ISSN 2145-6568

Revista de GEPU Psicología





Nº 1

Vol 7

Junio de 2016

Santiago de Cali

REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 7 No. 1 – Junio de 2016
ISSN 2145-6569

Editores
Argeli Arango Vasquez / Andrey Velásquez Fernández
argeli.arango@correounivalle.edu.co / andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

Rosa Bejarano
Universidad del Valle

Laura Daniela de los Rios
Universidad Javeriana Cali

Andres Felipe Beltran
Universidad del Valle

Catalina Cardona Hurtado
Universidad del Valle

Marlon Muñoz Méndez
Universidad del Valle

Raquel Salcedo Mejía
Universidad San Buenaventura

Erika Yuliana Castro
UCC Cali

Adriana Narvaez
Universidad del Valle

Nicole Pérez Ortiz
Universidad del Valle

Manuela Betancourt
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

Nora Couso
Área de Medición Educativo Provincia del Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagogica y la Salud Mental

INDEXACIONES

Publindex Indexación - Homologación Categoría B

AUSPICIADORES

La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia – Sudamérica. **Safe Creative Código 1707142947895**

IBSN 2145-6569-0-7

Revista de Psicología GEPU Vol. 7 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-.--7-No-.--1.htm

DEPRESIÓN Y VARIABLES ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO DE VIH-SIDA EN LA POBLACIÓN DE LA IPS VITAL SALUD

DEPRESSION AND CLINICAL CATEGORIES ASSOCIATED TO HIV-AIDS DIAGNOSIS AT THE IPS VITAL SALUD POPULATION

Elisama Beltrán De la Rosa, Orlando Silvera Tapia, Kelly Yelena Armella, Arianis Marín Daza, Amalia Román Garrido & Nataly Rojas Jiménez

Información de los autores: *Elisama Beltrán De la Rosa.* Candidata a doctora en Psicología Altlantic International University- EE.UU. Magíster en psicología en intervención familiar Columbus IBS-Aragón, España. Especialista en salud familiar Universidad del Norte, Especialista en VIH, Asociación Colombiana de Infectología. Especialista en psicología en intervención familiar Columbus IBS-Aragón, España. Psicóloga Universidad Metropolitana. Docente de la Universidad Metropolitana de Barranquilla. Investigadora del grupo CEPUM, Universidad Metropolitana. Correo electrónico: elisama.beltran@unimetro.edu.co

Orlando Silvera Tapia. Estudiante de maestría en Salud Pública, Universidad del Norte. Especialista en periodoncia Universidad Sao Pablo. Especialista en Gerencia en Salud Universidad del Norte. Gerente de la IPS Vital Salud. Odontólogo Universidad Sao Pablo. Correo electrónico: osilvera31@hotmail.com

Kelly Yelena Armella. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: kellyyelena@hotmail.com.

Arianis Marín Daza. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: animada20@hotmail.com.

Amalia Román Garrido. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: amaly2202@hotmail.com

Nataly Rojas Jiménez. Estudiante pregrado de Psicología. Universidad Metropolitana. Correo electrónico: natyrojas_02_06@hotmail.com

Referencia recomendada: Beltrán-De la Rosa, E., Silvera-Tapia, O., Armella, K., Marín-Daza, A., Román-Garrido, A., & Rojas-Jimenez, N. (2016). Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud. *Revista de Psicología GEPU, 7 (1),* 40-71

Resumen: El presente artículo describe los principales hallazgos que se desprenden del estudio acerca de la depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida, el cual se realizó desde la metodología descriptiva comparativo, de tipo transversal, con método de medición basado en el enfoque cualitativo y cuantitativo, donde se involucran variables de tipo socio-demográficas, categoría clínica de la infección por el conteo de CD4, carga viral, factores asociados a la depresión. El estudio se estableció con una muestra de 120 pacientes bajo los siguientes criterios de exclusión: pacientes en gestación, puérperas, con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por depresión y efectos adversos al tratamiento antirretroviral. Dentro de los resultados generales se encontró que no existe una relación entre el diagnóstico de VIH-Sida y la depresión; lo que existe es una relación entre las condiciones asociadas a la enfermedad y la depresión.

Palabras claves: Depresión, VIH, Sida, CD4, Carga viral, Antirretroviral.

Abstract: The present article describe the principal findings from the study about the depression and clinical categories associated to HIV-AIDS diagnosis, this study was developed with a descriptive and comparative methodology transversal type, there were used socio-demographic variables and clinical category of infection CD4, viral load, associated factors to depression. The study sampling size is 120 patients according to the following exclusion criteria: pregnancy woman, puerperal woman, patients with psychiatric diagnosis and treatment for depression and side effects to anti-retroviral treatment. As a result there is no relationship between HIV diagnosis and depression, but there is a relationship between associated conditions to the illness and depression.

Keywords: Depression, HIV-AIDS, CD4, Viral load, Anti-retroviral.

Recibido: 13 de Marzo de 2016 / **Aprobado:** 30 de Junio de 2016

INTRODUCCIÓN

El virus de Inmunodeficiencia Humana VIH-Sida se considera como una de las enfermedades más devastadoras del presente siglo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que "…aproximadamente 78 millones [71 millones–87 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH y 39 millones [35 millones–43 millones] de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el VIH" (ONUSIDA, 2014), además indica que en el mundo se infectaron 35 millones de personas con VIH (OMS, 2013), de los cuales 30 millones son adultos, y 3.4 millones son menores de 15 años (OMS, 2012), estimó además que anualmente mueren 1.8 millones de personas por la enfermedad. De acuerdo con Salvador, Lallana, Taboada & Mendaza (1997) "La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye la pandemia más agresiva de nuestro siglo y actualmente es el problema sanitario más grave por sus consecuencias devastadoras." (p. 69)

En Latinoamérica según los datos de la UNICEF (2013 Pág. 5) se estima que más de 1.5 millones de personas están viviendo con el VIH/SIDA de los cuales 740 mil son jóvenes entre los 15 y 24 años de edad. De acuerdo al informe mundial de avances de UN General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS, 2012) en Colombia la población más afectada en Colombia se encuentra entre los 20 y 39 años de edad (52.7%), presentándose un incremento en el número de casos reportados en los últimos años, sobretodo en personas mayores de 60 años.

Por otra parte la depresión es una enfermedad frecuente en el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas (OMS, 2012). La depresión difiere a lo que comúnmente se conoce como variaciones habituales del estado de ánimo o respuestas emocionales breves correspondientes a problemas de la vida cotidiana, y en ocasiones puede convertirse en un problema de salud, debido a la duración e intensidad, es importante anotar que la depresión se encuentra categorizada por niveles: Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, como leve, Moderada, Severa y Muy Severa, cada uno de estos niveles presenta criterios específicos que favorece un buen diagnóstico diferencial. (OPS, 2008) alterando de forma simultánea las actividades laborales, escolares y familiares, asimismo se ha asociado al suicidio, convirtiéndose en la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. (OMS 2012). La Organización Panamericana de la Salud – OPS (2002) ya advertía la problemática situación del virus en el mundo:

> Ya en su tercer decenio, la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA (VIH/SIDA) en las Américas sigue aumentando en forma sostenida. Hacia finales de 1999 se estimó que aproximadamente 2,5 millones de personas estaban infectadas por el VIH en la Región: alrededor de 1,3 millones en América Latina, unos 360.000 en el Caribe y aproximadamente 900.000 en América del Norte (cuadro 22). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estiman que cada día se producen entre 600 y 700 nuevas infecciones por el VIH en la Región, y que hasta el año 2000 habían muerto más de medio millón de personas por esta causa. (p. 278)

Según Bertolote, Tarsitan & De Paula (s. f), en el estudio sobre *La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS,* se encontró una alta prevalencia de personas con diagnóstico de VIH que presentaban como comorbilidad la depresión, lo que repercutía en el desarrollo y cuidado de la enfermedad con menor adherencia en el tratamiento o las recomendaciones médicas, incrementando así la remisión a la consultas psiquiátricas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) se presenta una prevalencia significativamente mayor en la población con diagnóstico de VIH que en la población general (alrededor de 35%), la presencia de la depresión se ha asociado a un deterioro de la calidad de vida, evolución de la enfermedad- VIH y disminución en la adherencia a la terapia anti-retroviral (Wolff C, 2012).

De acuerdo a Ballester R. (2003) en su estudio titulado *Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA*, "los programas de intervención psicológica para los pacientes con infección por VIH son escasos y todavía lo son más, los trabajo que presentan datos acerca del grado de eficacia de estos programas sobre variables clínicas relevantes" (Ballester, 2003. Pág. 1). Sin embargo este estudio muestra como la intervención grupal cognitivo-conductual estructurado en ocho sesiones ofrecen resultados preliminares acerca de su eficacia.

Por otro lado Gaviria, Quinceno & Venaccia S. (2009) evaluaron las estrategias de afrontamiento de la ansiedad-depresión focalizadas en la cognición, lo que arrojo un cambio significativo en la población estudiada con respecto a las técnicas de autoeficacia utilizadas en este grupo de pacientes pertenecientes a este estudio, mostraron un cambio favorable en el afrontamiento del diagnóstico de VIH, adhesión al tratamiento y más aún esclarecer como la depresión se encuentra asociada a factores externos de índole psicosocial que del diagnóstico de VIH, lo cual se superó con el proceso de intervención grupal y manejo clínico de la infección por VIH. (Canario & Baéz, 2005; Cárdenas,2005)

Se considera entonces que la depresión en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida, es de especial cuidado en la evolución clínica de la infección puesto que puede convertirse en un obstáculo para la adherencia al tratamiento, el incumplimiento en los controles médicos, o la continuidad en las recomendaciones del equipo interdisciplinario.

Estado emocional y diagnóstico de VIH

De acuerdo con los lineamientos legales del Ministerio de Salud y Protección Social (2006) en Colombia se estableció a través de guías de atención en VIH que la intervención psicológica se enfoca desde la terapia cognitiva basada en la autoeficacia, dicha intervención se dirige al manejo de creencias y expectativas de los resultados clínicos, estableciendo los recursos psicológicos, factores psicosociales del paciente que determinan las áreas de intervención en cada caso. De acuerdo con Tavera (2010) señala que:

> La infección por VIH se define como una enfermedad de afección al sistema inmune que afecta de manera directa a los linfocitos CD, es así que la baja respuesta inmune puede tener como consecuencia la presencia de infecciones intercurrentes o el desarrollo de células cancerígenas. Briongos et al (2007), la define como enfermedad inmunodepresiva, de impacto sociosanitario, debido al fuerte impacto y costo social que genera en las sociedades. El MINSA (2006, citado en Alcántara 2008) reporta que el gasto mensual por un sujeto viviendo con VIH puede fluctuar entre 1000 a 10 000 dólares al mes, debido a que usualmente afecta a población económicamente activa. (p. 2)

El estudio *Psychosocial Determinants of Health-Related Quality of Life of People Living with HIV/AIDS on Antiretroviral Therapy at Udupi District, Southern India* de Kamath y Hegde (2014) señalan que el estado emocional y los factores psicosociales influyen notoriamente en la calidad de vida del paciente, quien en este estudio encuentra una diferencia significativa en la depresión asociados a situaciones psicosociales, condiciones interpersonales y la espiritualidad. De acuerdo con Cazenave, Ferrer, Castro & Cuevas (2005), la familia se constituye en el grupo primario de atención y cuidado:

> Dentro del grupo familiar, según la evidencia, los cónyuges son la primera fuente de cuidados para las personas que se encuentran casadas, y los hijos la segunda; sin embargo, se reconoce que las hijas y las madres son las que ocupan el primer lugar como "cuidadores primarios" y los hijos y los padres el segundo lugar. (p. 51)

De acuerdo con UliukinIM, Voronin EE (1999) en su estudio *HIV infection: the psychological indices at different stages of the disease,* se indica que la depresión puede presentarse en las diferentes fases clínicas del VIH, se relaciona con el índice psicológico: actitud, nivel de adaptación, alteraciones neuropsíquicas; concluyendo que en las primeras etapas de la infección por VIH o infección aguda, no se observaron alteraciones de adaptación a diferencia del resto de etapas como son la etapa de Infección crónica, y la fase Sida, que si presentaban cambios emocionales, como la depresión, ansiedad entre otras. (Castillo, García, González, & Hincapié, 1995; Huanguang, Uphold, Wu, Reid, Findley, Duncan, 2004), así afirman Teva, Bermúdez, Hernández & Buela (2005) "La aparición de síntomas de depresión es esperable antes el conocimiento del diagnóstico de VIH, pero estos síntomas pueden convertirse en patología si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su nueva situación por parte del individuo." (p. 41)

Sin embargo estudios como el de Chanakira, Kingdom y Freeman (2014), *Social and psychosocial factors associated with high risk sexual behaviour among university students in the United Kingdom* , muestran que los cambios emocionales obedecen al comportamiento sexual debido a la incapacidad de mantener prácticas sexuales por el mismo deterioro de salud o por falsas creencias de no poder involucrarse en una relación de pareja o no poder llevar una vida sexual activa en el futuro, por temor a infectar a su pareja o por temor al rechazo de esta. Por su parte Halkitis, Pérez-Figueroa, Carreiro, Kingdon, Kupprat & Eddy (2014) en su texto *Psychosocial burdens negatively impact HIV antiretroviral adherence in gay, bisexual, and other*

men who have sex with men aged 50 and older AIDS Care, relaciona el componente emocional y la depresión en el paciente con VIH con: estereotipos, estigma social y la discriminación referida a la tendencia sexual.

Mientras que Rabiere y Lebrón (2010) en su estudio *Distorsiones cognitivas de personas que viven con VIH que asistieron al centro sanitario de Santo Domingo*. El diagnóstico VIH positivo puede ser considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, al estar asociado con un proceso de enfermedad de carácter crónico, irreversible y mortal que involucra, además, sentimientos de vergüenza, rechazo social, posible pérdida de trabajo y desprestigio social.

Infectología y VIH

La evolución del sistema inmunológico en el caso de la infección por VIH es clasificado en fases o Categorías clínicas A-B-C, dependiendo del resultado del conteo de linfocitos o células CD4, clasificación está amparada por el Centro de Control y enfermedades infectocontagiosas (CDC 1993). Cada categoría clínica se caracteriza por síntomas específicos que favorecen cambios tanto físicos como psicológicos en la persona que lo padece, la cual se encuentra atenta a cualquier cambio de su estado general, lo que puede generar un estado de tensión ante eventos relacionados con su tratamientos o efectos del mismo, sobre todo ante resultados de laboratorios, los cuales evidencian el progreso de la infección.

Este proceso genera un desgaste emocional en el paciente lo que se puede asociar a las múltiples reacciones o alteraciones emocionales, desencadenada por el proceso diagnóstico y seguimiento de la infección; y que en ocasiones suscita intervenciones psicológicas desde un enfoque cognitivo basada en la auto-eficacia, la Guía para el manejo de VIH /SIDA basada en la evidencia (2006) propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia sugiere que dicha intervención debe realizarse desde las etapas iníciales del diagnóstico de VIH buscando favorecer la capacidad de afrontamiento del paciente, ante los cambios clínicos que requiere el seguimiento de la infección, los recursos inmediatos en el manejo de la infección que dispone el paciente como son: Terapia Antirretroviral de Gran Actividad - TARGA, Seguridad social, apoyo integral que involucra familia, pareja y/o red de apoyo.

Tabla 1. Categorías Clínicas de VIH-Sida

CELULAS CD4	CATEGORIA CLINICA		
	Categoría A Asintomática	Categoría B Sintomática	Categoría C Indicador de SIDA
< 500/mm3 (≥29%)	A1	B1	C1
200-499/mm3 (14-28%)	A2	B2	C2
<200/mm3 (<14%)	A3	B3	C3

Fuente: Sistema de Clasificación según el Centro De Control Y Prevención De Enfermedades CDC (1993). Atlanta, Estados Unidos.

Todos estos recursos inmediatos favorecen desde su inicio la evolución clínica controlada del paciente a nivel integral, generando cambios en su actitud y su capacidad resiliente, sobreponiéndose al diagnóstico de VIH con todas las implicaciones en el manejo de la infección por el resto de su vida. A continuación se específica las categorías

clínicas de la infección del VIH-Sida a través del Sistema de Clasificación según el centro de control y prevención de enfermedades CDC de Atlanta (CDC, 1993)

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

Para el presente estudio la población estuvo constituida por 150 pacientes por criterios de exclusión 20%, la muestra es de 120 pacientes (n: 120) La unidad de estudio pertenece al programa integral VIH-Sida de la IPS Vital Salud de la ciudad de Barranquilla- Colombia. Dentro de las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la aplicación del consentimiento informado y el aval del comité de Bioética de Investigación de la Universidad Metropolitana y de la IPS Vital Salud de la ciudad de Barranquilla instituciones que apoyaron la investigación.

Para la muestra se indicaron Criterios de exclusión como pacientes en estado de gestación, puérperas, pacientes en tratamiento psiquiátrico por depresión y pacientes con efectos adversos al TARGA.

Diseño

El diseño se considera descriptivo comparativo, de tipo transversal, con método de medición basado en el enfoque cualitativo y cuantitativo, donde se involucran variables de tipo socio-demográficas, edad, sexo, tendencia sexual, estado civil, categoría clínica de la infección por el conteo de CD4, carga viral, factores intervinientes y tipos de depresión.

Instrumentos

Para este estudio se considera la escala Hamilton el cual evalúa determinantes individuales, lo que favorece la exteriorización de estímulos asociados a la enfermedad.

1. La escala de Hamilton: Evalúa la depresión, ajustada a la clasificación Internacional de enfermedades CIE-10. (OPS 2008) La validación de la versión española, la escala consta de 17 variables, las cuales son definidas en series de categorías e intensidad creciente, (Hamilton, 1960 Pág. 56) cada una de las variables tiene entre tres y cinco posibilidades de respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden utilizarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo Hamilton M., (1960 Pág. 23). La Guía de Práctica Clínica elaborada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) guía de alta calidad a nivel global en su elaboración y puntuación de "muy recomendada" según el instrumento Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE 2003), recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 , Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22,m Depresión muy severa: >23

2. Historia clínica: variables socio- demográficas, categoría clínicas de la infección por VIH-Sida.

2.1 Recuento de CD4 o conteo de CD4: Mide del número de células CD4 en un milímetro cúbico (mm3) de sangre, el valor de referencia en

personas no infectadas está entre 450 y 1.600 mm3. (Vélez; Rojas, et al 2005, Pág. 3)

2.2 Carga viral: Mide la cantidad de ARN vira los anticuerpos del VIH en sangre. (ATIS, 1999).Los resultados se expresan como número de copias de ARN del VIH en un mililitro de sangre. Una carga viral de 10.000 copias se considera baja y una mayor de 100.000, alta, denominándose indetectable a un resultado< de 40 copias. (Vélez; Rojas, et al 2005 Pág. 3)

Procedimiento

Los participantes del estudio pertenecen al programa integral VIH-Sida de la IPS Vital Salud de la ciudad de Barranquilla-Colombia, los cuales acuden una vez al mes a su valoración y seguimiento integral, durante la consulta de valoración se les informó, que formarían parte de un estudio a nivel científico, sobre la detección de trastornos emocionales como la depresión, para lo cual firmaron el respectivo consentimiento informado.

Para el desarrollo de este estudio se realizó la aplicación de la escala de Hamilton en la obtención del diagnóstico de depresión, la Historia clínica tales como: variables sociodemográficas. Edad, sexo, estado civil, tendencia sexual, Resultados de pruebas de laboratorio como Carga viral, Conteo o recuento de linfocitos o CD4.

Las variables establecidas para considerar la relación entre el diagnóstico de VIH y la depresión fueron categorías o etapas clínicas del VIH como son fase A, fase B y fase C. Como nota sobresaliente al aplicar la prueba se detectaron factores intervinientes como ideas erróneas, distorsiones cognitivas relacionado con el estigma y la discriminación, relacionar el diagnostico con un castigo divino, todas estas ideas, distorsiones cognitivas fueron intervenidas bajo el modelo de la auto-eficacia basado en el enfoque cognitivo conductual.

RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó a través del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 18. Se estableció con una muestra de 120 pacientes con los siguientes criterios de exclusión:

1. Pacientes en gestación o puérperas.
2. Pacientes con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por depresión y efectos adversos al tratamiento antirretroviral.

De acuerdo con los resultados se establecen las condiciones sociodemográficas más importantes de la población, sexo y edad, estado civil y diagnóstico de VIH, tendencia sexual, depresión de acuerdo a la escala Hamilton, y finalmente un análisis integrado de estas variables.

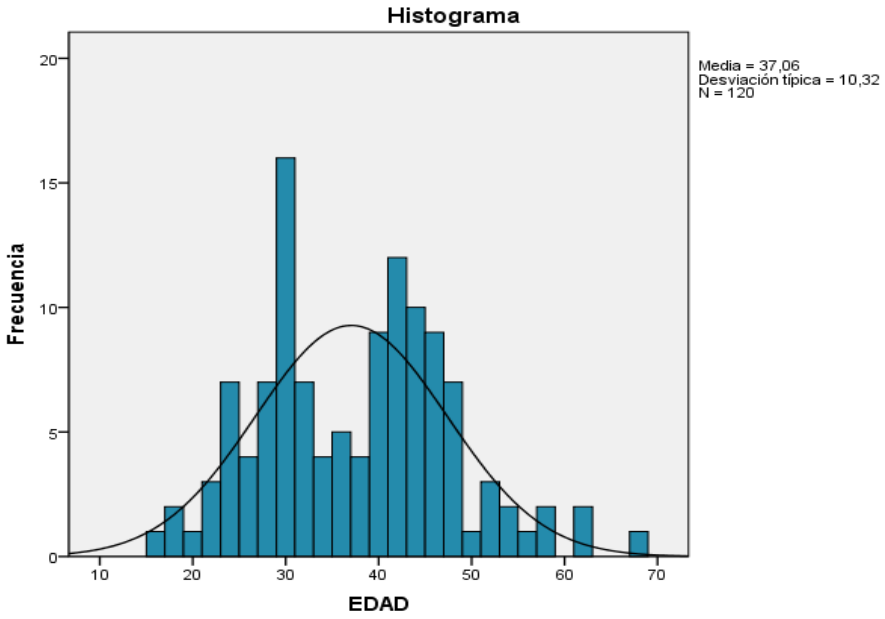
En relación a las variables sociodemográficas se encuentran los siguientes datos, en el que se establece la prevalencia del sexo masculino sobre el femenino.

SEXO

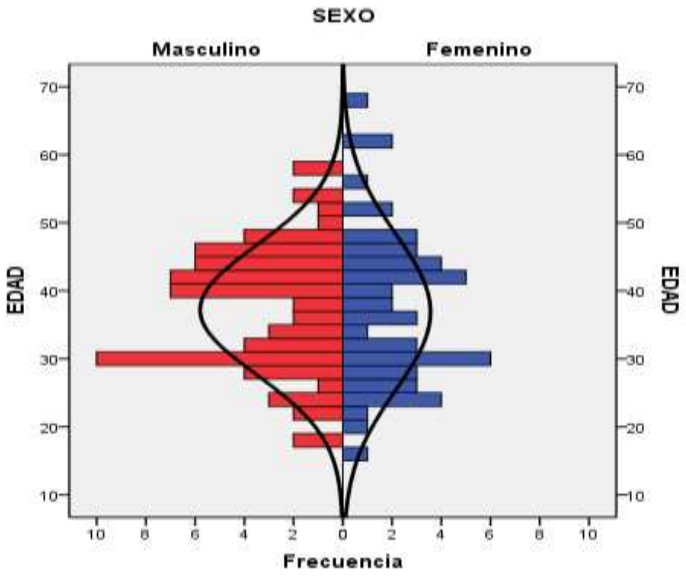
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	69	57,5	57,5	57,5
	Femenino	51	42,5	42,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Con respecto a la edad se destaca que una alta población pertenece al ciclo evolutivo de edad media, consolidándose los 37 años como edad promedio.

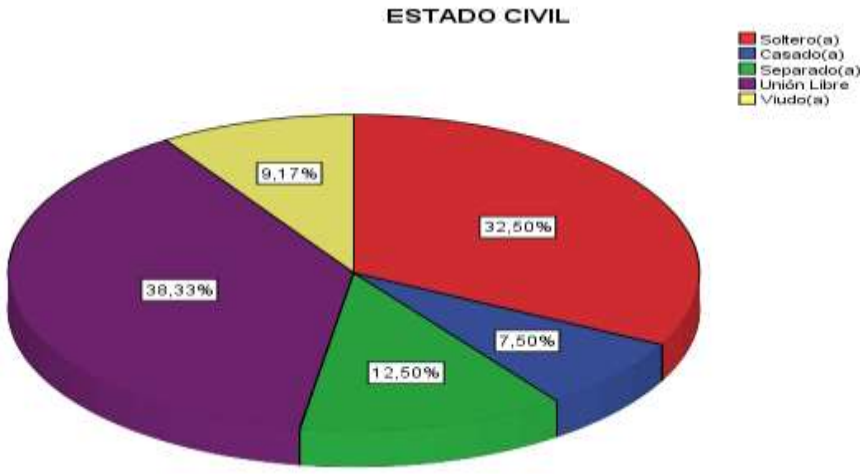
Sin embargo acerca de estos datos se puede establecer entonces una relación importante entre la edad y el sexo de la población participante, en razón de que los diagnósticos más frecuentes se encuentran alrededor de los 30 años tanto en hombre como en mujeres, lo que supondría el periodo de vida sexual más activa.



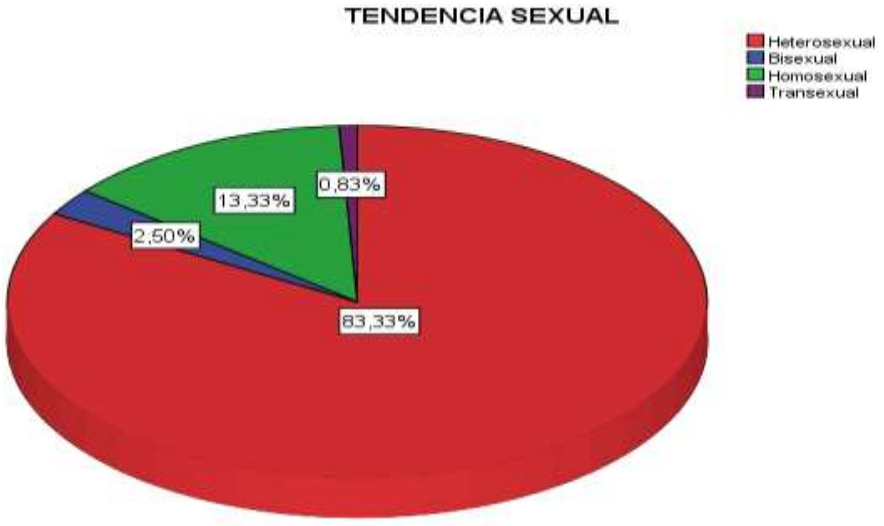
Sin embargo acerca de estos datos se puede establecer entonces una relación importante entre la edad y el sexo de la población participante, en razón de que los diagnósticos más frecuentes se encuentran alrededor de los 30 años tanto en hombre como en mujeres, lo que supondría el periodo de vida sexual más activa.



En el estado civil se evidencia que el porcentaje más alto de personas convivientes con diagnóstico de VIH se concentra en la población que vive en unión libre con un 38.3% seguido de la población soltera con un 32.5%.



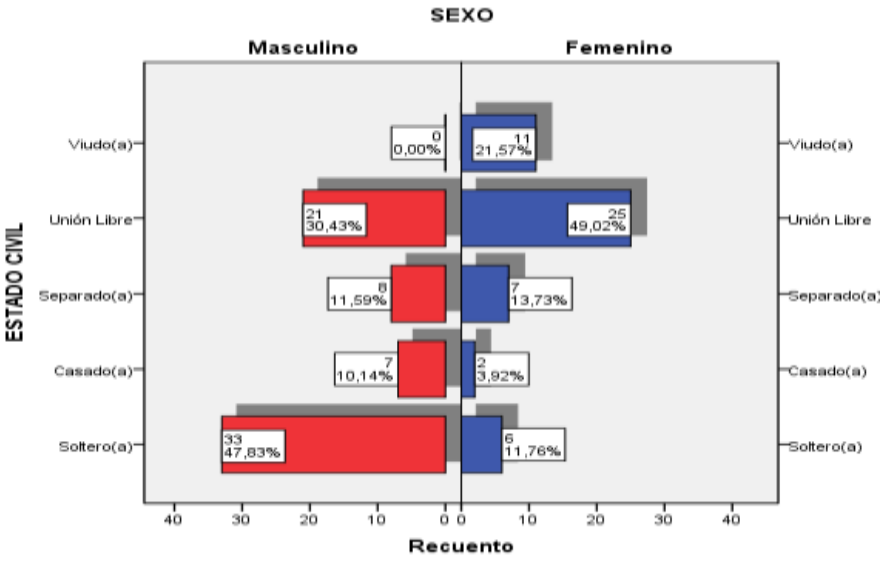
Adicional a esto, se encuentra que con respecto a la tendencia sexual, la población conviviente con VIH de la muestra es en un 83.33% heterosexual.



Mientras que en cuanto al sexo y al estado civil se tiene que el 49.02% de la población femenina que vive en unión libre tienen diagnóstico de VIH y tan solo el 30.43% en la población masculina del mismo estado civil, contrasta que el 47.83% de la población soltera masculina tiene diagnóstico por VIH mientras que la

población femenina soltera solo tienen diagnóstico el 11.76%, pero en la población femenina viuda se incrementan el porcentaje de mujeres con diagnóstico de VIH con un 21.57%.

En todo caso, el porcentaje más alto de diagnóstico con VIH se concentra en la población que vive en unión libre sumando ambos sexos. Para el caso femenino se le sigue la viudez, mientras que en el caso de los hombres es la soltería la puntuación más alta.



Para efectos de análisis del tiempo de antigüedad del diagnóstico se pudo establecer que el 40.8% de la población tiene entre 7 y 11 años de convivir con el diagnóstico, seguido del 38.3% tiene entre 4 y 6 años del estar diagnosticado.

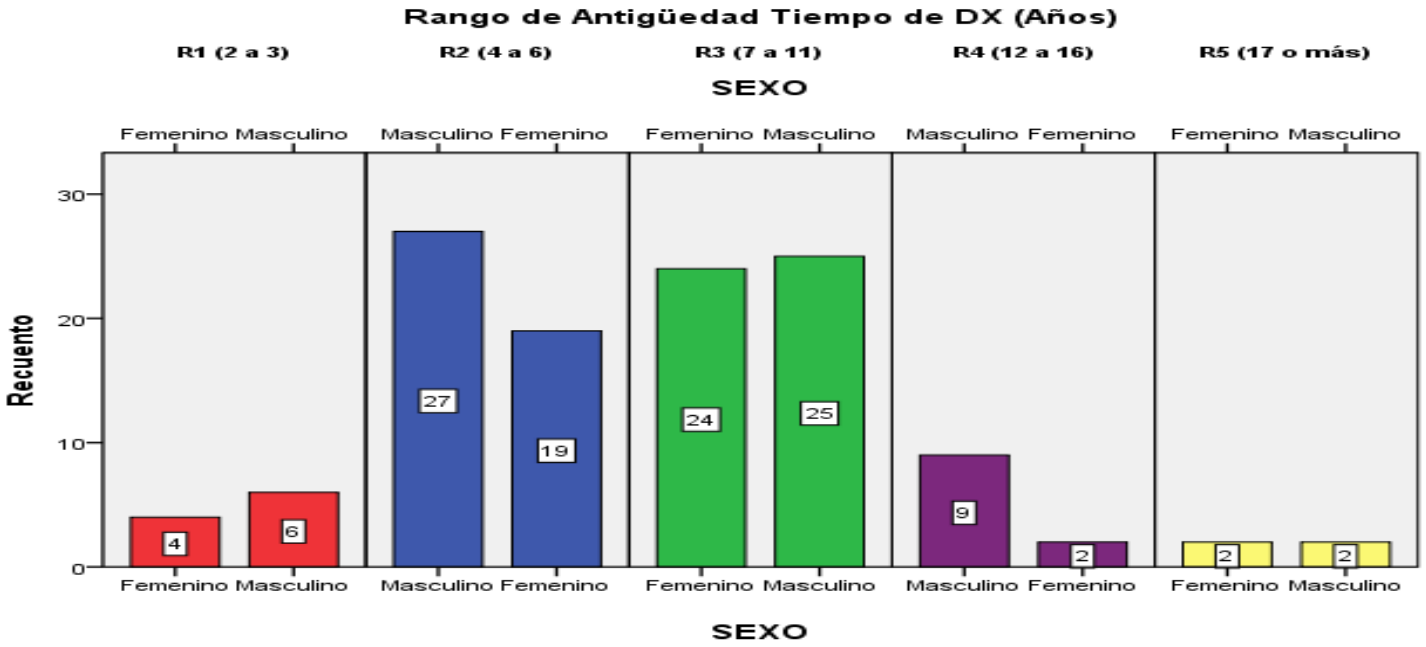
Rango de Antigüedad Tiempo de DX (Años)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	R1 (2 a 3)	10	8,3	8,3	8,3
	R2 (4 a 6)	46	38,3	38,3	46,7
	R3 (7 a 11)	49	40,8	40,8	87,5
	R4 (12 a 16)	11	9,2	9,2	96,7
	R5 (17 o más)	4	3,3	3,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

En cuanto al tiempo de convivir con el VIH se encuentra que el 16.7% de la población tiene 4 años de haber sido diagnosticado, seguido del 15% con 10 años de tener el diagnóstico, y 12.5% con 5 años de convivencia con el VIH.

TIEMPO DE DX (AÑOS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	1,7	1,7	1,7
	3	8	6,7	6,7	8,3
	4	20	16,7	16,7	25,0
	5	15	12,5	12,5	37,5
	6	11	9,2	9,2	46,7
	7	10	8,3	8,3	55,0
	8	10	8,3	8,3	63,3
	9	8	6,7	6,7	70,0
	10	18	15,0	15,0	85,0
	11	3	2,5	2,5	87,5
	12	2	1,7	1,7	89,2
	13	3	2,5	2,5	91,7
	14	2	1,7	1,7	93,3
	15	4	3,3	3,3	96,7
	17	1	,8	,8	97,5
	19	1	,8	,8	98,3
	21	1	,8	,8	99,2
	27	1	,8	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



También se pudo establecer una relación importante entre la antigüedad del diagnóstico y el sexo, encontrándose que los hombres tienen en su mayoría un promedio de convivencia con el diagnóstico de VIH de entre 4 y 11 años, en más alto número de casos que las mujeres en el mismo periodo de antigüedad, aunque no en el mismo porcentaje, en ese sentido las mujeres superan a los hombres. Es decir un 73.5% para los hombres con 52 casos de 69 pacientes, y un 84.3% para las mujeres con 43 casos de 51 pacientes.

En relación a los resultados obtenidos por la Escala Hamilton de depresión, se encuentra que 39.2% de la población no presenta depresión, sin embargo el 34.2% presenta depresión leve, un 24.2% presenta depresión severa, y un 2.5% presenta depresión moderada, es decir el 60.8% de la población presente síntomas depresivos.

DX. HAMILTON

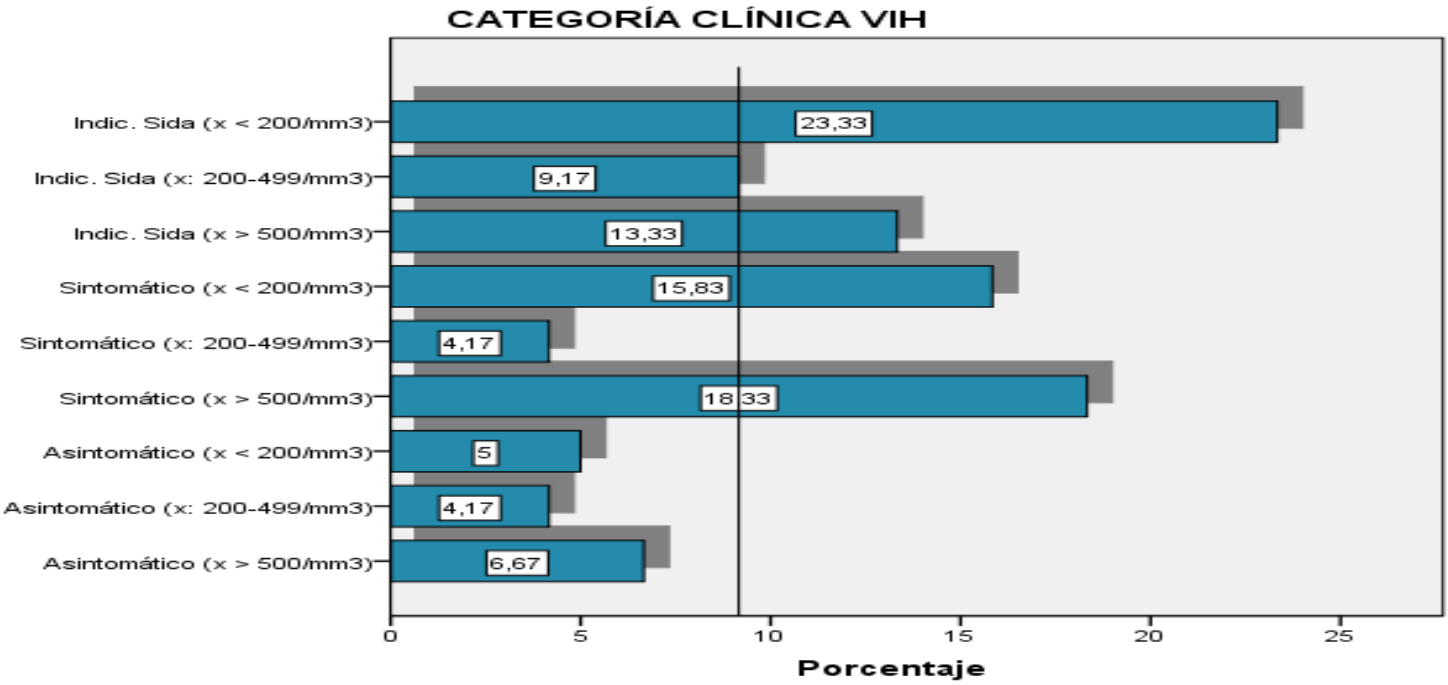
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin Depresión	47	39,2	39,2	39,2
	Depresión Leve	41	34,2	34,2	73,3
	Depresión Moderada	3	2,5	2,5	75,8
	Depresión Severa	29	24,2	24,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Adicionalmente se pudo establecer que la población, también presentaba enfermedades médicas asociadas al diagnóstico. En general se encuentran otras infecciones de transmisión sexual (ITS) con un 70.9% de la totalidad de la población.

Lo que se puede asociar entonces a las categorías clínicas pertenecientes a la condición especifica del virus. Entonces se presenta que el 23.3% de la población presenta *Índice Sida (x < 200/mm3)*. Mientras el 18.3% se encuentra *Sintomático (x > 500/mm3)* y el 15.8% se encuentra *Sintomático (x < 200/mm3)*

COMORBILIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	OTRAS ITS	85	70,9
	TBC PULMONAR	8	6,7
	TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	6	5,0
	SÍNDROME DE EMACIACIÓN	4	3,3
	SINTOMATICO DIGESTIVO	4	3,3
	LINFADENOMAGALIA CERVICAL	3	2,5
	SARCOMA DE KAPOSI	3	2,5
	SINTOMATICO RESPIRATORIO	3	2,5
	HEPATITIS B	2	1,7
	HERPES ZOSTER	1	,8
	INSUFICIENCIA RENAL	1	,8
	TOTAL	120	100,0



Con respecto a los factores personales asociados al diagnóstico de VIH de la población se encontró que el 23.3% de las personas se encuentra emocionalmente estable, un 16.7% presenta crisis familiares, un 15.8% tiene pérdida de empleo y tan solo un 9.2% presentan ansiedad.

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	28	23,3
	CRISIS FAMILIAR	20	16,7
	PERDIDA DE EMPLEO	19	15,8
	ANSIEDAD	11	9,2
	SENTIMIENTOS DE CULPA	10	8,3
	EGOSINTÓNICO	9	7,5
	IDEAS SUICIDAS	5	4,2
	DESCONFIANZA EN TRATAMIENTO	4	3,3
	RESILIENTE	4	3,3
	CONFLICTOS SEXUALES	3	2,5
	SINTOMAS SOMATOMORFOS	2	1,7
	VICTIMIZACIÓN	2	1,7
	PSICOSIS	1	,8
	TRASTORNO DEL SUEÑO	1	,8
	VIVE SOLO	1	,8

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	28	23,3
	CRISIS FAMILIAR	20	16,7
	PERDIDA DE EMPLEO	19	15,8
	ANSIEDAD	11	9,2
	SENTIMIENTOS DE CULPA	10	8,3
	EGOSINTÓNICO	9	7,5
	IDEAS SUICIDAS	5	4,2
	DESCONFIANZA EN TRATAMIENTO	4	3,3
	RESILIENTE	4	3,3
	CONFLICTOS SEXUALES	3	2,5
	SINTOMAS SOMATOMORFOS	2	1,7
	VICTIMIZACIÓN	2	1,7
	PSICOSIS	1	,8
	TRASTORNO DEL SUEÑO	1	,8
	VIVE SOLO	1	,8
	Total	120	100,0

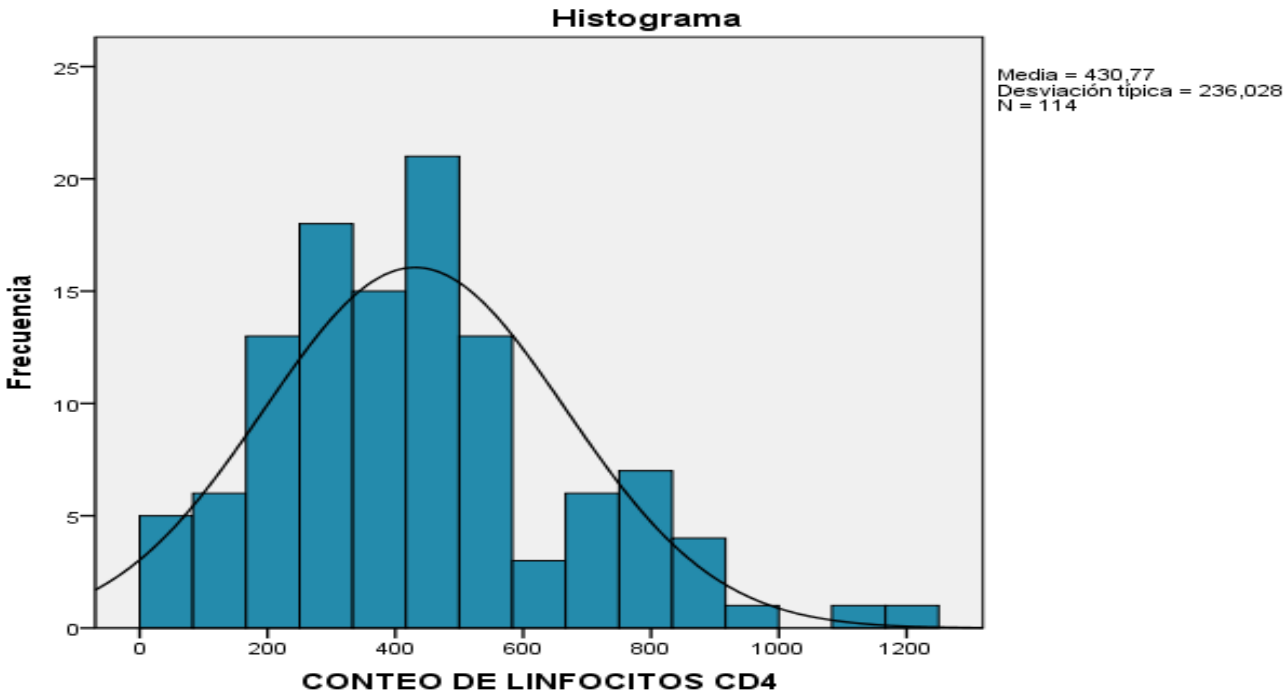
Por su parte los datos importantes se encuentran en los resultados de Carga Viral y conteo de Linfocitos CD4 para la población se encuentra la siguiente relación.

Carga Viral y CD4

		CARGA VIRAL	CONTEO DE LINFOCITOS CD4
CARGA VIRAL	Correlación de Pearson	1	-,252**
	Sig. (bilateral)		,007
	N	120	114
CONTEO DE LINFOCITOS CD4	Correlación de Pearson	-,252**	1
	Sig. (bilateral)	,007	
	N	114	114

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La media frecuente en el conteo de Linfocitos CD4 se encuentra en 430.77 en general para el total de la población.



Frente a la relación de la sintomatología depresiva arrojada por la escala Hamilton y las categorías clínicas del VIH se encuentra que el 10% de la población sin síntomas depresivos tiene *Indicador Sida (x < 200/mm3),* y un 9.2% de la misma población sin síntomas depresivos se presentan en la categoría *Sintomático (x > 500/mm3)*.

Para el caso de los resultados de la Escala Hamilton con síntomas depresivos leves se encuentra que el 6.7% de esta población se presenta en la categoría clínica *Sintomático (x > 500/mm3)* y otro 6.7% de la misma población con síntomas depresivos leves se presenta en la categoría clínica *Sintomático (x < 200/mm3)*.

		DX. HAMILTON			
		Sin Depresión		Depresión Leve	
		Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
CATEGORÍA CLÍNICA VIH	Asintomático (x > 500/mm3)	1	,8%	4	3,3%
	Asintomático (x: 200-499/mm3)	2	1,7%	2	1,7%
	Asintomático (x < 200/mm3)	1	,8%	2	1,7%
	Sintomático (x > 500/mm3)	11	9,2%	8	6,7%
	Sintomático (x: 200-499/mm3)	2	1,7%	2	1,7%
	Sintomático (x < 200/mm3)	7	5,8%	8	6,7%
	Indic. Sida (x > 500/mm3)	8	6,7%	4	3,3%
	Indic. Sida (x: 200-499/mm3)	3	2,5%	7	5,8%
	Indic. Sida (x < 200/mm3)	12	10,0%	4	3,3%
	Total	47	39,2%	41	34,2%

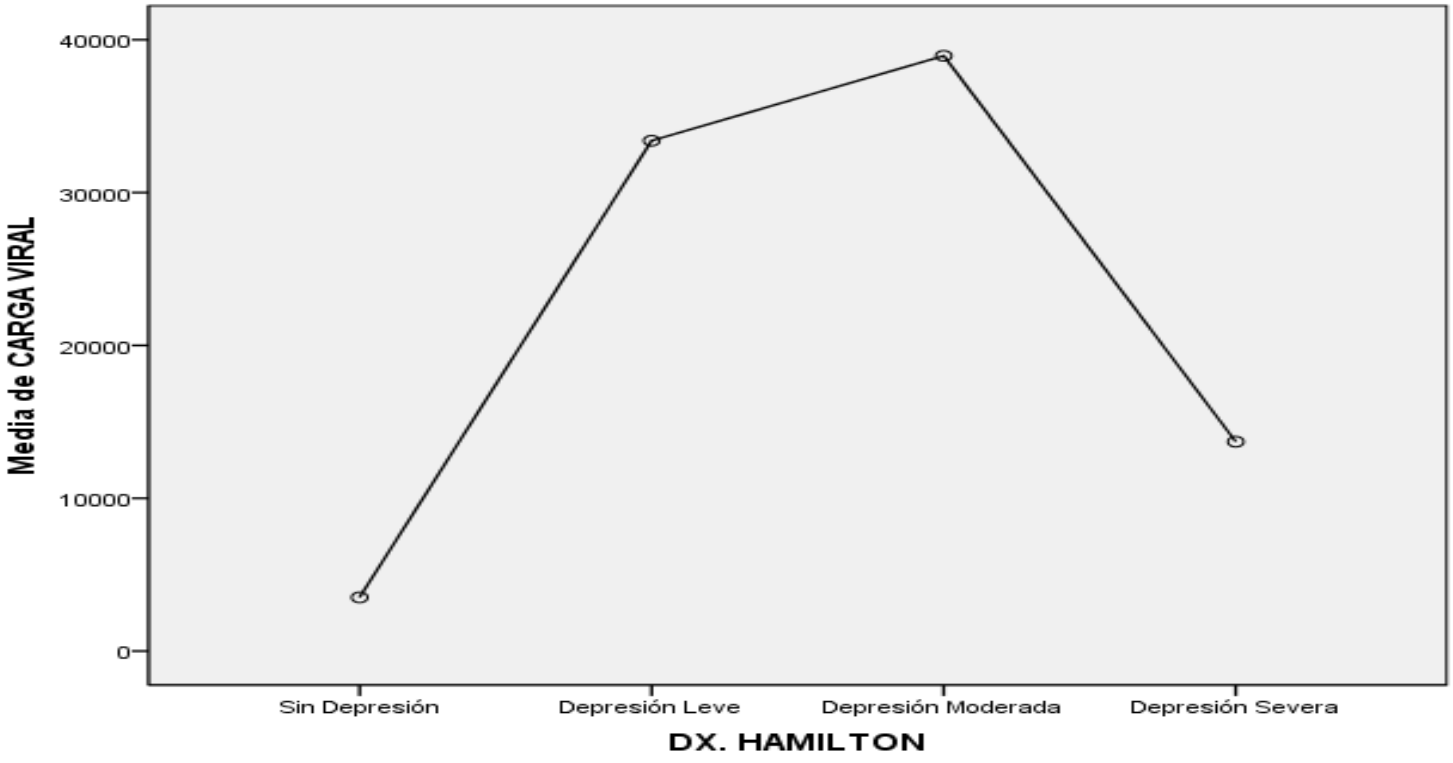
En relación a la sintomatología depresiva tipo depresión moderada arrojada por la escala Hamilton y las categorías clínicas del VIH se encuentra que en realidad no es significativo puesto que solo se presentan 3 casos, cada uno equivalente a 0.8%, un caso en las categorías clínicas de *Sintomático (x > 500/mm3), Sintomático (x: 200-499/mm3)* e *Indicador Sida (x < 200/mm3)*.

		DX. HAMILTON	
		Depresión Moderada	
		Recuento	% del N de la tabla
CATEGORÍA CLÍNICA VIH	Asintomático (x > 500/mm3)	0	,0%
	Asintomático (x: 200-499/mm3)	0	,0%
	Asintomático (x < 200/mm3)	0	,0%
	Sintomático (x > 500/mm3)	1	,8%
	Sintomático (x: 200-499/mm3)	1	,8%
	Sintomático (x < 200/mm3)	0	,0%
	Indic. Sida (x > 500/mm3)	0	,0%
	Indic. Sida (x: 200-499/mm3)	0	,0%
	Indic. Sida (x < 200/mm3)	1	,8%
	Total	3	2,5%

Para el caso de los resultados referidos a la sintomatología de depresión severa establecida por la Escala Hamilton y las categorías clínicas, los datos obtenidos indican que el 9.2% de esta población con síntomas de depresión severa se encuentran en la categoría *Indicador Sida (x < 200/mm3)*, el 3.3% en la categoría *Sintomático (x < 200/mm3)* y un 3.3% en la categoría *Indicador Sida (x > 500/mm3)*.

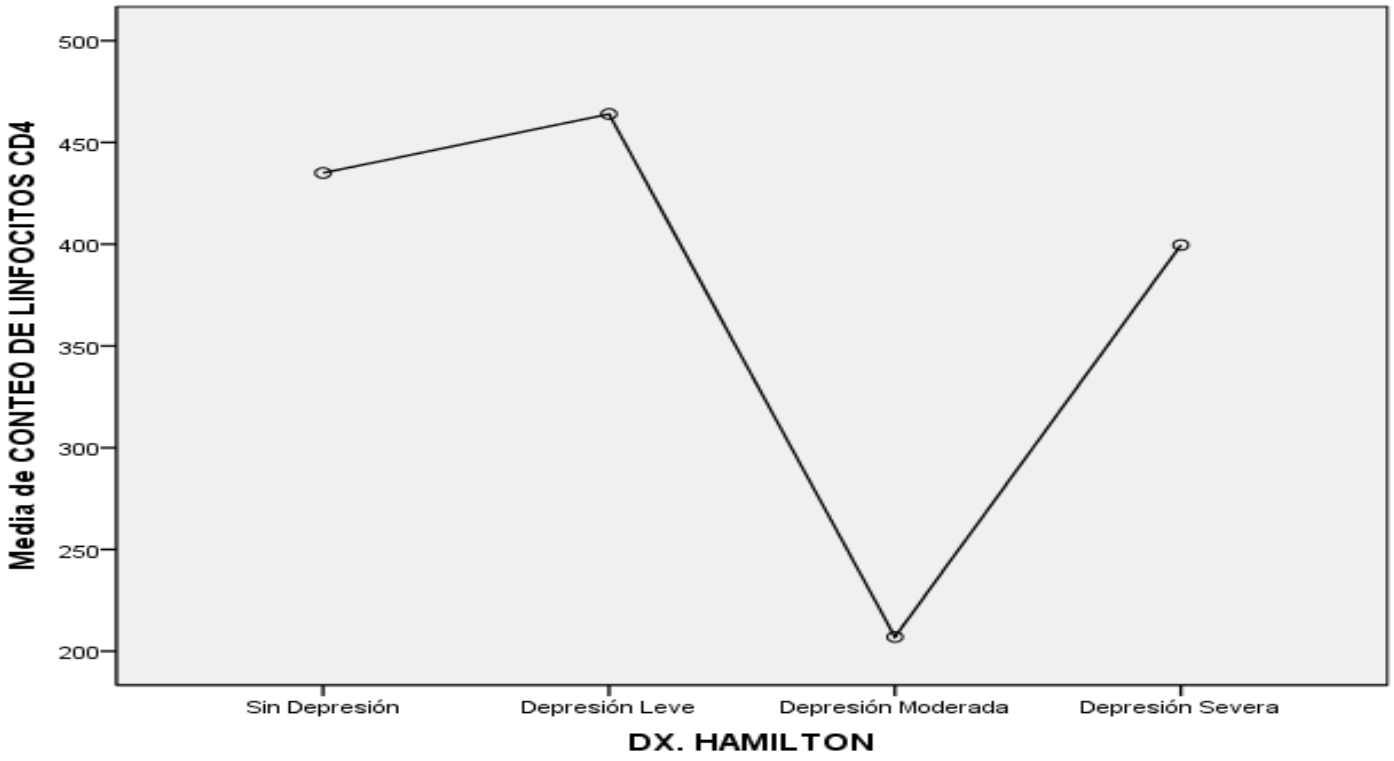
		DX. HAMILTON	
		Depresión Severa	
		Recuento	% del N de la tabla
CATEGORÍA CLÍNICA VIH	Asintomático (x > 500/mm3)	3	2,5%
	Asintomático (x: 200-499/mm3)	1	,8%
	Asintomático (x < 200/mm3)	3	2,5%
	Sintomático (x > 500/mm3)	2	1,7%
	Sintomático (x: 200-499/mm3)	0	,0%
	Sintomático (x < 200/mm3)	4	3,3%
	Indic. Sida (x > 500/mm3)	4	3,3%
	Indic. Sida (x: 200-499/mm3)	1	,8%
	Indic. Sida (x < 200/mm3)	11	9,2%
	Total	29	24,2%

En gráficas, las referencias indican asociaciones importantes entre los resultados de Escala Hamilton y Carga viral.



De acuerdo con la gráfica, se observa que la población con depresión leve y depresión moderada según la Escala Hamilton, presentan una carga viral mayor de 30.000 copias, lo que se considera alto y con un mayor factor de riesgo de enfermarse. Mientras que los que se encuentran por debajo de 10.000 copias, con mejor adherencia al tratamiento -en relación a la población anterior- no presentan depresión.

En gráficas, las referencias indican asociaciones importantes entre los resultados de Escala Hamilton y Conteo de linfocitos CD4.



La gráfica anterior indica que la población con evidencia de estabilidad clínica y conteo de linfocitos CD4 por encima de 400 presentan depresión leve y severa, según la Escala Hamilton. De igual forma, se encuentra una población con conteo de linfocitos CD4 por encima de 400 no presentan depresión.

De acuerdo con los resultados obtenidos en razón de la Escala Hamilton y las categorías clínicas, también fue posible determinar relaciones específicas entre las categorías clínicas del VIH y los factores personales asociados a estas categorías encontrándose con mayor frecuencia condiciones referidas a las crisis familiares, síntomas de ansiedad y pérdida del empleo, y con muy baja frecuencia situaciones asociadas a la estabilidad emocional.

CATEGORÍAS CLÍNICAS Y FACTORES PERSONALES ASOCIADOS

CATEGORÍA CLÍNICA VIH		FACTORES ASOCIADOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Asintomático (x > 500/mm3)	Válidos	CRISIS FAMILIAR	3	37,5	37,5	37,5
		ANSIEDAD	2	25,0	25,0	62,5
		PERDIDA DE EMPLEO	2	25,0	25,0	87,5
		SENTIMIENTOS DE CULPA	1	12,5	12,5	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
Asintomático (x: 200-499/mm3)	Válidos	PERDIDA DE EMPLEO	2	40,0	40,0	40,0
		ANSIEDAD	1	20,0	20,0	60,0
		EGOSINTÓNICO	1	20,0	20,0	80,0
		ESTABILIDAD EMOCIONAL	1	20,0	20,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0	
Asintomático (x < 200/mm3)	Válidos	PERDIDA DE EMPLEO	3	50,0	50,0	50,0
		ANSIEDAD	2	33,3	33,3	83,3
		ESTABILIDAD EMOCIONAL	1	16,7	16,7	100,0
		Total	6	100,0	100,0	
Sintomático (x > 500/mm3)	Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	8	36,4	36,4	36,4
		IDEAS SUICIDAS	3	13,6	13,6	50,0
		EGOSINTÓNICO	2	9,1	9,1	59,1
		PERDIDA DE EMPLEO	2	9,1	9,1	68,2
		SENTIMIENTOS DE CULPA	2	9,1	9,1	77,3
		ANSIEDAD	1	4,5	4,5	81,8
		CONFLICTOS SEXUALES	1	4,5	4,5	86,4
		CRISIS FAMILIAR	1	4,5	4,5	90,9
		DESCONFIANZA EN EL TRATAMIENTO	1	4,5	4,5	95,5

		SINTOMAS SOMATOMORFOS	1	4,5	4,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	
Sintomático (x: 200-499/mm3)	Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	3	60,0	60,0	60,0
		CRISIS FAMILIAR	1	20,0	20,0	80,0
		DESCONFIANZA EN EL TRATAMIENTO	1	20,0	20,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0	
Sintomático (x < 200/mm3)	Válidos	CRISIS FAMILIAR	6	31,6	31,6	31,6
		PERDIDA DE EMPLEO	3	15,8	15,8	47,4
		ANSIEDAD	2	10,5	10,5	57,9
		ESTABILIDAD EMOCIONAL	2	10,5	10,5	68,4
		RESILIENTE	2	10,5	10,5	78,9
		EGOSINTÓNICO	1	5,3	5,3	84,2
		IDEAS SUICIDAS	1	5,3	5,3	89,5
		SENTIMIENTOS DE CULPA	1	5,3	5,3	94,7
		VICTIMIZACIÓN	1	5,3	5,3	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
Indic. Sida (x > 500/mm3)	Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	5	31,3	31,3	31,3
		CRISIS FAMILIAR	2	12,5	12,5	43,8
		DESCONFIANZA EN EL TRATAMIENTO	2	12,5	12,5	56,3
		ANSIEDAD	1	6,3	6,3	62,5
		CONFLICTOS SEXUALES	1	6,3	6,3	68,8
		IDEAS SUICIDAS	1	6,3	6,3	75,0
		PERDIDA DE EMPLEO	1	6,3	6,3	81,3
		RESILIENTE	1	6,3	6,3	87,5
		SENTIMIENTOS DE CULPA	1	6,3	6,3	93,8
		TRASTORNO DEL SUEÑO	1	6,3	6,3	100,0
		Total	16	100,0	100,0	
Indic. Sida (x: 200-499/mm3)	Válidos	PERDIDA DE EMPLEO	3	27,3	27,3	27,3
		ANSIEDAD	1	9,1	9,1	36,4
		CONFLICTOS SEXUALES	1	9,1	9,1	45,5
		CRISIS FAMILIAR	1	9,1	9,1	54,5
		EGOSINTÓNICO	1	9,1	9,1	63,6
		ESTABILIDAD EMOCIONAL	1	9,1	9,1	72,7
		SENTIMIENTOS DE CULPA	1	9,1	9,1	81,8
		SINTOMAS SOMATOMORFOS	1	9,1	9,1	90,9
		VIVE SOLO	1	9,1	9,1	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Indic. Sida (x < 200/mm3)	Válidos	ESTABILIDAD EMOCIONAL	7	25,0	25,0	25,0
		CRISIS FAMILIAR	6	21,4	21,4	46,4
		EGOSINTÓNICO	4	14,3	14,3	60,7
		SENTIMIENTOS DE CULPA	4	14,3	14,3	75,0
		PERDIDA DE EMPLEO	3	10,7	10,7	85,7
		ANSIEDAD	1	3,6	3,6	89,3
		PSICOSIS	1	3,6	3,6	92,9
		RESILIENTE	1	3,6	3,6	96,4
		VICTIMIZACIÓN	1	3,6	3,6	100,0
		Total	28	100,0	100,0	

Igualmente, para el caso de las categorías clínicas de VIH, se pudo establecer comorbilidad con otro tipo de enfermedades asociadas al diagnóstico de VIH, se destacan linfadenomagalia cervical, hepatitis B, herpes zoster, TBC pulmonar, sarcoma de Kaposi. Se destaca también en todas las categorías clínicas existe una población que permanece asintomática.

COMORBILIDAD

CATEGORÍA CLÍNICA VIH			Frecuencia	Porcentaje
Asintomático (x > 500/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	5	62,5
		LINFADENOMAGALIA CERVICAL	1	12,5
		SARCOMA DE KAPOSI	1	12,5
		SINDROME DE EMACIACIÓN	1	12,5
		Total	8	100,0
Asintomático (x: 200-499/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	5	100,0
Asintomático (x < 200/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	6	100,0
Sintomático (x > 500/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	13	59,1
		OTRAS ITS	4	18,2
		HEPATITIS B	2	9,1
		HERPES ZOSTER	1	4,5
		LINFADENOMAGALIA CERVICAL	1	4,5
		TBC PULMONAR	1	4,5
		Total	22	100,0
Sintomático (x: 200-499/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	3	60,0
		INSUFICIENCIA RENAL	1	20,0
		TBC PULMONAR	1	20,0
		Total	5	100,0
Sintomático (x < 200/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	12	63,2
		OTRAS ITS	3	15,8
		SINTOMATICO DIGESTIVO	2	10,5
		SINDROME DE EMACIACIÓN	1	5,3
		TBC PULMONAR	1	5,3
		Total	19	100,0
Indic. Sida (x > 500/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	10	62,5
		TBC PULMONAR	2	12,5
		OTRAS ITS	1	6,3
		SINTOMATICO DIGESTIVO	1	6,3
		SINTOMATICO RESPIRATORIO	1	6,3
		TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	1	6,3
		Total	16	100,0
Indic. Sida (x: 200-499/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	7	63,6
		OTRAS ITS	1	9,1
		SARCOMA DE KAPOSI	1	9,1
		SINTOMATICO DIGESTIVO	1	9,1
		TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	1	9,1
		Total	11	100,0
Indic. Sida (x < 200/mm3)	Válidos	ASINTOMATICO	10	35,7

	OTRAS ITS	5	17,9
	TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	4	14,3
	SINDROME DE EMACIACIÓN	2	7,1
	SINTOMATICO RESPIRATORIO	2	7,1
	TBC PULMONAR	2	7,1
	LINFADENOMAGALIA CERVICAL	1	3,6
	SARCOMA DE KAPOSI	1	3,6
	TBC PULMONAR	1	3,6
	Total	28	100,0

De los resultados hasta este momento, se pueden señalar varios aspectos, destacando:

1. La relación entre el sexo y el diagnóstico de VIH.
2. El estado civil y el diagnóstico de VIH.
3. La tendencia sexual y el diagnóstico de VIH
4. Los resultados referidos a la Escala Hamilton encontrándose una alta población con síntomas deprimidos, con un 34.2% presenta depresión leve, un 24.2% presenta depresión severa, y un 2.5% presenta depresión moderada, es decir el 60.8% de la población presente síntomas depresivos.

DISCUSIÓN

La depresión se constituye en uno de los problemas de salud mental de mayor prevalencia en el mundo, incluso se considera una situación de salud pública debido a su sintomatología incapacitante y prevalencia en la población. (WFMH, 2012, P. 7) de acuerdo con la OMS (2012) "Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3.000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida" (OMS, 2012).

Por otro lado de acuerdo con la ONUSIDA (2008) se tiene que existe una relación directa entre el diagnóstico de VIH y las situaciones de salud:

> El VIH/SIDA es una importante causa de defunción y discapacidad, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. El ONUSIDA estima que en 2007 vivían con el VIH 33 millones de personas. La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y de SIDA, interfieren con su tratamiento, y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH. (p. 2)

El Instituto de Salud Mental (NIMI) refiere que:

> Los estudios muestran que las personas que están infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general. La depresión afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA (p. 4)

Siendo así se puede pensar que existe una relación causa efecto entre el diagnóstico de VIH y la posterior aparición de síntomas depresivos, o la

depresión propiamente dicha. Es decir, que es muy probable que una persona conviviente con el diagnóstico de VIH padezca depresión, sin embargo, el Instituto de Salud Mental (NIMI) no considera que en realidad exista tal relación cuando señala "La depresión puede parecer una reacción inevitable después de recibir un diagnóstico de VIH/SIDA. Pero la depresión es una enfermedad independiente que puede, y debería ser tratada, incluso cuando una persona está recibiendo tratamiento para el VIH/SIDA." (p. 4)

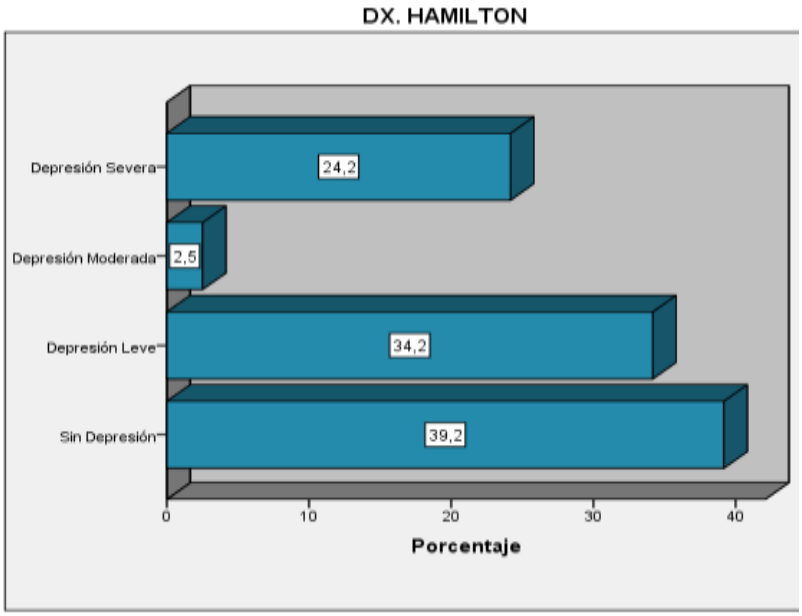
No obstante la ONU (2008) señala que esta población en muchos casos se encuentra asociada a factores de vulnerabilidad social puede existir mayor propensión a enfermedades mentales.

> Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o amiga. La infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza. (p. 2)

En razón de lo anterior, el presente estudio *Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud*, pudo evidenciar que no es posible pensar que exista una relación entre el diagnóstico de VIH y la depresión, puesto que los resultados evidencian que:

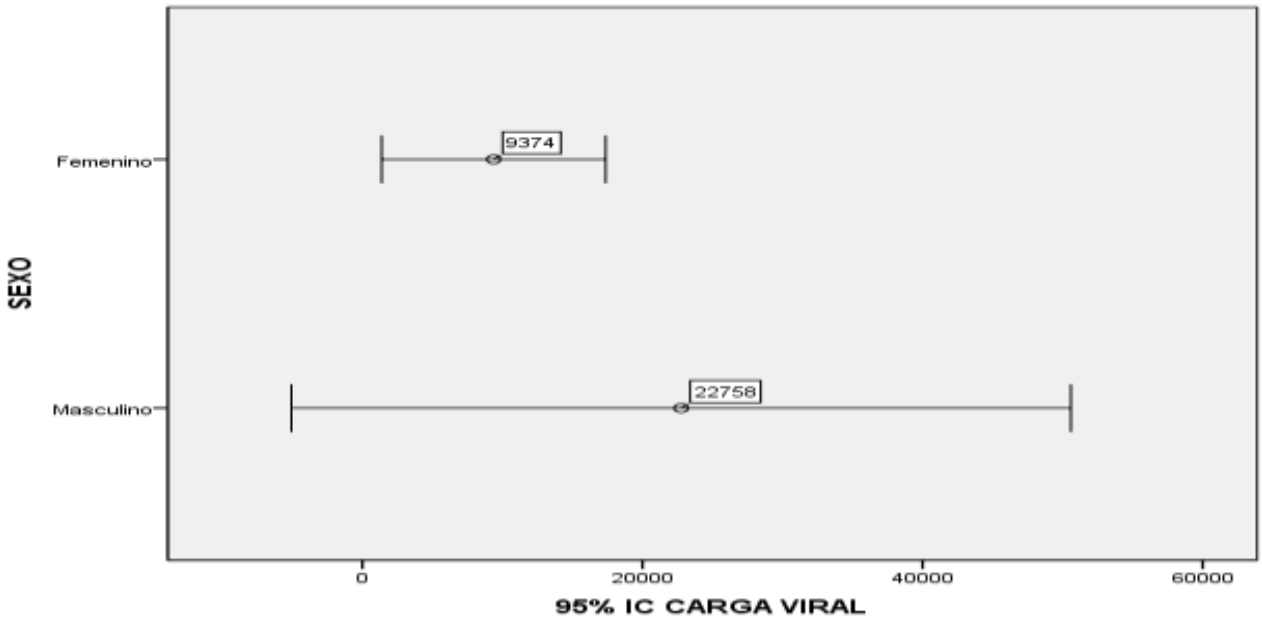
1. Si bien es cierto existe una alta población con depresión, referidos en la Escala Hamilton con un 34.2% presenta depresión leve, un 24.2% presenta depresión severa, y un 2.5% presenta depresión moderada, es decir el 60.8% de la población presente síntomas depresivos, la depresión en estos pacientes se debe a situaciones asociadas a factores personales o de otra índole que no se refieren directamente a la presentación del diagnóstico de VIH.

2. De acuerdo con la relación de género, carga viral y estado civil,

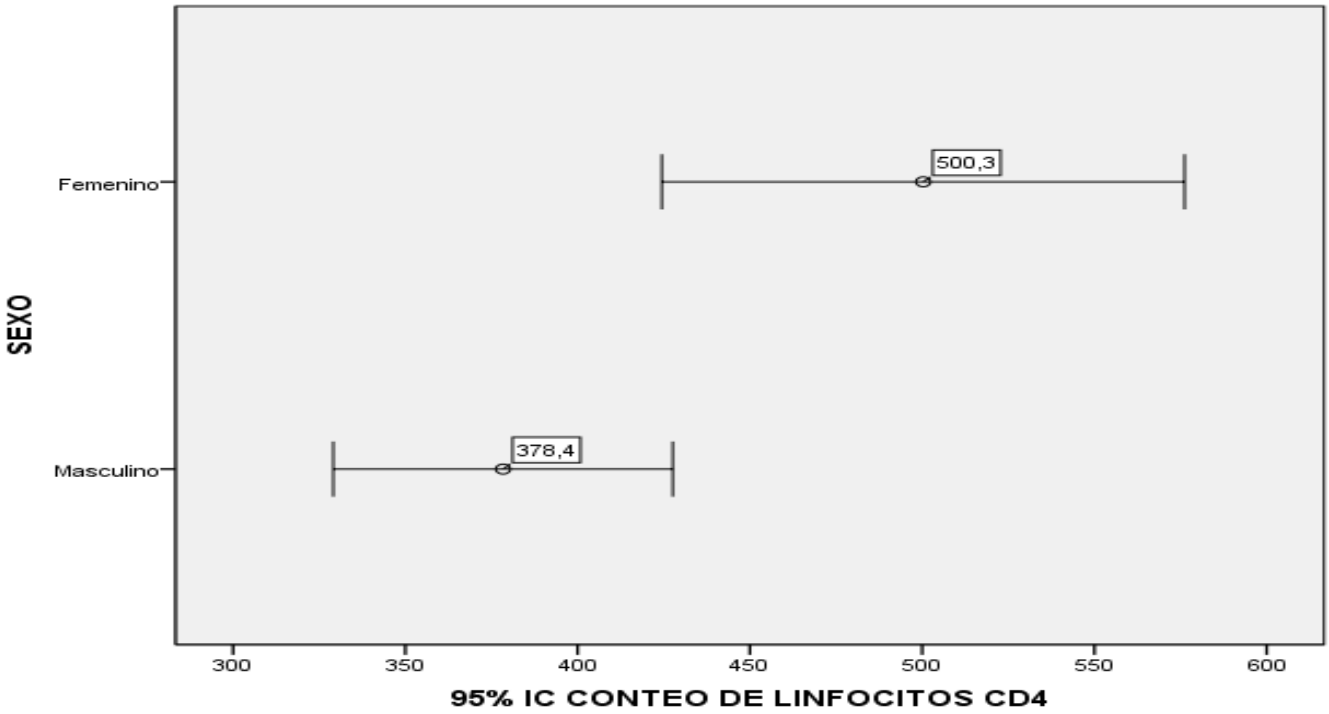


se encuentra que la carga viral es alta en la población masculina, con valores promedios de 22.758 copias, mientras que en el género femenino se encuentra en promedio en 9.374 copias, esto se relaciona con el hecho de que la mujer de acuerdo con la literatura médica es mucho más responsable con su tratamiento y manejo del diagnóstico, a pesar

de sus múltiples roles, es mucho más efectiva en la adherencia al tratamiento, seguimiento de recomendaciones médicas e interdisciplinarias, cuidados paliativos con su parejas. Es de consideración que 21, 57% del 42,50% del género femenino se encuentran en estado de viudez, lo que representaría mayores cargas afectivas, madre, empleo en condiciones de cabeza de familia, entre otros.

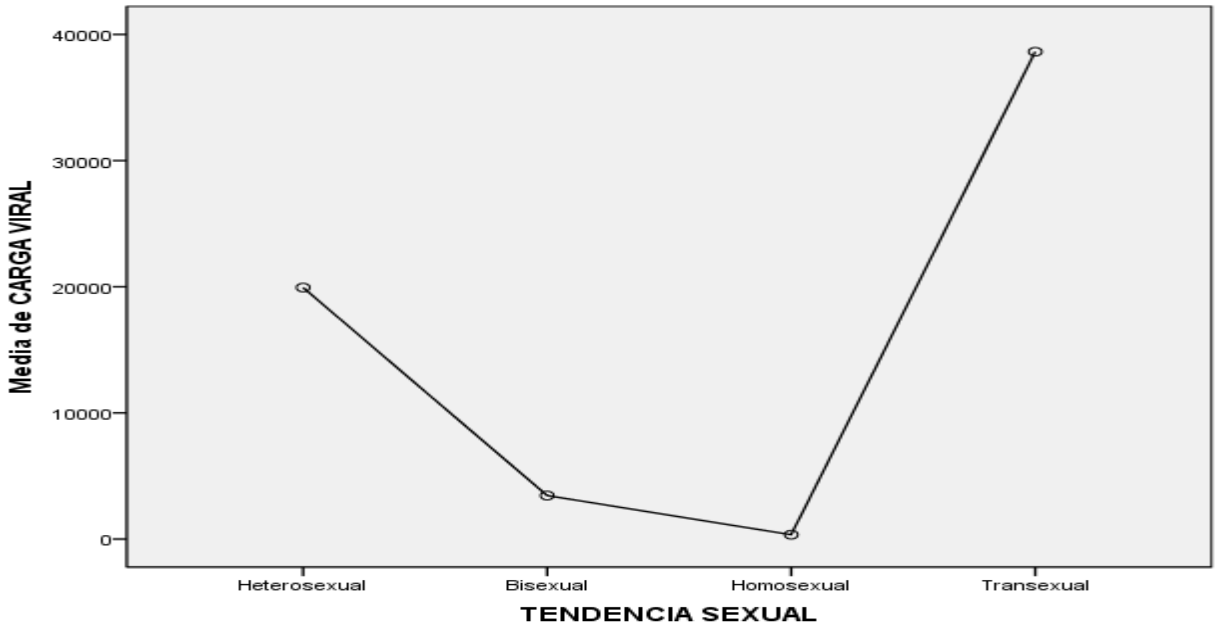


Lo que puede corroborarse con el grafico que relaciona el género con el conteo de CD4 en el que es posible ver que el género femenino se encuentra por encima de 500, 3 CD4 y en el género masculino se encuentra por debajo de 500 CD4 estando en 374,8 CD4.

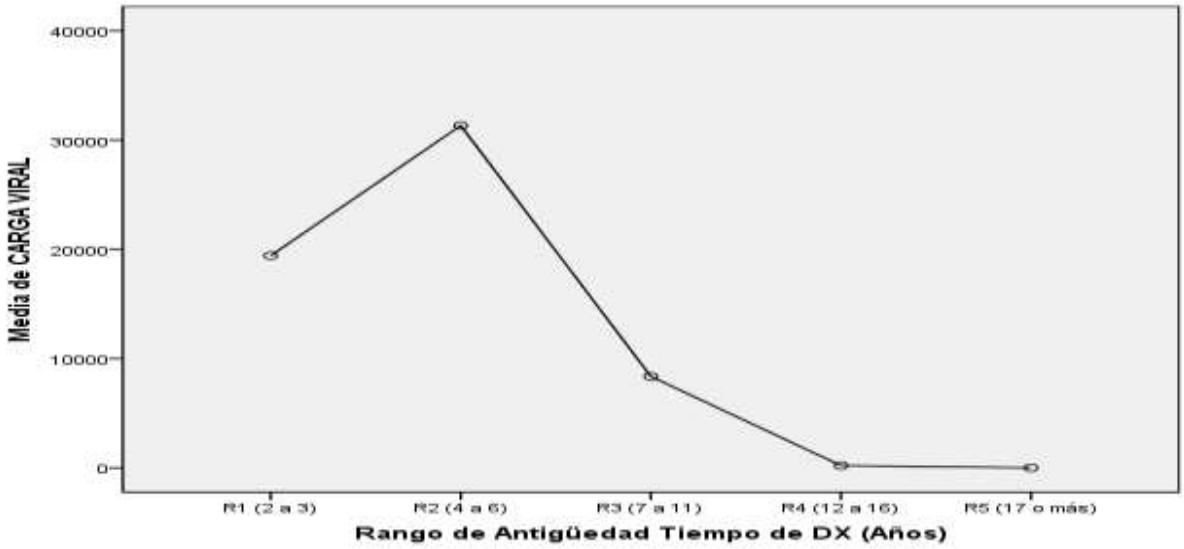


3. Se encuentra que en lo referido a la tendencia sexual y carga viral, la población homosexual y bisexual presenta una carga viral de indetectabilidad o menor de 40 copias, en contraste los resultados evidencian que en la población transexual se observa una carga viral alta. En todos los casos, es posible pensar que la carga viral indetectable o alta, se relaciona con los estereotipos sociales, en razón de que en la población homosexual existe la necesidad de un compromiso social frente a su diagnóstico, y al deseo de no ser discriminado o rechazado por la sociedad, incluida la familia, siendo que existe aún hoy día el imaginario de que este tipo de diagnóstico afecta principalmente a esta población, lo cual no se ajusta a la realidad. En el caso de la población transexual, se encontró que la población acude al tratamiento únicamente solo cuando presenta síntomas definitorios de Sida. Para el caso de la población heterosexual se encuentra una carga viral, lo que se relaciona con una adherencia no optimizada, no concientización del diagnóstico, unido al imaginario que considera que "¿si solo me acuesto con mujeres/hombres, porqué me pasa

esto a mí?", "Esto nunca me va a pasar".



4. Igualmente se encuentra una relación importante entre la carga viral y la antigüedad del diagnóstico, es significativo referir que a mayor antigüedad con el diagnóstico, menor es la carga viral. Lo que se puede relacionar con la concientización del diagnóstico, adherencia optimizada, cumplimiento de tratamiento médico e interdisciplinario, compromiso social, y superación del estigma social



De acuerdo con los resultados encontrados se considera que la depresión no es un diagnóstico asociado al diagnóstico VIH en esta población, pero si se puede considerar como un diagnóstico relevante en razón de las implicaciones emocionales, psicológicas y sociales que esta población debe afrontar en razón de su condición de salud y los rigurosos cuidados que debe asumir.

Sin embargo también se consideran importantes los resultados referidos a la tendencia sexual, estado civil, género y carga viral, en razón de los estereotipos sociales, adherencia al tratamiento y concientización del diagnóstico.

CONCLUSIONES

El Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH, es responsable según la OMS (2012) de 1.8 millones de muertes debido al diagnóstico, entre mujeres, hombres y niños. Siendo poco alentadoras las cifras anuales de nuevos infectados con cifras referidas a 35 millones de personas (OMS, 2013). En Colombia según Profamilia (2015) se encuentra que:

> En Colombia, según cifras del Instituto Nacional de Salud (INS), desde 1983 se han reportado oficialmente 83.467 casos, de los cuales 5.754 se presentaron en el 2011. El 34.17% de los casos fueron de personas entre los 25 y 34 años (concentrando el mayor porcentaje), el 23.50% en personas entre los 35 y 44 años, el 14.41% entre 45 y 54 años y el 18.72%, entre 15 a 24 años de edad. (Profamilia, 2015)

Estos datos sugieren que la mayor población infectada en Colombia con el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH se encuentra en edades comprendidas entre 25 y 44 años. Lo que es consistente con el estudio *Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud,* dado que la edad promedio encontrada es de 37.05 años.

Según Salud Ambiental del Distrito en Barranquilla (2013) se encuentra que el incremento de la población con diagnóstico de VIH opina que:

> La tasa de incidencia, es decir el número de casos por cada cien mil habitantes, se ha mantenido estable, sin incrementos significativos, precisó Goenaga, porque en el 2010, fue de 48,8; luego pasó a 50,29 en el 2011; y en el 2012 cerró con

> 51,79. En el 2013, con cifras parciales e incompletas, se tiene que esa tasa de incidencia es del 33,25, pero toca esperar su conclusión y precisar. (ElTiempo, 2013)

De acuerdo con los resultados encontrados, se concluye que no existe relación funcional entre el diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH y la depresión, es decir que la depresión en esta población no aparece como causa directa del Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH. En oposición a Wolff L., Alvarado M. & Wolff R. (2012) quienes sugerían que:

> Algunos estudios que apuntan en esta dirección son los de Jin y cols. en China, que reportaron 79% de trastorno depresivo crónico (con tan sólo un caso diagnosticado antes de contraer el VIH)7 y el de Gibbie y cols, en Australia, en el que encontraron 39 y 15% de antecedentes de depresión pasada en pacientes con infección por VIH y en controles seronegativos, respectivamente. Morrisson y cols, compararon mujeres con infección por VIH con controles seronegativos, encontrando una prevalencia puntual de depresión de 19,1 y 4,8% y de 47,3 y 38,7% de prevalencia de vida, respectivamente. (Wolff L., Alvarado M. & Wolff R., 2012, p. 66)

Igualmente significativo resulto que la población con mayor adherencia al tratamiento, concientización del diagnóstico y recomendaciones médicas e interdisciplinarias fuera aquella con tendencia homosexual y bisexual, situación respaldada en los datos referidos a la carga viral de esta población, en oposición con la población heterosexual y transexual cuyas cifras de carga viral sugieren lo contrario en razón de adherencia al tratamiento, concientización del diagnóstico y recomendaciones médicas e interdisciplinarias.

Sin embargo, si es de considerar que la población femenina, constituida por un 42.50% de la población total del estudio, cuyo estado civil de viudez representa el 21.57% constituye mayores cargas afectivas, madre, empleo en condiciones de cabeza de familia, entre otros.

En razón de lo anterior es preciso que en los procesos de intervención en población con diagnóstico de VIH, se centren en dos condiciones importantes para efectos de adherencia al tratamiento lo siguiente:

1. Dirigir los procesos de psicoeducación de acuerdo con el género y estado civil, puesto que los resultados sugieren que la mayor población con diagnóstico de VIH se encuentra en hombres solteros con un 47,83%, y un 21,57% en mujeres viudas, y curiosamente en un 30,43% en hombres y un 49,02% en mujeres en unión libre.
2. E igualmente considerar la tendencia sexual (83,33% heterosexual, 13,33% homosexual, 2,50% bisexual y 0,83% transexual) en procesos de intervención psicosocial y psicoeducación.

REFERENCIAS

Ballester R. (2003) Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA, *Revista Anual de Psicología, Volumen 15 Numero 4*. Pág.517 – 521. Universidad Jaime I de Castellón. Recuperado de: http://www.psicothema.com/pdf/1101.pdf

Bertolote J.M., Tarsitan, L., De Paula, F. (s.f.) La comorbilidad de la depresión y otras Enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS. DOSSIER OMS. Recuperado de: http://www.atopos.es/pdf_02/comorbilidad-depresion-y-otras.pdf

Canario J., Baéz M., (2005**)** Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH, *Revista Psicología científica.com*. Volumen 17. Recuperado de: http://www.psicologiacientifica.com/vih-distorsiones-cognitivas/

Cárdenas C., Infante Román N., (2005) La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar, *Rev Cubana Medicina General Integral*. Volumen .21 No. 3-4. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000300011&script=sci_arttext

Cazenave A., Ferrer X., Castro S. y Cuevas S (2005) El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista chilena de Infectología*. Volumen 22 No.1. 51-57 Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/rci/v22n1/art07.pdf

Castillo, G., García, G., González, J. & Hincapié, H. (1995) Efectos de un programa de asesoría psicológica sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. Volumen 13. P. 89-99.

Chanakira E, Goyder E, Freeman J, O'Cathain A, Kinghorn G, Jakubovic M. (2014) Social and psychosocial factors associated with high risk sexual behaviour among university students in the United Kingdom: a web-survey. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. Volumen 23 No. 6. P. 5. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24912538

Gaviria A., Quinceno J., Venaccia S. (2009) Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida, *Revista Terapia Psicológica*. Volumen 27, No. 1. P. 5-13, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art01.pdf

Hamilton M. (1960) A Rating Scale For Depression. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*. Volumen 23 No.1 56-62. Recuperado de: http://jnnp.bmj.com/content/23/1/56.full.pdf+html

Halkitis P. N, Perez-Figueroa R. E, Carreiro T., Kingdon M. J., Kupprat S.A., Eddy J. (2014) Psychosocial burdens negatively impact HIV antiretroviral adherence in gay, bisexual, and other men who have sex with men aged 50 and older. *US National Library of Medicine National*

Institutes of Health. Volumen 26. No. 11. P. 1-9. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24865599

Huanguang J., Uphold C, Wu S., Reid K., Findley K., Duncan P. (2004) Health-Related Quality of Life Among Men with HIV Infection: Effects of Social Support, Coping, and Depression. *Journal Liebertpub online*. Volumen 18. No. 10. P.1. Recuperado de: http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/apc.2004.18.594

Organización Mundial de la Salud OMS (2012) La depresión. Nota descriptiva N°369. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

Rabiere E., Lebrón A. (2010) Distorsiones cognitivas de personas que viven con VIH que asistieron al centro sanitario de santo domingo. *Rev. Med. Dom.* Vo1umen 71. No.3 Pág. 87-91. Recuperado de: http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2010/71/03/RMD-2010-71-03-087-091.pdf

Salvador, T., E, Lallana, M. J., Taboada, R., Mendaza, M. (1997) Síndrome de emaciación en el paciente con sida. *Revista Farm Hosp.* Volumen 21. No. 2. P. 69-77. Recuperado de: http://www.sefh.es/revistas/vol21/n2/69_77.PDF

Tavera M (2010) Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología. Volumen* 14 No. 3, pp. 170-176. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a02v14n3.pdf

Teva, I. Bermúdez, M. Hernández, J. & Buela, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/Sida. Salud Mental Vol. 28, No. 5. P. 40-49. *Revista Salud Mental.* Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252806

UliukinIM , Voronin EE (1999) .HIV infection: the psychological indices at different stages of the disease. *Journal Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol*. No. 1. P. 104-106. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10096228

Vélez H., Rojas W. et. al. (2005) Fundamentos de Medicina, Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Bogotá: Fondo Editorial CIB.

Wolff L C. et. al (2010) Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista chilena de Infectología.* Volumen 27. No. 1. P. 65-74. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf

Clasificación del CDC (1993) Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades Recuperado de: http://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/index.html

Instrumento AGREE (2009) Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Consorcio AGREE. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf

Ministerio de la Protección Social (2006) Guía para el manejo de VIH /SIDA basada en la evidencia Colombia. Panel de expertos: Asociación Colombiana de Infectología –ACIN. FEDESALUD. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf

Organización Panamericana de la Salud - OPS (2008) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Recuperado de: http://deis.minsal.cl/deis/codigo/capacitacion/indicecap.asp

Organización Panamericana de la Salud (2002) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud. Publicación científica N° 525. Recuperado de: http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid=

Revista Semana (2012) Este es el panorama del VIH / SIDA en Colombia. *Revista semana*. Recuperado de: http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/este-es-el-panorama-del-vih-sida-en-colombia/256926-3

Organización Panamericana de la Salud (2002) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud. Publicación científica N° 525. Recuperado de: http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid=

Revista Semana (2012) Este es el panorama del VIH / SIDA en Colombia. *Revista semana*. Recuperado de: http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/este-es-el-panorama-del-vih-sida-en-colombia/256926-3