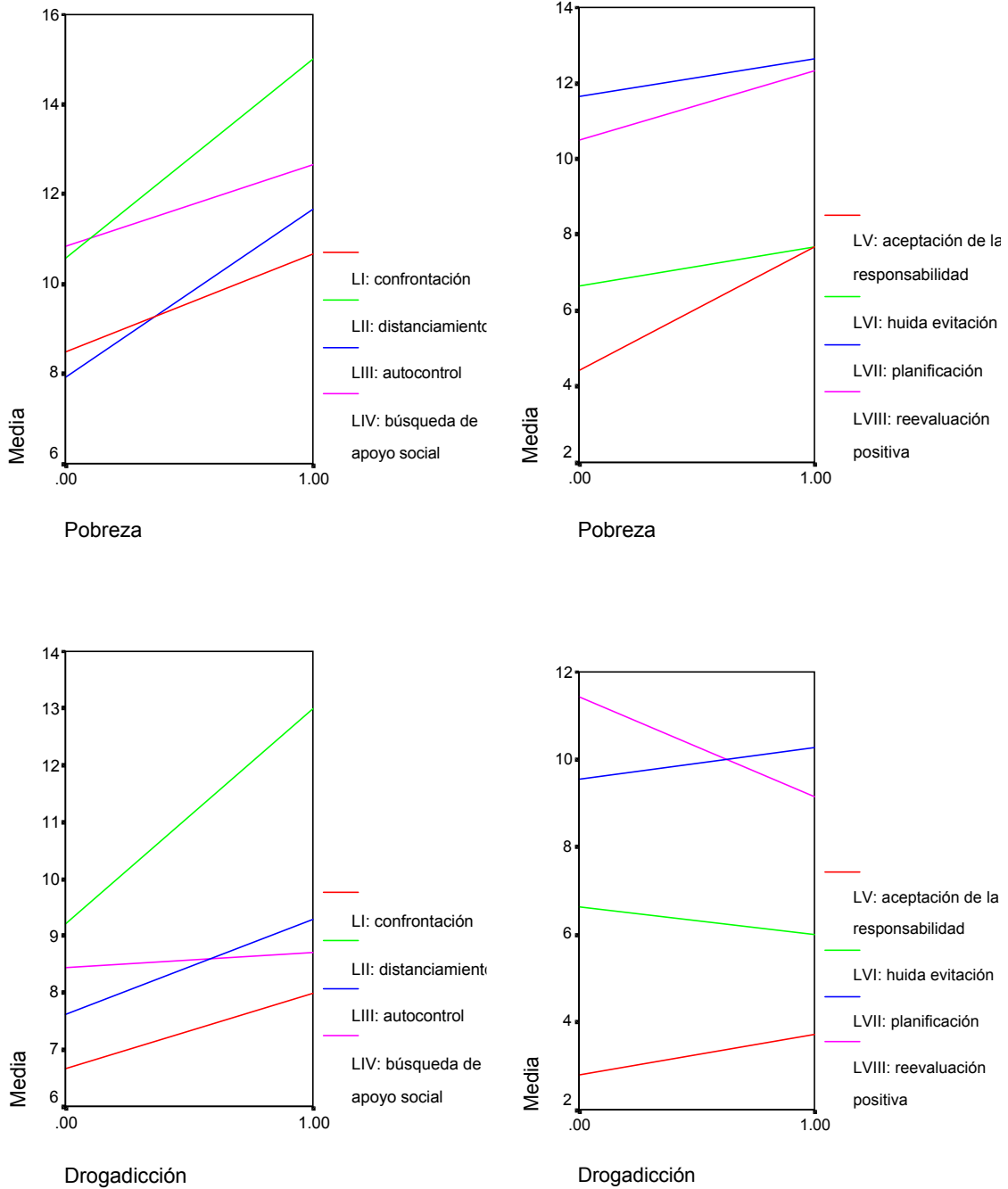
Gráfico 41: Tiempo total de consumo en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

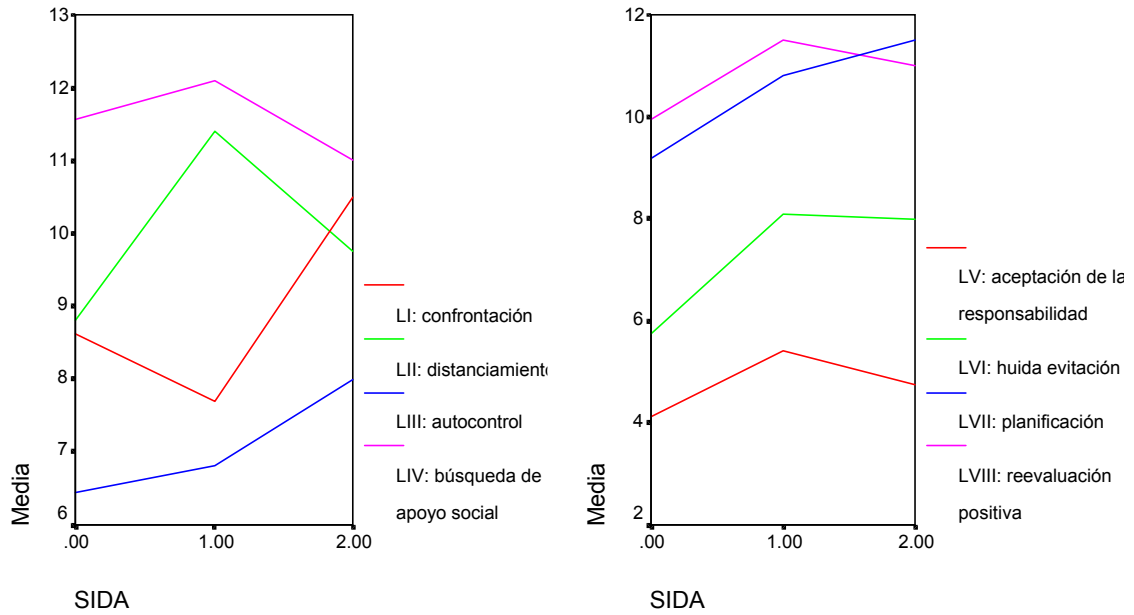




Número de enfermedades de Salud Mental

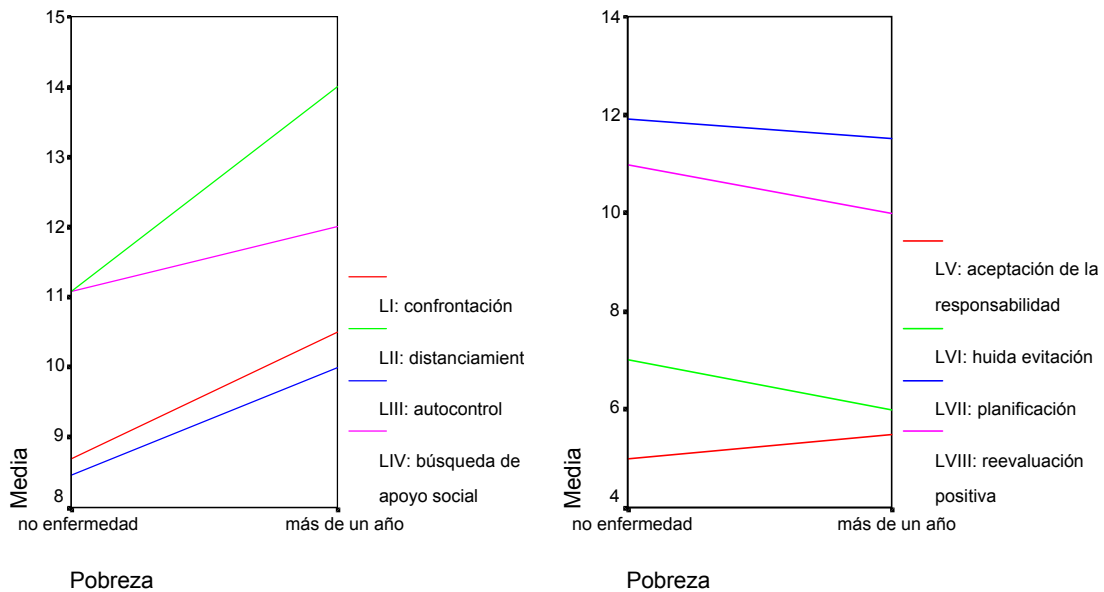
Gráfico 42: Número de enfermedades de Salud Mental en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

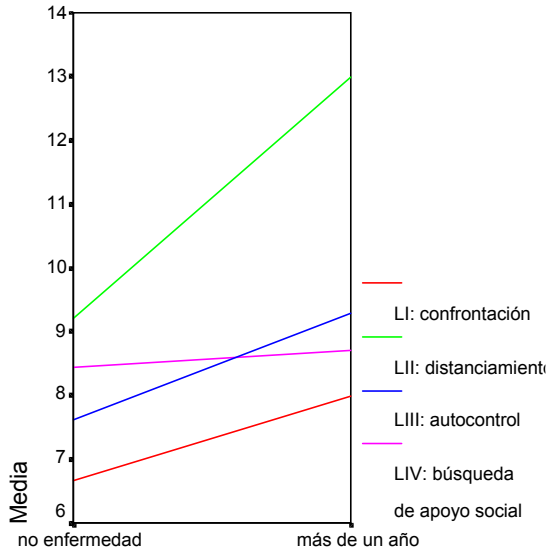




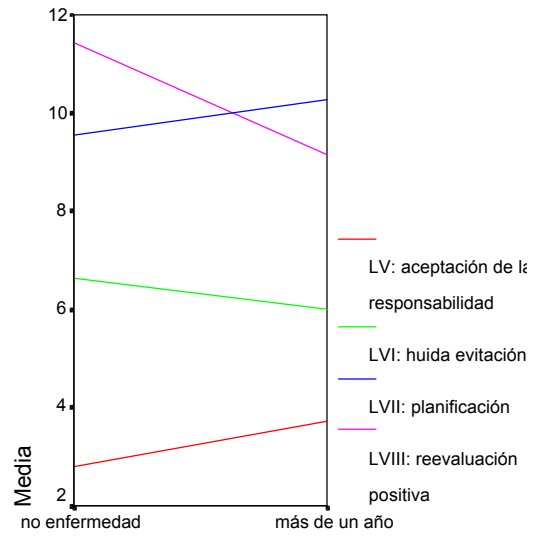
Tiempo de tratamiento Psiquiátrico actual

Gráfico 43: Tiempo de tratamiento Psiquiátrico actual en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

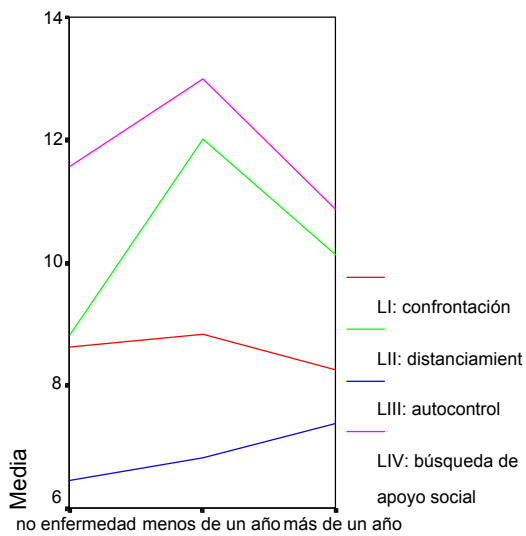




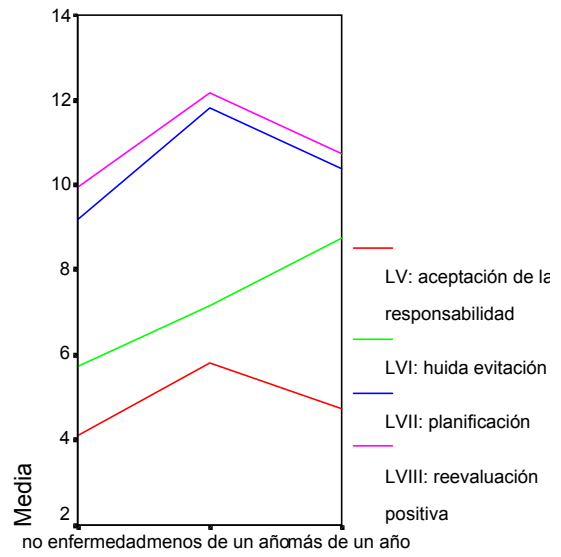
Drogadicción



Drogadicción



SIDA



SIDA

Número de fármacos Psiquiátrico que recibe.

Gráfico 44: Número de fármacos Psiquiátrico que recibe en Escalas de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

