



SIDA Y EXCLUSIÓN SOCIAL: ALTERACIONES EMOCIONALES

ENRIQUE FLORES, MERCEDES BORDA Y M. ÁNGELES PÉREZ SAN GREGORIO

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

Resumen: El objetivo de este estudio es analizar las alteraciones emocionales más comunes en personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y que viven en una situación de exclusión social. La muestra está formada por 105 participantes, varones procedentes de la Comunidad Autónoma Andaluza, distribuida en cuatro grupos: (a) 30 personas con la infección SIDA, con historial de adicción a drogas vía parenteral (ADVP) y que viven en una situación de exclusión social; (b) 30 personas con historial de ADVP y en situación de exclusión social; (c) 15 personas en situación de exclusión social y (d) 30 personas en situación de adaptación social. Las medidas de evaluación utilizadas son: Entrevista semiestructurada de elaboración propia, la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) y determinadas subescalas del Inventario Multiaxial Clínico MCMI-II (Millon, 1999). Los resultados indican que de forma generalizada las personas que se encuentran en una situación de exclusión social (grupos SIDA, drogadicción y pobreza) presentan puntuaciones similares en las variables estudiadas y diferentes del grupo normal, pero esto no indica de forma clara que exista la misma incidencia de alteraciones emocionales en esos grupos, por lo que se sugiere que tal vez existan determinadas situaciones que hacen que ciertos grupos de excluidos reciban una mayor intervención multidisciplinar que influya para homogeneizar los resultados.

Palabras clave: Alteraciones emocionales, SIDA, drogadicción, exclusión social, Ansiedad, Depresión, Inventario Multiaxial Clínico MCMI-II.

AIDS and social exclusion: emotional disturbances

Abstract: This study analyses emotional disturbances in people infected by AIDS. The participants (105 males) were separated in the following four groups: (1) subjects with AIDS, with a parenteral drug addiction (ADVP) and who live in a condition of social exclusion (SE) (n = 30); (2) ADVP and SE subjects (n = 30); (3) SE subjects (n = 15); and (4) individuals in a condition of social adaptation (n = 30). The assessment was made by means of self-report instruments of anxiety, depression and psychopathology. Results point out that people who are in a situation of social exclusion have a similar pattern in the studied variables unlike the normal group. However, this does not show in a clear way that the same frequency of emotional alterations may exist in these groups, thus we suggest that possibly there may be particular situations which make certain exclusion groups receive more multidisciplinary intervention.

Key words: Emotional alterations, AIDS, Drug addiction, Social exclusion, Anxiety, Depression, Multiaxial Clinical Inventory MCMI-II.

INTRODUCCIÓN

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) siendo los trastornos de ansiedad y depresión los cuadros más frecuentes (Ballester, 2005; Combs y

Recibido: 5 de mayo de 2005. Aceptado: 20 de septiembre de 2005.

Correspondencia: Mercedes Borda, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, c/ Camilo José Cela, s/n, 41018 Sevilla. Correo-e: mborda@us.es. Teléfono: 954 557 806, fax: 954 557 807.

Livingston, 2001; Pernas et al., 2001; Piña y Robles, 2005).

La ansiedad, ya sea como síntoma, síndrome o trastorno, acompaña a la persona afectada por el VIH desde el inicio de la infección, incluso antes de conocer el diagnóstico (p.ej., miedo a hacerse las pruebas médicas). La razón es evidente: 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 situaciones asociadas 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); 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). Es importante señalar que algunos fármacos antirretrovirales pueden causar efectos secundarios, tales como, la agitación (Flores, 1997) y, en ocasiones, pueden ser interpretados como ansiedad.

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). 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 informada la persona y tienden a desaparecer en dos o tres días. En este sentido, desde la perspectiva clínica, la sintomatología ansiosa más frecuente en pacientes VIH- SIDA queda recogida en la Tabla 1.

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, Carroble, Arranz, Martínez-Donate y Ulla, 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, 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 defen-

Tabla 1. Sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes VIH-SIDA

Sintomatología ansiosa		
Nivel fisiológico	Nivel conductual	Nivel cognitivo
tensión muscular dolores de cabeza y cuello náuseas vómitos diarreas problemas digestivos (con consiguiente pérdida de peso) aumento de la sudoración taquicardia sensación de ahogo boca seca perturbaciones del sueño fatiga física visión borrosa llanto en casos de ansiedad crónica, afectación y/o inflamación de las glándulas linfáticas	problemas de atención-concentración confusión mental falta de memoria humor lábil respuestas anticipatorias negativas pensamientos catastrofistas sentimientos: <ul style="list-style-type: none"> • de pérdida de la vida • rabia • vergüenza • ruina • furia, y • responsabilidad 	inquietud movimientos bruscos respuestas de evitación y escape disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales llanto incontrolado insomnio
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		
Nivel fisiológico	Nivel conductual	Nivel cognitivo
pérdida de apetito trastornos del sueño pérdida o disminución de la libido dolor malestar físico fatiga muscular decaimiento pérdida de energía llanto	retardo de pensamiento dificultades de concentración y memoria preocupaciones excesivas por la salud dificultades en la toma de decisiones pérdida de interés por actividades gratificantes pensamientos irracionales: <ul style="list-style-type: none"> • abstracción selectiva • generalización • maximización de los eventos negativos y minimización de los positivos «triada cognitiva» sentimientos de indefensión aprendida sentimientos de culpabilidad pérdida de autoestima apatía e inmersión en una intensa pasividad	agitación psicomotriz retardo irritabilidad quejas somáticas descenso del nivel de actividad y aislamiento

Nota: Tomado de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), Calvo (1995), Valverde (1996), Pérez, Pérez y Pascual (1998), y Antoni y Cruess (2000).

sivo de la negación. En el caso de la población adicta a droga por vía parenteral (ADVP), es más frecuente esta última razón.

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 inmuno-

lógica. 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 retardo 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.

Respecto a los trastornos depresivos hemos de destacar que han sido ampliamente estudiados en las personas con VIH/SIDA. En este sentido, se ha señalado que la prevalencia de la sintomatología depresiva en VIH/SIDA viene explicada por varias causas, entre las cuales podemos destacar: (a) La reactivación de síntomas depresivos que le llevaron a tener mayor riesgo de contraer VIH. Concretamente, en la población ADVP y en el colectivo «sin hogar» existen alteraciones emocionales y problemas de adaptación previos a la infección (Zaleski, 2000); (b) 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, 2000); (c) La reacción a los problemas psicosociales vinculados a la infección (Ayuso, 1997); (d) 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); (e) Los medicamentos usados para tratar la infección y el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas pueden incrementar la respuesta depresiva (García-Camba, 1998), y (f) El incremento de la respuesta depresiva en pacientes con trastornos neurológicos que afectan a estructuras subcorticales y/o 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 diagnóstico en esta patología se va haciendo más complejo a medida que la enfermedad progresa, apareciendo síntomas somáticos 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 idea de suicida (ver Tabla 1).

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 todo lo expuesto anteriormente, los objetivos de nuestra investigación tratan de profundizar en el comportamiento de determinadas variables psicológicas en el colectivo de personas con infección VIH/SIDA. Concretamente, el objetivo fundamental es hacer un análisis de las alteraciones emocionales más frecuentes en personas afectadas por el SIDA con antecedentes de drogadicción y con una situación de exclusión social.

MÉTODO

Participantes

Para poder desarrollar nuestra investigación, seleccionamos un total de 105 personas procedentes de la Comunidad Autónoma Andaluza, residentes en un elevado porcentaje en Sevilla, todos ellos varones, distribuidos en varios grupos. Para ello, incluimos en primer lugar, un grupo formado por 30 personas con la infección VIH en categoría SIDA, con una edad media de 40,63 años (desviación típica 5,39) que presentaban un historial de dependencia a tóxicos y cuya situación social era de exclusión.

Un segundo grupo estaba formado por 30 personas con una edad media de 40,53 años (desviación típica 10,21), con una historia de dependencia a tóxicos y cuya situación social era de exclusión. Un tercer grupo estaba formado por 15 personas, con una edad media de 42,2 años (desviación típica 9,27) cuya situación social era de exclusión. Y, por último, un cuarto grupo de 30 personas sin patología detectada y en situación de adaptación social (edad media 34,47 años y desviación típica 6,20). Los grupos correspondientes a «excluidos» se denominaron SIDA, *drogadicción* y *pobreza*, y el cuarto grupo se denominó grupo *normal*. Para poder acceder a los grupos de «excluidos» estimamos conveniente contactar con asociaciones que interviniesen en el ámbito de la exclusión social y, para los participantes del grupo normal, entrevistamos a personas de ambientes de adaptación social.

Comparando los grupos de «excluidos», los participantes presentaban las siguientes características. Respecto a las variables sociodemográficas; el *domicilio habitual* en la mayor parte de los participantes respondía a la categoría «transéunte» (78,9%), en el momento de la evaluación residían en centros de carácter social, siendo el *tiempo de estancia* mayor en el grupo SIDA (16,7% era mayor a seis meses) que en el resto de los grupos de excluidos. Con respecto a *la cantidad de ingresos económicos* nos ha llamado la atención el escaso número de participantes que superaban los 300 mensuales (10%) y en el caso de que esto fuese así, *la fuente* de los mismos era generalmente las pensiones no contributivas y otras actividades como la mendicidad, las actividades delictivas, las aparcacoches, *etc.* En cuanto al *contacto familiar*, este es esporádico o inexistente (64,4%). Con respecto a los participantes del grupo *normal*, éstos vivían con su familia creada (66,7%), con unos ingresos superiores a los 600 mensuales (73,3%) que procedían de su propio trabajo (83,3%).

Centrándonos en el grupo de SIDA, los participantes presentan la infección con una evolución de más de once años en el 70% de los casos y un estadio actual de SIDA avanzado en

un 89,9%. Según la información aportada por los propios participantes la vía de contagio más frecuente fue la parenteral. En el momento de la valoración, el 70% realizaba el tratamiento antirretroviral y un 100% hacía menos de seis meses que había acudido a su revisión médica del especialista. En cuanto a las enfermedades que padecían existía una media de 1,07 por participante siendo la más frecuente la hepatitis. En relación a los tratamientos recibidos hemos de señalar que uniendo las medias de los distintos tratamientos y multiplicando por la dosificación media habitual, el número total aproximado de comprimidos diarios ingeridos era de 16 por participante.

Finalmente, con respecto a las variables que hacen referencia a los problemas de tóxicos, se observa que en el grupo SIDA, la mayor parte de los participantes reconocían un historial de politoxic consumo y un 90% haber usado todas las vías de administración. El tiempo total de consumo fue muy similar en los grupos SIDA y drogadicción. Sin embargo, en el grupo SIDA la participación en PMM fue muy superior con un 86%, y una cantidad media de metadona de 85mg día.

Instrumentos de evaluación psicológica

La elección de los instrumentos psicológicos para la evaluación ha sido altamente compleja. Estos debían ser adecuados a nuestros objetivos, además de a las características especiales de las distintas muestras, tales como el bajo nivel cultural, la alta deseabilidad social, el alto nivel de sedación y de deterioro físico y el bajo nivel de atención. Además, la situación multi-problemática en la que vivían hacía necesario la evaluación de un gran número de variables. Tratando de salvar estas dificultades, diseñamos un protocolo de evaluación psicológica compuesto de los siguientes instrumentos:

(1) *Entrevista semiestructurada*. Elaborada por los autores del trabajo, pretende recabar información de distintas áreas que estimamos importantes para nuestro estudio. Los *items* se agrupan en cinco bloques: datos sociodemográficos

ficos, de salud, de drogadicción, de salud mental y datos sociojudiciales (Flores, 2004). Este instrumento, al ser el primero en aplicar de todo el protocolo, tiene un doble objetivo, por una parte, obtener 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 de evaluación psicológico.

(2) *Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)* (Zigmond y Snaith, 1983). 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. El estudio de Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986) aplicado a pacientes psiquiátricos en nuestro país facilita un coeficiente alfa de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para la depresión.

(3) *Inventario Multiaxial Clínico de Millon. MCMI-II* (Millon, 1987). Es un autoinforme que consta de 175 ítems con formato de respuesta verdadero/falso. Se construyó a partir de la teoría de personalidad de Millon (1999, 2002). Además de las ocho escalas básicas de personalidad y tres escalas de personalidad patológica, incluye nueve escalas de síntomas, escalas que serán utilizadas en este trabajo. Seis de ellas reflejan gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de drogas) y tres de gravedad acentuada (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). En la versión original del MCMI-II, los índices de consistencia interna fueron mayores a 0,80 para todas las escalas. Los índices alfa de fiabilidad (consistencia interna) de la validación español

la del MCMI-II para las diferentes escalas utilizadas fueron de entre 0,70 y 0,90 (Millon, 1987, adaptación española TEA, 1999).

RESULTADOS

En concordancia con nuestros objetivos, se han empleado escalas de distintos tests 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) y el Inventario Multiaxial Clínico de Millon MCMI-II (Millon, 1999), las tres escalas denominadas «síndromes clínicos»: *Ansiedad* (MTA), *Hipomanía* (MTN), *Distimia* (MTD) y una las categorizadas como «síndromes graves»: *Depresión mayor* (MTC). 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.

Las pruebas estadísticas que se realizaron, además de estudios descriptivos de todas las variables (Tabla 2), fueron pruebas no paramétricas, puesto que ninguna de las variables estudiadas cumplía el supuesto de homogeneidad necesario (prueba de Levene) para poder realizar el correspondiente ANOVA. Realizamos un contraste basado en la prueba H de Kruskal-Wallis (χ^2) para varias muestras independientes, con el fin de determinar si existían diferencias globales entre los distintos grupos.

Los resultados obtenidos mostraron diferencias entre los grupos en varias de las escalas: HADA-ansiedad ($\chi^2 = 23,19$, gl = 3, $p < 0,001$), HADD-depresión ($\chi^2 = 12,55$, gl = 3, $p < 0,001$), MTA-ansiedad ($\chi^2 = 18,60$, gl = 3, $p < 0,0001$), MTN-hipomanía ($\chi^2 = 4,30$, gl = 3, $p < 0,0001$), MTD-distimia ($\chi^2 = 20,89$, gl = 3, $p < 0,0001$), MTSS-pensamiento psicótico ($\chi^2 = 7,10$, gl = 3, $p < 0,001$), MTC-depresión mayor ($\chi^2 = 13,64$, gl = 3, $p < 0,0001$) y MTPP-trastorno delirante ($\chi^2 = 18,57$, gl = 3, $p < 0,0001$).

En segundo lugar, para determinar concretamente entre qué grupos existían dichas diferencias, realizamos la prueba post hoc U de

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) en determinadas escalas del MCMI-II («síndromes clínicos» y «síndromes graves») y en la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) en función de los diferentes grupos

Variables psicológicas	Grupos				Contrastes ¹					
	Normal	Pobreza	Drogadicción	SIDA	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Ansiedad (MTA)	32,87 (10,66)	52,93 (27,56)	32,00 (31,43)	47,97 (29,49)	**	*	—	*	—	—
Hipomanía (MTN)	34,87 (19,43)	56,73 (19,66)	53,80 (9,95)	53,76 (18,74)	**	**	—	—	—	—
Distimia (MTD)	30,93 (9,86)	57,13 (26,50)	31,17 (34,11)	32,20 (30,89)	**	—	*	**	*	—
Depresión mayor (MTCC)	14,47 (11,33)	46,87 (28,05)	37,67 (30,12)	50,70 (20,71)	**	*	**	—	—	—
Ansiedad (HADA)	1,03 (0,18)	0,91 (0,88)	1,93 (0,94)	1,93 (0,94)	**	**	**	—	—	—
Depresión (HADD)	1,03 (0,18)	1,53 (0,83)	1,70 (0,91)	1,50 (0,78)	**	**	**	—	—	—

¹ Se indican las diferencias significativas entre pares de grupos según la prueba U de Mann-Whitney. *p<0,005; **p<0,01.

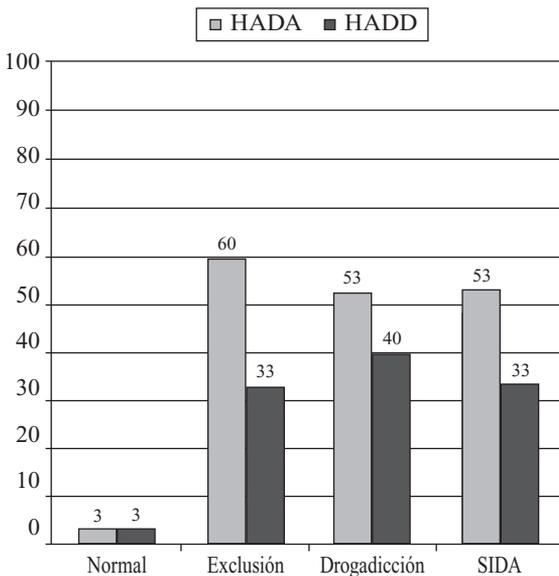


Figura 1. Porcentaje de participantes que presentan ansiedad y/o depresión según la HAD.

Mann-Whitney. En líneas generales, podemos observar en todas las escalas del MCMI-II (ver Tabla 2) y del HAD diferencias entre los grupos denominados «excluidos» respecto al grupo denominado normal (ver Figura 1). Además, en las escalas MTA ansiedad y MTD distimia, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo drogadicción y el

grupo pobreza, y en la escala MTPP trastorno delirante, estas diferencias se establecen entre los grupos denominados drogadicción, SIDA y normal.

DISCUSIÓN

Alteraciones de ansiedad

Los últimos datos 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. En concreto, en nuestro estudio hemos usado dos parámetros para medir 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 muestran 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 *normal*. 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 esta-

dísticamente significativas exclusivamente con el grupo *normal*. Sin embargo, deteniéndonos en el porcentaje de participantes que presentan indicadores sugerentes de ansiedad y depresión (Figura 1), 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, Tropo, y Burgess, 2000). De hecho, muchos autores 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 este estudio, no debemos olvidar que nuestro interés es ahondar en las diferencias del colectivo SIDA /DROGA/ exclusión social con otros grupos de *excluidos* y con la población *normal*. Por ello, nuestras conclusiones no irán orientadas hacia las repercusiones 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 ¿qué aporta la infección SIDA en una situación de exclusión social?

Algunos autores (Calvo, 1995; Prieto y Penasa, 1998) explican que son dos los grandes grupos de problemas asociados al VIH que generan ansiedad, los de tipo reactivo y/o los de etiología neuropsiquiátrica, donde la ansiedad deriva de aspectos secundarios a la inmunodepresión o como resultado directo del VIH en el SNC. Nosotros compartimos parcialmente las aproximaciones teóricas ofrecidas, sin embargo, éstas 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 son indicativos de presencia de ansiedad.

Una posible explicación a estas cuestiones la podemos encontrar en la situación de la infección SIDA en las personas estudiadas. 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 seis años. Algunos autores (Calvo, 1995; Zaleski, 2000) han sugerido que los niveles de ansiedad disminuyen según la enfermedad progresa. Parece ser que el individuo 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 multidisciplinar se cubrían un gran número de las neceSIDAdes de estas personas. De ese modo, 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 cuidados durante 24 horas) y el equipo disponía de un amplio dispositivo (psicólogo, trabajador social, abogado, educadores, monitores, auxiliares) que intentaban afrontar dificultades en cualquier campo que les surgiese a las personas. 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 a nuestro entender, 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 participantes 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 *normal*. Además del posible sesgo en la asistencia a estas revisiones que conlleva el que los grupos *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 ocuparán de él» (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 del 40% de los casos recibe fármacos ansiolíticos y sólo el 6,7% ha recibido la prescripción por un psiquiatra.

Los bajos niveles de ansiedad en el grupo de personas con VIH/SIDA de nuestra muestra pueden ser explicables, 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 suministrarles 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 las personas con la infección VIH/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 las personas de este grupo. En las revisiones mensuales 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. Uno de los más indicativos es el nivel de ansiedad que

los participantes experimentan y en el caso de que la ansiedad sea percibida como elevada, la persona o bien recibirá un tratamiento sintomático ansiolítico, o bien un incremento de la dosis de metadona. Es decir, los participantes 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». Éste, 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 acogida, etc.). 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 individuos son conscientes de que su situación anterior les resulta 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 inclusión 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 estas personas no se beneficiasen de las distintas intervenciones, sus niveles de ansiedad posiblemente serían muy superiores.

Trastornos del estado de ánimo

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 dato de prevalencia del 60% (APA, 2002). A pesar de este porcentaje elevado, los distintos parámetros usados como indicadores de sintomatología depresiva no indican la presencia de este tipo de trastornos en nuestra muestra. En este sentido, las puntuaciones en la HAD y en el MCMI-II muestran que los niveles indicativos del estado de ánimo 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 constituido 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 (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993), con la propuesta del modelo de estrés de la perturbación de la identidad. En éste se plantea 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 cambie 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-elicitors de estados de enfermedad. Dicho de otro modo, los efectos adversos de los sucesos vitales estresantes sobre la salud se manifestarán en 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 fuentes generadoras de enfermedad. De hecho, creemos que en multitud de ocasiones es la percepción de enfermedad lo que determina muchos de los efectos en el estado de ánimo. Es posible que las personas estudiadas, en un número importante, se encuentren en el peor momento desde el punto de vista de la enfermedad. Sin embargo, se «ven» mejor que en muchos otros momentos de su vida (recordemos que hablamos siempre de situaciones de exclusión): se ven nutridas, limpias, cuidadas, con una casa, con una serie de servicios, etc.; 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 cinco ó seis 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 inclusión 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. Además de verse sana, ve que su vida puede encaminarse hacia la «normalidad». Concretamente, en ese momento del proceso se sitúa la muestra que hemos tomado. Los parti-

cipantes 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 cómo ellos se ven en ese momento y la percepción que tienen de su futuro, hace que su autoconcepto y autoestima sean positivos, siendo ésta, a nuestro entender, la razón para obtener puntuaciones bajas en las escalas relacionadas con la sintomatología del estado de ánimo.

A la vista de estos resultados, podría parecer un «error» 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 residir una media de seis meses y estabilizarse, tienen la sensación de estar bien y de poder afrontar cualquier situación. Muchos creen, erróneamente, 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» con escasos recursos), bien porque no presentan las habilidades y/o estrategias psicológicas necesarias para poder llevar a cabo este proceso 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 su salud, lo que les devolverá al hospital y de nuevo al centro específico. Así, se produce, en ocasiones, la situación de individuos con más de cinco reingresos en los centros con el deterioro progresivo en la persona y con el menor número de posibilidades de inclusión.

Creemos que esta última situación, es decir, la dificultad o imposibilidad en algunas ocasiones para la inclusión, es lo que hace que algunos de los participantes en nuestro estudio presenten alteraciones en el estado de ánimo reflejándose en puntuaciones elevadas en deter-

minadas escalas, sin embargo, estos valores son escasos puesto que son pocos los participantes que consiguen ir adelante en los procesos de reinserción.

A pesar de lo antes expuesto, los distintos grupos de exclusión muestran niveles más altos en 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 (posiblemente por su relación con el síndrome de abstinencia). Así, estos cuadros depresivos (de distinta intensidad) no son la demanda que presentan estas personas cuando acuden a los especialistas porque o lo «olvidan» o entienden que es consecuente de la situación en la que se encuentran. De hecho, sólo tres participantes de nuestro estudio recibían tratamiento antidepressivo.

Por tanto, podemos decir que en nuestra muestra los niveles esperados en trastornos depresivos fruto de la infección VIH/SIDA (estado, 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, tal vez, los posibles factores etiológicos son modulados por una intervención biopsicosocial o por el propio individuo con la evitación (olvido).

REFERENCIAS

- 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, 31-45.

- Ayuso, J.L. (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 53-69.
- 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).
- Calvo, F. (1993). Intervención psicológica y SIDA. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud* (pp. 393-419). Madrid: Ediciones de la UniverSIDA Complutense.
- Calvo, F. (1995). Evaluación psicológica en el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En A. Roa (Ed.), *Evaluación psicológica clínica y de la salud* (pp.733-754). Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- 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.
- 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, 7-18.
- Combs, D.R. y Livingston T. (2001). Psychological sub-types among persons with HIV infection: an empirical study. *AIDS Care*, 13, 157-162.
- Flores, E. (2004). *Alteraciones emocionales, variables de personalidad y estrategias de afrontamiento en personas afectadas por SIDA*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- Flores, E., Borda, M y Pérez, M.A. (2005). AIDS and social exclusion: Personality features or adaptativos behaviors? *The Spanish Journal of Psychology*, 8, 45-55.
- Flores, T. (1997). Sistema inmunitario y SIDA. En J. E. Rojo y E. Cirera (Eds.), *Interconsulta Psiquiátrica* (pp. 323-344). Barcelona: Masson.
- García-Camba, E. (1998). Psiquiatría de enlace e infección por VIH. En E. García-Camba (Eds.), *Psiquiatría y SIDA* (pp.29-40). Barcelona: Bibliostam.
- 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.*, Madrid.
- 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, 1-62.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA. (Adaptación española realizada por A. Ávila-Espada y colaboradores).
- Millon, T. (2002). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II* (3rd ed.). Madrid: TEA. (Adaptación española realizada por A. Ávila-Espada y colaboradores).
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 91-149.
- Pérez, A., Pérez, M. y Pascual, A. (1998). Aspectos psiquiátricos en pacientes con SIDA en el Hospital general. *Anales de Psiquiatría*, 14, 379-383.
- 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, 194-199.
- Piña, J.A., y Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: Su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 71-83.
- Prieto, L. y Penasa, B. (1998). SIDA y unidades de salud mental. En E. García-Camba, (Eds.), *Psiquiatría y SIDA* (pp. 41-49). Barcelona: Bibliostam.
- Remor, E., Carrobles, J.A., Arranz, P., Matínez-Donate, A y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología conductual*, 9, 323-336.
- Rokach, A. (2000). Correlates of loneliness as perceived by the terminally ill. *Current Psychology: Developmental learning Personality and Social*, 19, 237-248.
- Sierra, J.C. Buela-Casal, E. y Miró, E. (2001). Evaluación y tratamiento de la ansiedad generalizada. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp 133-188). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J.M. y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.
- 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.

Valverde, J. (1996). *Vivir con la droga*. Madrid: Pirámide

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, 61,568.

Zigmon, A.S. y Snaith,R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.