

Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro
cognitivo leve
Informe de investigación

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga(o)

Andrea Bibiana Criollo Gómez
Laura María Palomino Gaitán¹
Auxiliares de investigación

Ximena Palacios Espinosa
Directora

Mayo 21 de 2014

Programa de Psicología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

¹ Nota de autor: Esta investigación se realizó bajo la modalidad de auxiliares de investigación con la dirección de la Dra. Ximena Palacios (investigadora principal) dentro de la línea Psicología Clínica y de la Salud del Grupo IFS del Programa de Psicología de la Universidad del Rosario. Así mismo, este estudio está enmarcado en el proyecto de investigación denominado “*Efectos de un programa de rehabilitación en personas con deterioro cognitivo leve en VIH*” que se desarrolla en el Hospital Universitario Mayor -Méderi y cuyo investigador principal es el Dr. Álvaro López. Envío de correspondencia a: criollo.andrea@urosario.edu.co, palominog.laura@urosario.edu.co o ximena.palacios@urosario.edu.co

Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Psicología

Acta de Aprobación del trabajo de grado

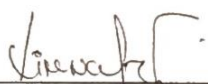
Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por Laura María Palomino Gaitán y Andrea Bibiana Criollo Gómez

Titulado: Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve

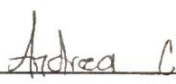
Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 21 días del mes de Mayo de 2014

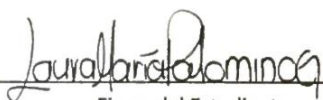
Comité de trabajo de grado:


Firma del Director

21/05/2014
Fecha


Firma del Estudiante

21/05/2014
Fecha


Firma del Estudiante

21/05/2014
Fecha


Firma del Coordinador de T.G.

21/05/2014.
Fecha

Tabla de contenido

Lista de tablas	4
Lista de figuras	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Justificación.....	12
<i>Pregunta de investigación.....</i>	<i>15</i>
Marco teórico	16
<i>La epidemia del VIH/SIDA en población adulta</i>	<i>16</i>
<i>Definición del VIH/SIDA.....</i>	<i>16</i>
<i>Datos epidemiológicos sobre el VIH/SIDA.....</i>	<i>20</i>
<i>Aspectos psicológicos y neuropsicológicos del VIH.....</i>	<i>22</i>
<i>VIH/SIDA y calidad de vida.....</i>	<i>29</i>
<i>VIH/SIDA y ansiedad.....</i>	<i>35</i>
<i>VIH/SIDA y depresión</i>	<i>39</i>
<i>Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas con VIH/SIDA con deterioro cognitivo leve</i>	<i>44</i>
Objetivos	49
<i>General</i>	<i>49</i>
<i>Específicos.....</i>	<i>49</i>
Propósitos.....	49
Método	50
<i>Tipo y diseño de investigación</i>	<i>50</i>
<i>Población y muestra.....</i>	<i>50</i>
<i>Criterios de inclusión.....</i>	<i>51</i>
<i>Criterios de exclusión.....</i>	<i>51</i>
<i>Variables</i>	<i>52</i>
<i>Instrumentos.....</i>	<i>54</i>
<i>Procedimiento o materiales y métodos.....</i>	<i>56</i>
Aspectos éticos	59
Resultados	60
Discusión	98
Conclusiones.....	106
Referencias.....	110

Lista de tablas

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de la muestra	60
Tabla 2. Antecedentes y comorbilidad según BAI	61
Tabla 3. Niveles de ansiedad según el BAI	61
Tabla 4. Niveles de depresión según el BDI	62
Tabla 5. Descripción de los datos del puntaje total del MOS-SF30	62
Tabla 6. Prevalencia de ideación suicida según el ítem 9 del BDI	64
Tabla 7. Prevalencia de ideación suicida según la entrevista	64
Tabla 8. Razones para considerar el suicidio	65
Tabla 9. Planeación y/o intención suicida	65
Tabla 10. Pensamientos sobre la muerte	65
Tabla 11. <i>Frecuencia y proporción de las respuestas al BAI</i>	66
Tabla 12. Percepción de angustia durante el proceso de enfermedad	68
Tabla 13. Razones para experimentar angustia durante el proceso de enfermedad	68
Tabla 14. Percepción de angustia actual	69
Tabla 15. Intensidad de la angustia actual	69
Tabla 16. Desde cuándo se siente angustiado	70
Tabla 17. Preocupaciones actuales con respecto al diagnóstico	71
Tabla 18. Miedo frente al diagnóstico	71
Tabla 19. Desespero frente a los problemas de salud	72
Tabla 20. Impotencia frente al diagnóstico	72
Tabla 21. Frecuencia y proporción de las respuestas al BDI	72
Tabla 22. Tristeza en algún momento del curso de la enfermedad	74

Tabla 23. Razones por las que se ha sentido triste	74
Tabla 24. Tristeza actual	75
Tabla 25. Razones de la tristeza actual	75
Tabla 26. Intensidad de la tristeza actual	76
Tabla 27. Percepción de sufrimiento actual	76
Tabla 28. Descripción de las subescalas del MOS-SF30	77
Tabla 29. Experiencia de convivir con el VIH	88
Tabla 30. Lo más difícil de convivir con el VIH	89
Tabla 31. El diagnóstico de VIH me cambió la vida	90
Tabla 32. Razones por las que el diagnóstico me cambió la vida	90
Tabla 33. Dolor durante el proceso de enfermedad	91
Tabla 34. Experiencia con el dolor experimentado durante el proceso de enfermedad	91
Tabla 35. Percepción de fatiga durante el proceso de enfermedad	91
Tabla 36. Experiencia con la fatiga durante el proceso de enfermedad	92
Tabla 37. Cambios físicos producidos por la enfermedad	92
Tabla 38. Significado del cambio físico	92

Lista de figuras

Figura 1. Histograma del puntaje total de la prueba MOS-SF30	63
Figura 2. <i>Respuestas de ansiedad más comunes según el BAI</i>	67
Figura 3. <i>Respuestas de depresión más comunes según el BDI</i>	73
Figura 4. <i>Histograma de la sub-escala “salud general percibida”.</i>	78
Figura 5. <i>Histograma de la sub-escala “dolor”.</i>	79
Figura 6. <i>Histograma de la sub-escala “funcionamiento físico”.</i>	80
Figura 7. <i>Histograma de la sub-escala “funcionamiento social”.</i>	81
Figura 8. <i>Histograma de la sub-escala “salud mental”.</i>	82
Figura 9. <i>Histograma de la sub-escala “energía/fatiga”.</i>	83
Figura 10. <i>Histograma de la sub-escala “actividad diaria”.</i>	84
Figura 11. <i>Histograma de la sub-escala “distrés respecto a la salud”.</i>	85
Figura 12. <i>Histograma de la sub-escala “funcionamiento cognitivo”.</i>	86
Figura 13. <i>Histograma de la sub-escala “calidad de vida percibida”.</i>	87
Figura 14. <i>Histograma de la sub-escala “transición de salud”.</i>	88

Resumen

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) han tenido a lo largo de los años un comportamiento epidemiológico que muestra la tendencia al aumento, de tal forma que ha llegado a considerarse como un problema de salud pública a nivel mundial. Sin embargo los tratamientos antiretrovirales han permitido que las personas con esta infección tengan una tasa de supervivencia mayor; pero ligado a esto, se han presentado efectos secundarios tales como problemas con la memoria y el funcionamiento cognitivo de estas personas. Además se ha encontrado que las personas con VIH/SIDA tienen algunas alteraciones en su área afectiva y generalmente ven afectada su calidad de vida.

Este es un estudio exploratorio descriptivo que tuvo por objeto describir la ansiedad, depresión y percepción de calidad de vida en 35 pacientes con VIH/SIDA con deterioro cognitivo leve, seleccionados por conveniencia. Se aplicaron tres cuestionarios, el BDI-II para evaluar la sintomatología depresiva; el BAI para evaluar la sintomatología ansiosa y el MOS-SF30 para evaluar la calidad de vida. Además, se realizó una entrevista semiestructurada para profundizar en la evaluación de estas tres variables. Dentro de los resultados se evidenció que todos los pacientes presentan algún nivel de ansiedad y de depresión, evalúan su calidad de vida en un punto medio; ni óptima ni baja. Se discuten estos y otros resultados.

Palabras clave: VIH/SIDA, ansiedad, depresión, calidad de vida, deterioro cognitivo.

Abstract

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) have had throughout the years an epidemiological behavior that shows a rising trend, so that has come to be considered a public health problem worldwide. However, antiretroviral treatments have allowed patients with HIV infection have a higher survival rate; but linked to this, there have been side effects such as memory problems and cognitive functioning of these patients. It has also been found that people with HIV/AIDS have some changes in their affected area, and generally sees affected their quality of life.

This is a descriptive exploratory study that had intended to describe the anxiety, depression and perceived quality of life in 35 patients with HIV/AIDS and mild cognitive impairment, selected by convenience. Three questionnaires were used; BDI- II to assess depressive symptoms, BAI to assess anxiety symptoms and MOS- SF30 to assess quality of life. In addition, a semi-structured interview was conducted to further analyze these three variables. Within the results was evident that all patients have some level of anxiety and depression, they assess their quality of life at a midpoint; neither optimal nor low. These and other results are in discussion.

Key Words: HIV/AIDS, anxiety, depression, quality of life, cognitive impairment.

Introducción

Según cifras presentadas por el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2012) a finales de 2011, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (fase crónica más tardía de la infección por VIH) ha tenido un comportamiento epidemiológico alarmante, por lo que se ha llegado a considerar uno de los problemas sanitarios más graves a nivel mundial. En 2013, Colombia fue considerado como uno de los países con mayor número de casos reportados de personas con VIH/SIDA en Latinoamérica y además ocupa el 7 lugar entre los países en los que viven el 90% de las personas cuya necesidad del tratamiento retroviral está insatisfecha (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2013); la epidemia se encuentra concentrada principalmente en parte de la población vulnerable del país, personas gay y trabajadoras sexuales y en personas de 15 a 44 años de edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

No obstante, los avances en el tratamiento para el VIH y el acceso al mismo han incrementado de manera significativa las tasas de supervivencia. Lo anterior se ha visto reflejado en el hecho de que en 2011 se registraron alrededor de 500 mil muertes menos que en 2005 en el mundo; sin embargo, otras problemáticas asociadas a las implicaciones que tiene el ser portador del virus (tales como los desórdenes cognitivos y las alteraciones psicológicas) persisten (ONUSIDA, 2012). De hecho, Cysique, Maruff y Brew (2004) y Portellano (2005) reportan que en más de la mitad de los casos de personas infectadas por VIH se puede desarrollar patología neurológica y neuropsicológica; por ejemplo trastornos asociados con memoria, atención, concentración, alteración del lenguaje, con la disminución en la capacidad del juicio y de nuevos aprendizajes, demencia progresiva, entre otros.

En cuanto a las alteraciones psicológicas, distintos estudios señalan que los pacientes pueden presentar desde un grado de angustia leve hasta significativas patologías psicológicas. Durante todas las etapas de la infección por VIH, las reacciones emocionales que se encuentran con mayor frecuencia son ansiedad y depresión, sin embargo también pueden aparecer pensamientos suicidas, sentimientos de vergüenza, culpa, ira, frustración y hasta deseos de venganza hacia aquellos que creen que los han infectado (Adler, Edwards y Miller, 2012).

La severidad de la sintomatología psicológica está sujeta a la vulnerabilidad pre-existente de la persona, las experiencias traumáticas del pasado, las situaciones actuales y la experiencia de vivir con la enfermedad. Independiente de cuál sea su causa, los síntomas psicológicos pueden causar o exacerbar síntomas somáticos como fatiga, malestar o dolor, además de dificultar la adherencia a los respectivos tratamientos, disminuir considerablemente la percepción de calidad de vida y hasta motivar el suicidio (Adler, Edwards y Miller, 2012).

Debido a la carencia de información sobre las posibles alteraciones psicológicas en personas con VIH/SIDA que tienen deterioro cognitivo leve, el presente trabajo tiene como objetivo describir los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve que reciben atención médica en un hospital de cuarto nivel de Bogotá.

Para tal fin, se realizó un estudio descriptivo utilizando 4 instrumentos de evaluación, los cuales permitieron caracterizar la muestra, indicar la prevalencia de ansiedad y depresión e identificar la percepción de calidad de vida de los pacientes.

Se espera que el presente estudio sea una contribución que permita aumentar la importancia de reconocer el impacto de las variables psicológicas en una persona con VIH/SIDA con deterioro cognitivo leve y además que sea uno de los elementos base que permita el

desarrollo del programa de estimulación cognoscitiva que a su vez se espera que promueva un mayor grado de calidad de vida y de bienestar subjetivo en estas personas.

Justificación

El comportamiento epidemiológico de la infección por VIH/SIDA ha sido y continúa siendo alarmante. De acuerdo con el último Reporte Epidémico Global de SIDA, solo en Colombia, para el 2012 cerca de 35.3 millones de personas en el mundo conviven con esta infección y específicamente en Colombia, 150.000 personas (UNAIDS, 2013). Si bien en la actualidad los tratamientos antirretrovirales son cada vez más exitosos para el control de la infección, el control de la misma no parece una consecuencia inmediata, ni siquiera cercana de este tratamiento. El resultado más visible de la efectividad de la terapia antirretroviral es el notable aumento en la sobrevida de las personas, haciendo que la infección se considere ahora más como una condición crónica que mortal. De hecho, en la actualidad se han hecho evidentes cambios en los pacientes no solo biológicos sino psicosociales, que con la alta mortalidad otrora pasaron desapercibidos. Un ejemplo de ello es el deterioro cognitivo leve, diferente al complejo demencia SIDA, objeto de múltiples investigaciones. Es bien conocido que el VIH puede afectar el cerebro y justamente, este estudio pretende describir algunas variables psicológicas en un grupo de pacientes con VIH/SIDA que presenta deterioro cognitivo leve.

La literatura científica sobre el tema es escasa; si bien hay evidencia empírica sobre la presencia de depresión, ansiedad y disminución de la calidad de vida en personas con esta infección, son menores los estudios sobre el deterioro cognitivo leve en ellas.

Con el presente estudio se espera generar un punto de partida para estudios posteriores que permitan desarrollar investigaciones de tipo cualitativo y cuantitativo que puedan ser incluidas en programas de rehabilitación neuropsicológica y que de esta manera se propenda por el bienestar físico, emocional y psicológico de las personas que viven con VIH/SIDA.

Los principales beneficiarios de esta investigación serán las personas que viven con VIH/SIDA quienes han presentado quejas de carácter neurocognitivo (memoria, atención, entre

otros) y en quienes se observarán las variables psicológicas de interés. El alcance social de esta investigación, estará dirigido a una importante población de Colombia que ha sido estigmatizada durante muchos años y con la cual a pesar de los avances que se han desarrollado frente al tratamiento, se busca mejorar su calidad de vida y los aspectos emocionales que puedan afectarla.

Siguiendo esta línea, la presente investigación pretende también llenar un vacío encontrado en la literatura frente a la descripción de la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve, ya que lo que se ha fundamentado con una mayor predominancia es la relación entre ansiedad y/o depresión en personas que tienen VIH/SIDA o bien se encuentran estudios que muestran la relación entre calidad de vida y VIH/SIDA. De ahí la necesidad de investigar estas tres variables de manera simultánea y de esta manera poder describirlas.

Con el desarrollo de esta línea de investigación, se podrá conocer en mayor medida el comportamiento de las variables de estudio y se generarán nuevas hipótesis no solo entre las variables psicológicas aquí estudiadas sino también con aspectos de la vida cotidiana del paciente con VIH/SIDA, que pueden estar afectando su rendimiento neuropsicológico y por tanto favoreciendo la percepción de menor calidad de vida. Entonces pueden establecerse nuevas recomendaciones o ideas para la investigación y el tratamiento con este segmento de la población.

En resumen esta investigación se fundamenta en la necesidad de aumentar el conocimiento sobre las variables psicológicas y neuropsicológicas que pueden afectar la vida de una persona con VIH/SIDA y de esta manera generar insumos tanto para el desarrollo de nuevas investigaciones como para el diseño de estrategias de intervención interdisciplinaria para el paciente con VIH/SIDA.

Problema

De acuerdo con el último informe de UNAIDS, en 2012 aumentó el número de personas con VIH (aproximadamente 35,3 (32,2-38,8) millones). Se registraron además 2,3 (1,9–2,7) millones de nuevas infecciones por el VIH; sin embargo, este dato indica un 33% menos de casos que los reportados en 2001 que fueron 3,4 (3,1–3,7) millones. Al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA también disminuyó de 2,3 (2,1–2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4–1,9) millones en 2012 y todo esto debido en gran medida a que actualmente más personas están vinculadas a algún tipo de tratamiento antirretroviral. No obstante, las cifras continúan siendo elevadas y el VIH/SIDA es aún un problema sanitario (UNAIDS, 2013).

En Colombia son aproximadamente 150.000 personas quienes conviven con el VIH. La mayor prevalencia está en personas adultas de 15 a 44 años de edad, pertenecientes a poblaciones de mayor vulnerabilidad, como son los hombres que sostienen relaciones sexuales con otros hombres y las trabajadoras sexuales (Saldarriaga y Rodríguez, 2012). Dentro de los Departamentos que presentaron mayores tasas de mortalidad, se encuentran Quindío, Risaralda y Valle (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

La comorbilidad física y psicológica entre las personas con VIH/SIDA es amplia, lo que afecta su calidad de vida y tiene serias consecuencias emocionales y afectivas sobre ellas. El presente estudio es el resultado de un déficit notorio en los antecedentes empíricos e incluso teóricos sobre la descripción de variables psicológicas ansiedad, calidad de vida y depresión en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve. Si bien en los últimos años varios autores como Cardona, Peláez, López, Duque, & Leal, (2011a), Teva et al. (2009) y Lee (2008) han tratado de encontrar el impacto de ciertos factores psicológicos y sociales como lo son la depresión, la ansiedad y la calidad de vida en personas que tienen un diagnóstico de VIH/SIDA, estos factores no han sido escritos con base en el aspecto neuropsicológico. Aunque existen

investigaciones sobre los daños en el cerebro de una persona con esta infección, no se incluyen los factores psicológicos mencionados anteriormente; esto por supuesto origina un vacío en el conocimiento teórico y en la práctica. Las soluciones intentadas hasta el momento y según lo reportado en la bibliografía, es relacionar cada variable con el VIH/SIDA de manera separada. Así, es posible encontrar literatura acerca de ansiedad y VIH/SIDA o aspectos neuropsicológicos del VIH pero esto no ha generado integración entre los resultados, razón por la cual se considera de gran importancia realizar esta investigación.

Pregunta de investigación

¿Cómo se presentan la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve?

Marco teórico

La epidemia del VIH/SIDA en población adulta

Definición del VIH/SIDA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) afecta las células del sistema inmunitario, creando una alteración o anulación de dicho sistema. Se considera entonces que este sistema es deficiente cuando no puede luchar contra las enfermedades y los virus que atacan al cuerpo (Dowshen, 2009).

Las células a las que ataca este virus son las llamadas “linfocitos cooperadores CD4”, que actúan como transmisores de mensajes a otras células para indicarles que entren en actividad y combatan el gen invasor (Dowshen, 2009).

Existen diferentes vías de transmisión del VIH dentro de las que se encuentran: relaciones sexuales vaginales, anales u orales con otra persona infectada, el uso compartido de agujas o elementos corto-punzantes, transfusión de sangre y también la madre puede transmitir el virus al bebé por medio de la leche materna (OMS, 2013a).

Bartlett (2006) presenta algunas pautas importantes para prevenir la transmisión del VIH una vez se sabe que la persona tiene la infección. Primero que todo es importante dejar claro que el riesgo por transfusiones de sangre es muy bajo, ya que se realizan rigurosos estándares para prevenir que esta sea una vía de transmisión.

El riesgo de transmisión de VIH se incrementa con los niveles de virus en los fluidos corporales y del número de contactos que tenga el individuo con los mismos. Se ha encontrado también que la sangre tiene el mayor nivel de virus por lo cual esta se convierte en una importante vía de transmisión (Levy, 2007).

En cuanto a la vía de transmisión de madre a hijo, se ha encontrado que esta se puede dar por una infección directa en el útero o en el momento del parto cuando el recién nacido se expone

a las secreciones y sangre de la madre. La leche materna puede servir como una fuente de transmisión para el recién nacido pero se ha sustentado que la leche misma contiene también algunas sustancias que pueden bloquear el virus. Para esto se ha encontrado que la terapia antirretroviral puede reducir significativamente la transmisión de la madre al hijo (Levy, 2007).

Dentro de los factores de riesgo se evidencia que debido a que algunos fluidos corporales tienen una menor probabilidad de transmitir el virus, existe una jerarquía para los factores de riesgo de transmisión del VIH (Bartlett, 2006),

El primer y más grande factor de riesgo es el contacto sexual sin protección, tener relaciones sexuales sin condón o aquellas que implican un intercambio de fluidos corporales, son factores de altísimo riesgo para contraer el virus. La eficiencia con la cual se transmite el virus depende de algunos factores dentro de los cuales están que la persona tenga alguna herida abierta en los genitales por ejemplo por medio de los herpes genitales. Otro factor predisponente dentro de este gran factor de riesgo es la práctica sexual, si bien el sexo anal y vaginal pueden ser prácticas que incrementen el contagio de VIH, se ha descubierto que el sexo anal entre hombres homosexuales puede tener una mayor probabilidad de transmisión del virus (Bartlett, 2006).

Un segundo factor de riesgo es compartir agujas o elementos como cucharas o jeringas con una persona que se inyecta algún tipo de droga. El VIH se puede transmitir por residuos de sangre ya sea en la aguja, la jeringa o cualquier utensilio que sirva para la inyección de la droga. La eficiencia de la transmisión va a depender de la cantidad de sangre que quede en la aguja, el tiempo que ha estado la sangre expuesta, si la sangre está seca o no y la cantidad de virus que exista en la sangre (Bartlett, 2006).

El tercer y último mayor factor de riesgo de transmisión de VIH es la vía madre-hijo que ha sido previamente explicada por Levy (2007); aunque antes se pensaba que la leche materna era

una posible vía de transmisión, actualmente se sabe que no existe una alta probabilidad de que la madre infecte a su hijo por este medio.

Por último, dentro de esta jerarquía de factores de riesgo se encuentran también aquellas conductas o circunstancias que tienen una menor probabilidad de ser vías de transmisión de VIH: tener sexo seguro (con condón) con una pareja estable; personas homosexuales que tengan múltiples parejas sexuales sin uso de protección; dar leche materna de una madre infectada por VIH a su bebé; accidentes con agujas en personal de la salud; trasplante de órganos; inseminación artificial o transfusión de sangre; realizar sexo oral sin protección; mordiscos y por último, el cuidado en casa de personas infectadas por VIH o SIDA (Bartlett, 2006).

En cuanto al curso de la enfermedad se ha establecido que existen principalmente cuatro fases definidas como: fase primaria de la infección; fase asintomática de la infección; fase sintomática de la infección y finalmente el SIDA (Rowe, 2009).

La primera fase es aquella en la que más comúnmente los individuos no saben que están infectados. Es justamente en esta fase donde las personas pueden ser más contagiosas para otros. Los síntomas en esta fase que también puede ser denominada como seroconversión, son vagos y se parecen mucho a los de una gripa. Se encuentra que los síntomas se presentan 2 a 6 semanas después de la infección y duran no más de 14 días. Se incluyen síntomas como fiebre, dolor de garganta, diarrea, úlceras en la boca o en los genitales, entre otros (Rowe, 2009).

La segunda fase denominada asintomática, puede durar muchos años sin que se haga evidente algún síntoma de la enfermedad y aunque los daños no sean visibles, el sistema inmune comienza a deteriorarse; el daño en el sistema sería solo detectable por medio de pruebas de sangre (Rowe, 2009).

La fase sintomática evidencia que en la medida en que para este punto la enfermedad no haya sido tratada, la persona estará más vulnerable a una enfermedad oportunista, que son

aquellas enfermedades como la neumonía o algún tipo de tumores que aprovechan el daño ya hecho en el sistema inmune y deterioran aún más el estado de salud de la persona (Rowe, 2009).

La última fase de la enfermedad es cuando se diagnostica el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); esta ya es la etapa terminal y el diagnóstico será claramente establecido cuando los criterios médicos así lo ratifiquen (Rowe, 2009). El SIDA es la etapa más avanzada del VIH. Es posible que una persona dure varios años sin alcanzarla esta pero una vez se diagnostica con SIDA es porque el virus ha debilitado de tal manera el sistema inmunitario que este es incapaz de combatir a las infecciones. Dentro de los síntomas presentes en el SIDA se encuentran: debilidad o cansancio extremo, pérdida rápida de peso, episodios frecuentes e inexplicables de fiebre que duran semanas, transpiración abundante por la noche, inflamación de los ganglios linfáticos, infecciones menores que producen erupciones cutáneas y llagas en la boca, los genitales y el ano, manchas blancas en la boca o garganta, diarrea crónica, tos persistente, problemas para recordar (Dowshen, 2009).

Dentro de las pruebas que existen para detectar la presencia del VIH se encuentra que las más comunes son las pruebas de sangre que detectan el VIH-1, estas pruebas como por ejemplo la ELISA dan una primera impresión acerca de la carga viral de la persona y de la presencia o no del VIH (Geretti y Vitiello, 2012).

Es importante tener en cuenta que dentro del curso de la enfermedad del VIH existe un periodo denominado ventana inmunológica que el tiempo que pasa desde el momento de la transmisión del virus hasta que una prueba de sangre serológica pueda detectarlo, puede ser un período de tres meses aproximadamente, se debe tener especial cuidado con este periodo pues puede que el resultado sea NO REACTIVO (negativos) y esto sería un falso negativo (Geretti y Vitiello, 2012).

En dado caso de que el resultado de la primera prueba como la ELISA sea NO

REACTIVO, se sugiere realizar nuevamente esa misma prueba dos o tres meses después para descartar el periodo de ventana inmunológica (Geretti y Vitiello, 2012).

En caso de que el resultado de esta primera prueba sea REACTIVO (positivo), será necesario realizar una prueba confirmatoria. La prueba más conocida es la Western Blott que otorga un resultado más certero acerca de la infección (Geretti y Vitiello, 2012).

Respecto al tratamiento del VIH, los medicamentos antirretrovirales han sido aquellos de mayor efectividad y que han proporcionado una expectativa de vida más alta en las personas infectadas (Díaz, Álvarez, Prada y Asociación Colombiana de Infectología, 2005).

Los medicamentos antirretrovirales se clasifican principalmente en tres grupos: (1) Inhibidores Análogos No-Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (ITRNN); (2) Inhibidores Análogos Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (ITRN) y (3) Inhibidores de la Proteasa (Díaz et al., 2005).

Dentro del primer grupo se encuentran Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Estavudina (D4T), Didanosina (DDI) y Tenofovir. En el segundo grupo se encuentran: Efavirenz y Nevirapina y dentro del tercer grupo se encuentran: Nelfivanir, Lopinavir + Ritonavir, Saquinavir + Ritonavir, Atazanavir +/- Ritonavir, Fosamprenavir +/- Ritonavir (Díaz et al., 2005).

El VIH/SIDA ha sido una infección que pasó de ser mortal a clasificarse como una enfermedad crónica, tratable y que permite una sobrevida significativa en quienes la adquieren. Sin embargo, no existe un tratamiento curativo conocido y desde su aparición, su comportamiento epidemiológico ha sido alarmante (Díaz et al., 2005).

Datos epidemiológicos sobre el VIH/SIDA

Según ONUSIDA el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2012), El VIH/SIDA es uno de los problemas sanitarios más graves a nivel mundial. Según las cifras presentadas a finales de 2011, aproximadamente 34 millones de personas con edades

comprendidas entre los 15 y 49 años, vivían con el VIH en diferentes países y regiones del mundo.

Las regiones en las que actualmente se ha identificado una mayor tasa de prevalencia de VIH/SIDA en adultos son el Caribe y Latinoamérica; algunos de los factores que se han asociado a esta realidad son de tipo cultural, religioso, económico, político y social (Teva Bermúdez, Ramiro y Buela-Casal, 2012).

En Colombia, la epidemia se mantiene concentrada en poblaciones de mayor vulnerabilidad, dentro de las cuales se encuentran principalmente hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres y en las mujeres que son trabajadoras sexuales (Saldarriaga y Rodríguez, 2012).

Sin embargo, el comportamiento de la epidemia en este país presenta una transición progresiva del predominio de la infección en población homosexual masculina a un aumento de ésta en la población heterosexual masculina y femenina. Algunas de las explicaciones que se han generado para la explicación de este fenómeno, corresponden a que las conductas de riesgo dentro de la población han ido aumentando y que aún por el miedo al estigma y al rechazo, los homosexuales pueden mantener relaciones sexuales con mujeres, lo cual fomentaría la transmisión del VIH por vía heterosexual (Teva et al., 2012).

En cuanto al rango de edad en el que la prevalencia de la infección por VIH es mayor (76.4% de los casos notificados en el año 2011) es de 15 a 44 años de edad. No obstante, en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 en adelante con el 21,5% respecto al número de casos encontrados (aprox. 7991). Además sobre los casos reportados con edad, son los menores de 18 años los que conforman un 3,09% de los casos y un 1.7% corresponden a menores de 15 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Con respecto mortalidad por SIDA en Colombia durante 2011, el DANE reportó una tasa de 4,53 por 100.000 habitantes (2.088 casos); en los hombres 7 y en las mujeres 2,10 por 100.000 habitantes. Dentro de los Departamentos que presentaron mayores tasas de mortalidad, se encuentran Quindío con 15,56, Risaralda con 8,6 y Valle con 7,9 por 100.000 habitantes, predominando en todos estos el sexo masculino respecto al femenino (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El comportamiento epidemiológico señalado anteriormente puede obedecer a diferentes factores que incluirían cobertura diagnóstica y terapéutica, acceso al sistema de salud limitado, disponibilidad de información, manejo multidisciplinario apropiado y mayor capacitación al personal de salud. Factores que se hacen fundamentales para mejorar el control de la infección y en particular reducir las tasas mortalidad (Saldarriaga y Rodríguez, 2012).

Por último, es importante tener en cuenta que en Colombia se presentan problemas de subregistro que desvirtúan la verdadera dimensión de la epidemia, llegándose a considerar que las estimaciones reales mostrarían cifras de 200.000 personas afectadas por la infección (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

Aspectos psicológicos y neuropsicológicos del VIH

Portellano (2005) explica que en más de la mitad de los casos de personas infectadas por VIH se puede desarrollar una patología neurológica y neuropsicológica. Un factor de riesgo para que estas complicaciones neuropsicológicas se hagan presentes, es un estadio de la enfermedad muy avanzado, esto es cuando el recuento de los linfocitos CD4 es menor a 200 células/mm³.

Siguiendo por la línea de los factores de riesgo para presentar trastornos neurocognitivos asociados al VIH (TNAV) se encuentran la edad, la fase de la enfermedad, una cifra baja de linfocitos CD4, la orientación sexual, la comorbilidad con otras enfermedades respiratorias, cardiovasculares, renales, entre otras, el consumo excesivo de alcohol, el uso de drogas como

cannabis y cocaína y finalmente se ha encontrado que un 60 %- 70% de las personas infectadas con VIH presentan uno o más trastornos psiquiátricos especialmente depresión, lo que ya constituye un factor de riesgo importante (Bragança, 2011).

Las alteraciones de carácter neurocognitivo que se presentan en personas con VIH son generalmente el resultado de enfermedades neurológicas directamente relacionadas con la infección o que han sido causadas por enfermedades oportunistas asociadas al virus.

Es importante entonces que las personas con VIH, por ser una población de riesgo, cuenten con el apoyo y la supervisión regular por parte de neuropsicología, ya que generalmente, estas personas tienen alta probabilidad de presentar trastornos asociados con memoria, atención y capacidad para nuevos aprendizajes (Portellano, 2005).

Los estudios del impacto neuropsicológico se fundamentan entre otros, en la efectividad de los TARGA y de su evidencia no solo a nivel biológico sino psicológico y de calidad de vida del paciente. La infección por VIH produce un espectro muy amplio de déficits cognitivos que van desde la etapa asintomática hasta la fase SIDA de la enfermedad; por esta razón es que el estudio de los medicamentos antirretrovirales ha constituido un papel importante dentro del desarrollo del virus (Bragança, 2011).

Existe una complicación importante en el proceso del desarrollo del VIH que se relaciona con un proceso de demencia progresiva conocido como el Complejo Demencia SIDA (CDS) o también llamado Complejo Cognitivo-Motor. Este trastorno se hace presente en fases avanzadas de inmunosupresión que da como consecuencia serias alteraciones a nivel conductual, motor y cognitivo. El proceso es gradual y se agrava a medida que el sistema inmune se vuelve más deficiente. Como resultado de enfermedades oportunistas, es común la pérdida progresiva del habla, síndrome de desinhibición, expresándose como aparente hipomanía o bien signos depresivos o psicóticos. Algunos de los primeros síntomas del deterioro cognitivo son la pérdida

de memoria, disminución en los tiempos de reacción, incapacidad para concentrarse, disminución en la capacidad del juicio y alteración del lenguaje. Dentro de las manifestaciones de tipo conductual se encuentran apatía, aislamiento social y juicio pobre. Finalmente en los problemas de tipo motor se expresa debilidad o espasticidad en los miembros inferiores, dificultades en balance y temblores (Custodio et al., 1996).

Recientemente, se ha establecido que existen siete funciones neurocognitivas nucleares de carácter subcortical que se ven directamente afectadas por el VIH, estas son: (1) atención y memoria operativa, (2) velocidad del procesamiento de la información, (3) memoria, (4) aprendizaje, (5) funciones ejecutivas, (6) velocidad y (7) destreza motora verbal y fluidez verbal (Bragança, 2011).

Frente al pronóstico de los TNAV se puede decir que es difícil y muy variable, pero ha mejorado con la administración de medicamentos antirretrovirales. De hecho, la evidencia indica que éstos mejoran la atención, la velocidad psicomotora y las habilidades psicomotoras, aunque no son muy eficaces frente a las funciones ejecutivas y los déficits mnésicos (Bragança, 2011).

Es por esto también que se hace importante el constante monitoreo de parte del área de neuropsicología pues a medida que avanza la enfermedad, los resultados pueden cambiar e ir generando alteraciones importantes en la vida de la persona (Portellano, 2005). No solo los medicamentos y las estrategias terapéuticas que se utilicen deben ser tomadas en cuenta, sino que también gracias al aumento de la esperanza de vida de estas personas, se enfrentan nuevos problemas como la presencia de mayor comorbilidad médica, psiquiátrica y neurológica, aumento de interacciones de tipo farmacológico y la complejidad del diagnóstico diferencial por las características de un envejecimiento normal (Portellano, 2005).

Por su parte, Muñoz, Fuster, Fumaz, Ferrer, Molero, Jaen, Clotet, y Dalmau (2013) realizaron un estudio en España que evaluó las quejas cognitivas en personas infectadas por VIH

descubriendo que casi la mitad de la muestra utilizada presentaba quejas de carácter cognitivo y que estas están relacionadas principalmente con un mayor tiempo de infección, disminución en el número de CD4, una carga viral indetectable y un deterioro en la calidad de vida. Memoria y concentración fueron las quejas que se percibieron con mayor alteración.

Los objetivos que se planteó este estudio fueron (1) estudiar la relación entre la presencia de queja cognitiva y la percepción de la persona frente a interferencia en la vida diaria; (2) conocer el perfil de las áreas cognitivas alteradas; (3) evaluar posible asociación con otras variables de salud psicológica y calidad de vida (Muñoz et al., 2013).

En cuanto a los resultados mostraron que las personas con síntomas de depresión y ansiedad, de mayor edad, menor nivel de estudios y sin parejas representan el perfil de personas infectadas por VIH y presencia de quejas cognitivas. Para determinar la relación con la calidad de vida y las quejas cognitivas se utilizó el cuestionario MOS-HIV y se evaluaron las áreas social, psicológica o emocional y física. Se encontró que las personas que reportaban quejas cognitivas, eran aquellas que peor calidad de vida tenían, tanto a nivel general como en cada una de las tres áreas (Muñoz et al., 2013).

Este estudio muestra entonces la importancia de los aspectos neuropsicológicos con el VIH y la manera como también los síntomas depresivos y de ansiedad consolidan un perfil de personas que presentan quejas neurológicas (Muñoz et al, 2013).

Haciendo un énfasis en los procesos de demencia que se han visto asociados al VIH, es posible describir un espectro de desórdenes neurocognitivos que van desde una discapacidad neuropsicológica asintomática leve (ANI, por sus siglas en inglés) hasta un desorden neurocognitivo leve asociado al VIH (MND por sus siglas en inglés) donde la demencia asociada al VIH (HAD por sus siglas en inglés) es la forma más severa de estos desórdenes neurocognitivos (Manji y Miller, 2012).

La discapacidad neurológica asintomática leve no tiene complicaciones importantes en las actividades de la vida diaria, mientras que en el desorden neurocognitivo leve se pueden presentar quejas de los pacientes tales como dificultad en la realización de tareas muy complejas, problemas leves de memoria, distractibilidad y confusión, necesidad de hacer listas, problemas con adherencia al tratamiento. Las personas pueden presentar por lo menos dos de los siguientes síntomas por más de un mes tales como problemas en la atención y concentración, lentitud mental, lentitud motora, cambios en la personalidad, irritabilidad y labilidad emocional (Manji y Miller, 2012).

Ahora bien, haciendo referencia hacia la demencia asociada al VIH se encuentra que los pacientes generalmente se pueden quejar de problemas de memoria, distractibilidad, atención y concentración pobres, labilidad emocional, enlentecimiento psicomotor, falta de equilibrio, aislamiento social, dificultad en el procesamiento de la información, problemas de lenguaje, problemas viso-espaciales, algún tipo de apraxia; y en los estados más avanzados puede haber síntomas psicóticos, problemas severos de pérdida de memoria, entre otros (Manji y Miller, 2012).

Las personas con esta demencia asociada al VIH pueden presentar también por lo menos dos de los siguientes síntomas cognitivos y cuya duración sea mayor a un mes: problemas en la atención y concentración; enlentecimiento en el procesamiento de la información; dificultad con el razonamiento abstracto; dificultad en las habilidades viso-espaciales; discapacidad para la memoria y el aprendizaje y discapacidad en la función del lenguaje. Además presentan por lo menos uno de estos síntomas que son una anormalidad en el funcionamiento motor en una prueba clínica o neuropsicológica o un detrimento en la motivación, control emocional o comportamiento social (Manji y Miller, 2012).

Para complementar lo dicho por los anteriores autores, Morrough y Cohen (2008) han identificado una serie de manifestaciones propias de la demencia asociada al VIH. Se entiende que la demencia como un desorden cognitivo que envuelve la pérdida de múltiples funciones cognitivas como la memoria, atención, juicio y pensamiento abstracto y que interfiere significativamente en el desarrollo de la vida social y el funcionamiento ocupacional de la persona.

Consistente con esto son los resultados de un estudio que muestra que el rendimiento neuropsicológico objetivado en la memoria visual, la velocidad psicomotora, la inteligencia verbal y la memoria verbal/pensamiento abstracto, se ve claramente disminuido a medida que las fases de la enfermedad se van haciendo mucho mas severas; mientras en que las fases asintomáticas de la enfermedad esta disminución en el rendimiento no es aun del todo clara (Faílde, Lameiras, Rodríguez, Carrera y López, 2009).

Se sabe que una persona infectada por el VIH es vulnerable a varias causas de la demencia, dentro de la cual la de mayor gravedad es la HAD (HIV-associated dementia). Esta demencia es una encefalopatía metabólica causada por una replicación viral en el cerebro. Es principalmente una demencia subcortical donde el detrimento cognitivo, el enlentecimiento motor y los cambios en el comportamiento son los predominantes (Morrough y Collen, 2008).

Estos autores describen tres comportamientos únicos de esta demencia asociada al VIH que son comenzar fuego accidentalmente, conducta violenta y tomar objetos de otras personas de forma repetitiva. En cuanto a comenzar fuego de manera accidental, se ha encontrado que generalmente se da por botar cigarrillos encendidos al suelo en personas con una discapacidad cognitiva. Esta discapacidad cursa concomitantemente con la demencia asociada al VIH haciendo más grandes los lapsos en la atención, la memoria y el juicio. Para esto se propone que los

cuidadores de estas personas prohíban fumar o bien estén presentes cuando la persona con discapacidad lo esté haciendo (Morrough y Collen, 2008).

En cuanto al comportamiento violento, se incluyen varias formas en las cuales puede ser desarrollado tales como biológica, psicológica o social. Este comportamiento violento se da por una desinhibición relacionada con una disfunción cortical y subcortical. Generalmente el precursor de la violencia es un episodio de delirium, en el que los pacientes en una fase avanzada de la infección pueden ser susceptibles a presentar este tipo de episodios. Es necesario que los cuidadores estén alertas a señales de tipo violento ya sea a nivel físico, psicológico o social, para comenzar a tratarlas a tiempo (Morrough y Cohen, 2008).

Finalmente en cuanto al tomar objetos de otras personas de manera repetitiva, se encuentra que la demencia puede predisponer a las personas con VIH a robar de forma repetitiva debido a desinhibición cortical, comportamiento descontrolado y discapacidad en la función de la memoria. Estas personas generalmente tienen problemas para distinguir entre lo que está bien o mal o aquello que es de ellos y un deseo. Se sugiere que para el tratamiento de este tipo de problemas se puede realizar un tratamiento psicológico, comportamental, social y modalidades de tratamiento farmacológico (Morrough y Cohen, 2008).

Otra característica importante a ser evaluada es la buena o mala adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH/SIDA, la importancia de este aspecto se remite a que muy probablemente una buena adherencia al tratamiento estará afectada por características neuropsicológicas en la medida en que la memoria prospectiva es necesaria para llevar a cabo una adecuada y consistente toma de los medicamentos, pero precisamente esta función es una de las cuales se ve afectada en el curso de la enfermedad; otras tareas funcionales afectadas pueden ser manejar, llevar las finanzas del hogar y la preparación de alimentos. Un pobre rendimiento en el

área laboral y el desempleo se han descrito como consecuencia de un daño cognitivo en personas con VIH/SIDA (Rackstraw, 2011).

Debido a lo anterior, se resalta la importancia de una amplia información psicosocial de los pacientes para que estos puedan ser tratados correctamente (Rackstraw, 2011). Una adecuada combinación de psico-educación para los cuidadores, apoyo psicosocial, tratamiento psicológico y farmacológico ayudarán a reducir el sufrimiento de estas personas y les proporcionará una mejor calidad de vida (Morrough y Cohen 2008).

VIH/SIDA y calidad de vida

Cardona, et al (2011) definen calidad de vida como la percepción de individuo hacer de su vida, su lugar en la cultura que vive, el sistema de valores y creencias todo esto atravesado por las actividades diarias, su estado psicológico, la salud física, su independencia, relaciones interpersonales, creencias propias y los factores ambientales.

El estudio que se realizó tenía como objetivo describir la calidad de vida relacionada con la salud y su vínculo con los aspectos demográficos, clínicos y socioeconómicos, se utilizó la versión en español de MOSSF-36 y WHOQOL-BREF (Cardona et al., 2011a).

Los resultados demostraron que frente a los aspectos demográficos, la edad se relacionó significativamente con la salud psicológica; en cuanto a los aspectos económicos, la salud general, el dolor del cuerpo y las dimensiones del WHOWOL-BREF se asociaron con el estrato socioeconómico. En cuanto a la relación con la salud, se observó que en todas las dimensiones los puntajes fueron mayores para quienes pertenecen a régimen contributivo (Cardona et al., 2011a).

En general se encontró que los participantes creen que su calidad de vida en relación con la salud está determinada más por factores sociales y económicos que por condiciones biológicas propias del virus. Lo que demuestra este estudio es que la satisfacción económica, la presencia de

una buena red de apoyo familiar, hospitalizaciones o presencia de enfermedad, son variables que afectan significativamente la calidad de vida relacionada con la salud (Cardona et al., 2011a).

Para mostrar un precedente en el tema de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Schwartzmann (2003) realiza una definición a partir de varios autores acerca de la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud y la enfermedad. Esto dará paso a nuevas investigaciones como las de Cardona (2011b) que serán citadas posteriormente.

Dada la importancia que se ha otorgado a una definición no solo de calidad de vida (CV) para las personas sino su calidad de vida relacionada con la salud, Schwartzmann (2003) la ha definido como el conjunto de las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de un conjunto social experimentan frente a su estado de bienestar físico, psíquico, social, espiritual y las necesidades materiales y socio-afectivas. Estas dependen por supuesto de los valores, creencias, el contexto cultural, la historia personal de cada quién, la etapa vital por la que se atraviesa y el momento de enfermedad que se cursa.

Llegar a la definición anterior fue producto de una investigación teórica acerca de los factores que influyen actualmente en la calidad de vida. Hoy en día hay una cantidad de vida más larga pero una calidad de vida menor, factores como el desempleo, el multiempleo, cambios en la estructura familiar, divorcios, ambos padres en el sector laboral y pérdida de valores, motivaciones y lealtades, son factores estresantes a los que un ser humano está sometido la mayoría del tiempo (Schwartzmann 2003).

Anteriormente la calidad de vida se midió estrictamente en relación a datos médicos objetivos y no se tuvo en cuenta la percepción del paciente frente a su estado de salud o enfermedad y cómo esto influye en el éxito o fracaso de un tratamiento. El modelo médico tradicional no tiene en cuenta que muchas de las enfermedades físicas o los estados de salud,

están fuertemente influenciados por el estado de ánimo, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento que tenga la persona (Schwartzmann 2003).

Se explicita además que es tarea de los médicos y el equipo de salud optimizar las situaciones donde hay posibilidad de conseguir una mejor calidad de vida, esto a través de la promoción del bienestar y de la salud dentro de los tratamientos habituales y no buscando simplemente la eliminación de la enfermedad. Teniendo en cuenta esto, la OMS ya en 1948 había ayudado a la definición de la CVRS como “... un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (Schwartzmann 2003).

Se crea entonces en 1995 un instrumento de la OMS conocido como el WHOQOL-100 que partía de un marco teórico, utiliza métodos cualitativos y realiza una evaluación en varias culturas, aspecto que será de gran importancia para las distintas percepciones de las personas frente a la CV. Se realiza un consenso acerca de algunas medidas relacionadas con la CRVS en donde esta debe ser: (1) Subjetiva; (2) Multidimensional; (3) Incluir sentimientos tanto positivos como negativos y (4) Registrar la variabilidad en el tiempo (Schwartzmann 2003).

Como complemento de lo anterior según Minayo, Hartz y Buss citados por Schwartzmann (2003), señalan que si bien la calidad de vida se relaciona con una percepción individual, independientemente de si esta es compartida por las demás personas o no, existen tres marcos de referencia donde la CV puede ser entendida. Estos marcos con el histórico, donde se explica que cada sociedad tiene distintos parámetros de los que es calidad de vida y según el momento que viva dicha sociedad; el cultural que se refiere a que cada pueblo tiene sus propios parámetro en relación a sus tradiciones, costumbres y creencias; y finalmente la clase social a la que se pertenece enmarca una serie de expectativas frente a la vida diferentes según las posibilidades económicas y sociales que se tenga.

Para finalizar, la definición de la CVRS a la cual Schwartzmann (2003) llega a la conclusión es que la CV es un proceso dinámico y cambiante que está relacionado con las interacciones de la persona y su medio ambiente donde en el contexto de una persona enferma estas interacciones serían tales como el tipo de enfermedad, la evolución, la personalidad del paciente, el cambio en su vida cotidiana, el soporte social que percibe y que recibe y la etapa del ciclo vital en la cual la enfermedad se presenta.

Una vez señalada la importancia de la calidad de vida y de esta relacionada con la salud, Cardona (2011b) presenta un artículo que busca describir la CVRS y el análisis psicométrico de tres instrumentos que fueron el MOSSF-36, el WHOWOL-BREF y el WHOQOL-HIV-BREF.

La CV está definida anteriormente por Cardona, et. al (2011a), en esta ocasión se hace hincapié en la definición de la CVRS que es entendida como el valor asignado al tiempo de vida, los cambios que se dan en un estado funcional, las oportunidades sociales y percepciones de las personas debido a la enfermedad, los tratamientos y las discapacidades (Cardona, 2011b).

En este estudio se encontró que los mayores puntajes en cada uno de los instrumentos fueron en las dimensiones de función física, ambiente y nivel de independencia y espiritualidad. En cuanto al MOSSF-36 se encontró un buen nivel de fiabilidad, validez discriminante y consistencia interna en todos sus ocho dominios. El WHOWOL-BREF tuvo buen desempeño en salud física, ambiente y relaciones sociales y el WHOQOL-HIV-BREF tuvo buen desempeño psicométrico en las áreas de relaciones sociales, ambiente y espiritualidad e independencia (Cardona, 2011b).

En general se obtuvo que la CVRS es un constructo que se está teniendo muy en cuenta para evaluar las variables relacionadas con la salud, la enfermedad y el tratamiento desde la perspectiva del paciente. Además del buen desarrollo psicométrico del MOSSF-36, también se evidencio que el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-HIV-BREF tuvieron puntajes similares por lo

que el instrumento específico (WHOWOL-HIV-BREF) puede ser utilizado ya que brinda una mayor precisión frente al proceso de percepción de las personas con VIH y además agrega las dimensiones de espiritualidad e independencia (Cardona, 2011b).

Este tipo de estudios fundamentan la validez de la utilización de este tipo de instrumentos en una muestra de sujetos colombianos por lo cual los resultados brindan una prueba mucho más certera frente a la realidad del país.

Por su parte, Cázares Piña y Sánchez (2010), investigaron los efectos de un conjunto de variables psicológicas sobre la calidad de vida, según el estadio de la infección. Definen la calidad de vida (CV) como la manera en la cual el individuo valora su funcionamiento psicológico y social, oportunidades educativas, socioculturales y la satisfacción con los servicios de salud.

La CV se constituye entonces como un resultado del conjunto de factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales en un momento particular del estado de la persona y del cual va a depender que esta se adapte o no a estos factores influyendo ya sea de manera positiva o negativa (Cázares et al., 2010).

Se define que alguien con VIH es una persona competente si tiene a su disposición destrezas, habilidades y conocimientos que le permitan realizar conductas eficientes tales como adherirse correctamente al tratamiento, asistir a las citas de control programadas, realizarse exámenes de laboratorio y evitar comportamientos de riesgo y situaciones negativas de la vida como el estrés; esto permitirá también que la persona evalúe de una mejor manera su calidad de vida (Cázares et al., 2010).

Los resultados arrojaron que al parecer a medida que el tiempo avanza y las personas se van ubicando en un estadio de la enfermedad, se van realizando diferentes cambios con respecto a las variables evaluadas y según las exigencias que la enfermedad vaya poniendo. Así, en el

estadio A de la enfermedad se evidenció un óptimo desempeño en competencias conductuales, tales como comenzar a tomar los medicamentos antirretrovirales y en los estadios B y C se observaron bajos niveles de estrés relacionado con tolerancia a la frustración y a la ambigüedad (Cázares et al., 2010).

Finalmente es importante resaltar que los autores señalan que hubo un buen ajuste psicológico en el transcurso de la enfermedad y en general una buena valoración de la calidad de vida, pero esto puede estar influenciado también porque el estudio se hizo con personas adherentes 100% y quienes llevan 4 años o más de vivir con la enfermedad y menos de la mitad tienen el diagnóstico de SIDA como tal (Cázares et al., 2010).

Se concluye que las variables psicológicas relacionadas con la calidad de vida, no actúan de la misma manera ni se mantienen constantes a lo largo de la enfermedad, pues dependerá del estadio y condiciones que la enfermedad presente para que la calidad de vida sea valorada desde aspectos psicológicos, físicos o sociales (Cázares et al., 2010).

Frente a las estrategias que se han realizado en Colombia para evaluar esta variable de la calidad de vida, Uribe (2005), realizó una serie de intervenciones grupales en un grupo experimental de 19 hombres entre los 20 y los 50 años de edad diagnosticadas con VIH. El objetivo del estudio era identificar las áreas de mayor o menor nivel de calidad de vida en personas con VIH antes y después de la intervención grupal.

Además de evaluar estas áreas relacionadas con la calidad de vida, se hace un énfasis importante en el aporte de la psicología frente a este tipo de problemáticas, pues la psicología promueve herramientas importantes y preventivas frente a la aparición de nuevas situaciones que generen problemas para el paciente (Uribe, 2005).

Como resultados del estudio se encontró que las mejores puntuaciones en el grupo experimental fueron en las áreas de funcionamiento físico, intimidad en pareja y funcionamiento

social. Se encuentra también que las dos áreas de mayor interés que además son fundamentales al momento de evaluación e intervención, son las de salud mental y el funcionamiento cognitivo (Uribe, 2005).

Las puntuaciones en dichas áreas tanto en el grupo experimental como en el grupo control estuvieron en un nivel medio y se encuentra que estas áreas se relacionan con el estado emocional y la repercusión en las habilidades cognoscitivas superiores tales como la atención, la concentración y la memoria. Lo anterior también tiene una relación directa con los procesos de adhesión terapéutica y las consecuencias no solo de la infección como tal sino de la medicación que puede presentar algunos efectos secundarios (Uribe, 2005).

Como ya decía Portellano (2005) para el presente estudio se ratifica también la importancia de una adecuada evaluación y plan de intervención para estos pacientes con VIH no solo a nivel del funcionamiento cognitivo sino frente al área de salud mental, ya que la percepción que tenga el paciente frente a su diagnóstico, sus conductas de adherencia y sus cambios en la vida cotidiana permitirá que este perciba y evalúe su calidad de vida de manera positiva o negativa (Uribe, 2005).

VIH/SIDA y ansiedad

La evidencia ha demostrado que a partir del momento en que la persona recibe el diagnóstico de VIH/SIDA, experimenta en menor o mayor grado algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variables (Gaviria et al., 2009). Dentro de las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos está la ansiedad, ya que la infección por el VIH supone gran incertidumbre debido a que los pacientes no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad (Teva et al., 2005).

El VIH/SIDA también implica una adaptación psicológica a los cambios fisiológicos y en la vida cotidiana, dicha adaptación se dificulta por la percepción de amenaza constante y

sensación de impotencia, fomentando la aparición considerable de altos grados de estrés y ansiedad (Morrison et al., 2002).

La ansiedad, es definida como como un estado en la que una persona se muestra tensa y preocupada de forma excesiva acerca de la posibilidad de que algo terrible suceda, se caracteriza por tener componentes tanto cognitivos como afectivos. Se puede volver fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la capacidad para funcionar en la vida cotidiana ya que la persona entra en un estado desadaptativo caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas (Halgin y Withbourne, 2009).

Según Sanz (2012) Spielberger et al., en 1982 definieron ansiedad como un estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico, dicho estado puede llegar a alcanzar niveles de intensidad, frecuencia y disfuncionalidad anormales o patológicos.

Beck refiere que es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego debido a la percepción incorrecta del individuo, que se basa en falsas premisas. Entre las distorsiones cognitivas que caracterizan este estado se encuentran: 1. la visión catastrófica, que consiste en encontrar diversas situaciones sin evidencias suficientes como altamente peligrosas o amenazantes. 2. la maximización, que hace referencia a la elevación de las probabilidades que realiza el sujeto del riesgo de daño y por último la minimización, que consiste en una percepción baja de las capacidades de afrontamiento (Virues, 2005).

Flores (2004) resume como la sintomatología más frecuente en pacientes VIH-SIDA las siguientes respuestas: 1. a nivel fisiológico: náuseas, diarreas, problemas digestivos, pérdida de peso, aumento de sudoración taquicardia, sensación de ahogo, boca seca, perturbación del sueño,

fatiga, visión borrosa y hasta inflamación de las glándulas linfáticas. 2. A nivel cognitivo: confusión mental, falta de memoria, humor lábil, sentimientos de pérdida de la vida, rabia, tristeza o furia y 3. A nivel motor: disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales, llanto incontrolado, respuestas de evitación y escape, inquietud y movimientos bruscos.

Sin embargo, la aparición de la ansiedad en pacientes con VIH/SIDA depende de factores psicosociales y sociodemográficos como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, la ocupación, el estado civil, la percepción de apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otros. Estos factores pueden en algunos casos, permitir o no a los pacientes con VIH/ SIDA afrontar la enfermedad para lograr la adaptación y el bienestar de su salud general o posibilitar reacciones emocionales como la mencionada (Gaviria et al., 2009).

Es así como por ejemplo, la vulnerabilidad social, cultural y económica en la que la mujer colombiana se ve involucrada expone a las mujeres que conviven con el VIH/SIDA a una serie de estresores y alteraciones que afectan su bienestar emocional. Estos estresores tienen la capacidad de añadir al pensamiento de la persona elementos de preocupación y autoevaluación negativa, característicos de la ansiedad (Arrivillaga, 2006).

Autores como Edo y Ballester (2006) aseguran que la reacción ansiógena ante el VIH/SIDA, es esperable y en la gran mayoría de los casos inevitable, debido a que la consideran como el mecanismo por el que la persona generará su adaptación al nuevo contexto, la enfermedad. Estos autores consideran que la función principal de la ansiedad es la de preparar al afectado para que se mantenga alerta y activado ante las diferentes situaciones amenazantes que vivirá en su proceso de enfermedad (por ejemplo hospitalizaciones, exámenes médicos, tratamiento farmacológico, etc.).

Por otro lado, Remor et al. (2001) aseguran que si bien la ansiedad pueda ser una reacción emocional esperable o inevitable en los pacientes con VIH/SIDA, sus niveles podrían cambiar de acuerdo con la etapa de la enfermedad en la que se encuentren, pues la ansiedad dependería de la percepción de control que se tenga sobre los acontecimientos estresantes que se vinculan a la enfermedad, como por ejemplo, la comunicación inicial del diagnóstico, el inicio del tratamiento antirretroviral, la aparición de los síntomas que afectan el estado general o la primera hospitalización.

Existen dos grupos de problemas asociados al VIH que generan ansiedad, por lo que es indispensable un diagnóstico diferencial: el primer grupo es de tipo reactivo, es decir donde los estímulos que generan mayor ansiedad son: la probabilidad de ser descubierto o tildado de homosexual, la posibilidad de perder el empleo, el rechazo por parte del círculo social o la familia, el miedo a contagiar a seres queridos, la amenaza de adquirir un gran número de enfermedades, de perder autonomía o independencia física y económica y tener que ponerle fin a una vida sexual activa (Flores, 2004).

El segundo grupo, sería el de etiología neuropsiquiátrica, es decir la ansiedad se derivaría de aspectos secundarios a la inmunodepresión, por el efecto directo del VIH sobre el sistema nervioso central e incluso por los efectos secundarios de algunos fármacos antirretrovirales (Flores, 2004).

Combs y Livingston en el 2001, afirman de igual manera que la variabilidad del estado de salud de los pacientes, así como de la carencia de una terapia totalmente curativa hace que la ansiedad persista durante todo el curso de la enfermedad pero que oscile de intensidad, por lo que se pueden presentar una amplia variedad de síndromes de ansiedad que van desde los períodos cortos de ansiedad que acompañan a un trastorno adaptativo, hasta estados de ansiedad más

graves que están asociados a crisis de angustia, al estrés postraumático o a un trastorno obsesivo-compulsivo (Flores, 2004).

Es importante tener en cuenta que las personas infectadas por el VIH asintomáticos presentan mayores niveles de ansiedad que los pacientes diagnosticados con SIDA, debido a que se ha demostrado que la ansiedad disminuye a medida que progresa la enfermedad (Remor et al., 2001). Dicha disminución puede ser producto de la asimilación o aceptación de la enfermedad, donde parece ser que el individuo se adapta a las constantes fuentes de estrés que la enfermedad conlleva o por el contrario en la persona según algunas referencias teóricas de Flores, Borda y Pérez (2006) se afianza una forma de afrontamiento defensivo de negación o de olvido.

Flores, Borda y Pérez (2006) reportan que varios pacientes señalan además que factores como la impredecibilidad de la progresión de la enfermedad, la preocupación por los síntomas que lleva a la creencia de sufrir la enfermedad, el miedo al aislamiento y al abandono y la observación compulsiva del cuerpo pueden contribuir a la aparición y aumento de fuertes episodios de ansiedad.

VIH/SIDA y depresión

Como se ha mencionado anteriormente el VIH/SIDA cursa frecuentemente con algunos trastornos o alteraciones emocionales. Además de la ansiedad, la depresión es otra de estas, La prevalencia de la depresión en la población general se estima entre el 5 % y el 17 % frente al 22 % y el 45 % en las personas que viven con el VIH/SIDA (Lee, 2008).

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y puede dificultar el desarrollo de diferentes actividades diarias (OMS, 2013b).

Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) indican que es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional.

Por su parte, Beck en 1967 ya señalaba que la depresión está compuesta de: consideraciones negativas de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto, consideraciones negativas del entorno, causando la interpretación errónea de las situaciones externas y consideraciones negativas del futuro, se esperan eventos frustrantes y privaciones interminables; este autor señala además que las personas deprimidas tienden a comportarse con otras, auto-evaluándose negativamente, reconoce que los patrones de pensamiento de las personas en las que aparece la depresión tienen las siguientes características: suposiciones o creencias inflexibles, son resultantes de experiencias pasadas, son la base para percibir, discriminar, evaluar los estímulos y distorsionar la experiencia real (Lizondo, Montes y Jurado 2005).

Es importante tener en cuenta que aunque la presentación de la depresión es similar en las personas VIH - positivas y VIH-negativas, ciertos síntomas son más comunes entre los pacientes infectados con el VIH, incluidos los trastornos del sueño y del apetito, mientras que por ejemplo la disminución de la energía y la libido, son más comunes entre los pacientes VIH – negativos (Lee, 2008).

En general, la depresión puede tratarse sin medicamentos; sin embargo, cuando es grave o moderada puede conducir a conductas suicidas por lo que entonces es recomendable la utilización de medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2013b).

Diversos estudios refieren que la depresión y el VIH están interrelacionados, explican que por un lado las personas deprimidas tienen más probabilidades de contraer el VIH a través de

la participación en conductas de riesgo que los individuos no deprimidos, como por ejemplo: tener relaciones sexuales por dinero o drogas , tener relaciones sexuales en estado de intoxicación por alcohol o drogas , tener relaciones sexuales con usuarios que tiene un número mayor de parejas sexuales a lo largo de su vida (Lee, 2008).

Sin embargo, se comprueba la interrelación entre estas variables ya que investigadores como Romero (2009), demostraron que el periodo inmediatamente posterior a recibir el diagnóstico de VIH se considera como el más crítico por la adaptación psicológica que debe realizar el paciente y el más vulnerable para el desarrollo de un trastorno depresivo clínicamente significativo.

A nivel biológico se ha descubierto que el VIH reduce la transmisión serotoninérgica en el cerebro y por lo tanto, aumenta el riesgo de la depresión y al desarrollarse un cuadro depresivo, uno de los posibles efectos puede ser la supresión de las células asesinas (NK) y de las células CD8⁺ células T, lo que a su vez empeora el VIH (Lee, 2008).

Por otro lado, Díaz, Galindo y Ortega (2010) explican que el desarrollo de la depresión puede estar relacionado con las implicaciones sociales del diagnóstico de VIH/SIDA; por ejemplo el aislamiento, la pérdida de empleo, el rechazo familiar, la conceptualización fatalista de la infección, y el deterioro de la salud inherente a esta.

Así mismo, Bartlett y Finkbeiner (2006) postulan cinco posibles causas que ayuden a la aparición de la depresión: 1. hablan de la sensación continua de estar en una frustrante situación desalentadora por la infección por el VIH. 2. Los acompañamientos inevitables de cualquier enfermedad, los autores refieren que las personas se deprimen cuando van a la clínica para el tratamiento de alguna enfermedad oportunista y ven a otras personas con la infección por el VIH en peor situación que ellos, lo que les refuerza la idea de concebir su condición de salud como una situación desalentadora. 3. La predisposición, las personas que han sufrido de depresión

antes del diagnóstico podrían ser más propensos a estar deprimidos después. 4. Los medicamentos, muchos de los medicamentos utilizados para tratar la infección por el VIH y sus complicaciones puede generar la depresión como parte de sus efectos secundarios. 5. La depresión puede ser causada por el virus en sí. Es decir, la depresión puede ser un síntoma de demencia, una afección que se produce cuando el virus entra en el cerebro.

Según Wolff, Alvarado y Wolff (2010) la depresión que se presenta en las personas con VIH/SIDA suele ser de dos a cuatro veces más frecuente que en la población general y los pacientes que presentan mayor vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión son: los de sexo femenino, aquellos con menor nivel educativo y socioeconómico, los desempleados o en condiciones de inestabilidad laboral, aquellos con mayores preocupaciones respecto a su situación de salud, los no casados ni emparejados, aquellos que no cuentan con una red de apoyo social y las personas con menos creencias religiosas o espirituales.

Los factores cognitivos definitivamente tienen gran peso en el desarrollo de la depresión en personas con VIH/SIDA, generalmente las creencias negativas y catastróficas que están relacionadas con el diagnóstico o con el pronóstico inciden de manera importante en la respuesta emocional y en las estrategias de afrontamiento a utilizar (Valencia et al., 2007).

También los temores y miedos son algunos de los responsables de la aparición de la depresión, dentro de estos los más frecuentes son: el miedo a la muerte, a los cambios en la apariencia física, al rechazo social, al dolor, a los costos que implica un tratamiento retroviral, al abandono de la familia y a perder el empleo (Valencia et al., 2007).

Con la aparición de la depresión y según lo expuesto anteriormente, puede ser bastante probable que se presenten intentos e ideación suicida. La depresión causa que la visión acerca del mundo distorsione la realidad, ya que los individuos experimentan diferentes procesos sociales, emocionales y cognitivos que hace direccionar y centrar la mirada de algunas personas

diagnosticadas con VIH/SIDA exclusivamente en los aspectos o sucesos negativos por los que comienzan a atravesar.

Lee (2008) reporta que algunos estudios muestran que una de cada cuatro personas piensan en el suicidio, señala que las personas que tienen pensamientos suicidas son más propensos a haber dicho a sus amigos acerca de su VIH y de experimentar los síntomas y los efectos del tratamiento de manera más grave que las que no tienen pensamientos de suicidio.

El sentimiento de desesperanza, el aislamiento social y la discriminación a la que se ven enfrentados, pueden ser otros motivos que lleve a la persona a pensar en el suicidio como opción para evitar todos estos aspectos que giran en torno del VIH/SIDA o como solución para acabar con esa sensación de malestar profundo frente a un futuro desesperanzador (Lee, 2008).

Por otro lado, algunos estudios muestran que otros de los síntomas de la depresión que frecuentemente están asociados con el suicidio son: el aumento del insomnio, el aumento del abandono del cuidado personas y el aumento del deterioro cognitivo.

Lavery et al. (2012) expone algunas razones por las cuales las personas con VIH/SIDA presentan deseos de suicidio; la primera es la desintegración, haciendo referencia a la aparición de los síntomas y a los bajos niveles de funcionalidad y la segunda, es la pérdida de apoyo social, como consecuencia de la exclusión, discriminación y el autoaislamiento.

Es decir, la ideación suicida puede entenderse como un intento desesperado por controlar la enfermedad, la búsqueda de una respuesta frente a un temor de muerte inminente, la propagación de la infección, la estigmatización y la discriminación social (Carballo, 1998).

La presencia de depresión puede tener además de la ideación suicida otras repercusiones en un paciente con VIH/SIDA, dentro de ellas: la evolución de la enfermedad, debido a que la depresión produce cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino (Tobón y

Vinaccia, 2003); una menor calidad de vida, falta de adherencia al tratamiento y una mayor mortalidad (Díaz, Galindo y Ortega, 2010).

La falta de adherencia al tratamiento generalmente se asocia con las creencias que tiene el paciente y que suelen estar presentes en el desarrollo de la depresión; entre ellas: creencias que anticipan consecuencias negativas con el tratamiento, creencias que minimizan la efectividad de la medicina tradicional, creencias de amenaza a la respuesta sexual por el efecto de los antirretrovirales, creencias de desesperanza e impotencia frente al tratamiento (Correa, 2007).

Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas con VIH/SIDA con deterioro cognitivo leve

Al revisar la literatura, la relación existente entre las distintas variables psicológicas expuestas en los apartados anteriores y el deterioro cognitivo leve en personas con VIH/SIDA, lo que se encuentra principalmente son fuentes académicas que sugieren una posible relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en estas personas. Sin embargo, dentro de la revisión realizada, no se encuentra literatura de las tres variables psicológicas relacionadas con el VIH/SIDA y el deterioro cognitivo.

A pesar de la necesidad de llenar ese vacío teórico, parece importante en este apartado, exponer algunos de los estudios que se han realizado a lo largo de los años donde se evalúan por lo menos alguna de las variables psicológicas aquí expuestas y el deterioro cognitivo en algunas poblaciones de personas que tienen VIH/SIDA.

Algunos estudios han demostrado que una alta prevalencia de trastornos depresivos y marcado deterioro cognitivo en personas con VIH/SIDA. Lo anterior por supuesto depende también de la etapa de la enfermedad en la cual se encuentren, pero lo que se ha visto es que un 17.9% de los pacientes muestran un claro deterioro cognitivo y un 15.5% tienen síntomas de depresión. Estos dos aspectos crean un impacto negativo en la vida de las personas y en su

funcionamiento diario. Sin embargo lo que aún no se ha comprobado es el hecho de que haya una correlación negativa entre el uso de medicamentos antirretrovirales y la aparición de síntomas depresivos (Starace, Bartoli, Aloisi, Antinori, Narciso, Ippolito, Ravasio, Moioli, Vangi, Gennero, Coronado, Giacometti, Nappa, Perulli, Montesarchio, La Gala, Ricci, Cristiano, De Marco, Izzo, Pezzotti y D' Arminio, 2002).

Otro estudio realizado en India, mostró que existe un gran estigma hacia las personas que tienen VIH/SIDA en una pequeña población llamada Tamil Nadu, pero además, se encontró correlación entre síntomas depresivos y la percepción de la calidad de vida de las personas, mientras que cuando estas cuentan con un apoyo social favorable, su percepción de calidad de vida es mayor. En dicha población, se encontró un 27% de estigma hacia el VIH/SIDA, 12% de depresión severa y un 34% de una percepción baja de la calidad de vida. Lo que sugiere el estudio es que en tanto exista mayor comprensión de la problemática y sólido apoyo social para estas personas, el porcentaje de depresión comenzará a disminuir y el de calidad de vida comenzará a aumentar (Bimal, Lakshmanan, Arvind, Asirvatham, Mani, y Visalakshi, 2012).

Continuando con estudios realizados en India pero esta vez en Bostwana, se realizó un estudio piloto donde el objetivo principal era determinar el deterioro neurocognitivo en personas con VIH/SIDA comparándolo con la memoria y el aprendizaje verbal, la velocidad de procesamiento y variables como la edad, el nivel educativo, depresión y el recuento de células CD4. En este estudio se encontró que hay una alta prevalencia, incluso mayor de lo esperada, de deterioro neurocognitivo, lo que está relacionado con el uso de medicamentos antirretrovirales. Por lo tanto, debe tenerse especial cuidado sobre el momento en que se prescriben ya que generalmente se espera hasta que haya cierta cantidad en el conteo de células CD4 y lo que se ha encontrado es que a menor cantidad de estas células, mayor es el deterioro neurocognitivo. Se debe tener en cuenta también la manera en que otras variables tales como la edad o la

predisposición a desórdenes psicológicos podría afectar la adherencia al tratamiento y a la adecuada efectividad del mismo (Lawler, Mosepele, Ratcliffe, Seloilwe, Steele, Nthobatsang y Steenhoff, 2010).

Por otro lado y en consistencia con aquello que los diferentes autores han planteado, en Brasil se realizó un estudio que buscaba investigar la intensidad de los síntomas de depresión y compararlos con la calidad de vida, en relación con el género. Lo que arrojó el estudio es que hay mayor intensidad de los síntomas de depresión en mujeres que en hombres. Adicionalmente, se encontró que las personas que no tenían síntomas de depresión, o eran de baja intensidad, la calidad de vida era mucho mayor que aquellas personas que presentaban mayor severidad en los síntomas depresivos. Se plantea entonces en este estudio que se debe haber un mayor interés por parte de los profesionales de la salud hacia las personas con VIH/SIDA, no solo por su condición física y el curso de la infección sino porque se deben abarcar aspectos psicológicos sobre todo en aquellas características referidas a la depresión pues en acuerdo con Bimal et al. (2012) esto va a generar un impacto importante en la calidad de vida de la persona y en la manera como afronte el curso natural de la infección (Reis, Haas, Dos Santos, Teles, Galvão y Git, 2011).

Debido a la alta prevalencia de VIH/SIDA que se ha visto en África, se han realizado estudios, específicamente en Uganda, donde se ha puesto de relieve la importancia de determinar la prevalencia de una posible demencia por VIH/SIDA así como explorar la presencia de síntomas depresivos y de disfunción cognitiva en pacientes con VIH/SIDA. El primer estudio encontró que la prevalencia de demencia por VIH en Uganda es de 64.4% y que altos niveles de estrés es un factor que contribuye para que este deterioro sea progresivo y más severo, por tanto se establece la importancia de estudiar la relación entre la demencia por VIH y el estrés, pues esto podría ser un indicador importante para futuras investigaciones (Nakku, Kinyanda y Hoskins, 2013).

El siguiente estudio, que fue llevado a cabo en Uganda, buscaba estimar la prevalencia de los síntomas de depresión y deterioro cognitivo en pacientes seropositivos en comparación con una muestra de personas con seronegativas. Los autores evaluaron tanto los síntomas de depresión como los aspectos neuropsicológicos por medio de baterías y pruebas neuropsicológicas. Los resultados obtenidos arrojan que las personas con VIH-positivo presentan mayores puntajes en la escala de depresión y un mayor compromiso cognitivo. Del mismo modo, se encuentra que estos síntomas de depresión y el comienzo de problemas cognitivos, aumentaron después de comenzar con la terapia antirretroviral. Se concluye que la sintomatología depresiva es un distintivo común en pacientes con VIH con deterioro cognitivo. Además se recalca la importancia de realizar este tipo de estudios en una muestra de pacientes de Suráfrica, ya que al no ser una población muy estudiada, se tiende a no establecer un tratamiento integral adecuado que atienda aspectos importantes de la vida tales como las emociones; mucho más cuando se ha encontrado que un estado de ánimo depresivo puede influir negativamente en el deterioro de la enfermedad, tanto desde el aspecto físico como cognitivo (Nakasujja et al., 2010).

Otro estudio importante evaluó si existían diferencias en una muestra de pacientes con VIH (37 mujeres, 63 hombres, con edades entre 18 y 70 años, pacientes de diversos hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía, España) en cuanto a sintomatología depresiva, ansiedad estado, ira estado, ira rasgo y expresión de la ira en función del sexo, del estadio de la infección, del nivel de linfocitos CD4, del nivel de carga viral, de la vía a través de la cual se infectaron y de la presencia de lipodistrofia. Se encontró que hubo mayores niveles de ansiedad estado en el grupo con un nivel de carga viral medio y en el grupo que no presentaba lipodistrofia (Teva, Bermúdez, Hernández y Buela-Casal, 2005).

Además, predominó la ansiedad en los hombres, así como la sintomatología depresiva (desde depresión leve hasta depresión grave). Tanto los niveles de ansiedad como los de

depresión mostraron asociación con la incertidumbre de la evolución de la enfermedad y las propias manifestaciones de la enfermedad en el paciente (Teva, Bermúdez, Hernández y Buelacasal, 2005).

Arrivillaga, Correa, Varela, Holguín y Tovar (2006) presentan los resultados de un estudio descriptivo correlacional de las variables ansiedad depresión, Percepción de Control sobre la Salud (PCS) y Percepción de Control sobre Eventos Estresantes de la Vida (PCEEV) en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. La muestra estuvo compuesta por 47 mujeres atendidas en instituciones de salud de la ciudad de Cali, Colombia. Los resultados mostraron que el 23,4% presenta indicadores clínicos de ansiedad, el 10,63% de depresión, el 6,38% muestra bajos niveles de PCS y el 100% de las participantes muestra niveles moderados de PCEEV. Las variables ansiedad y depresión presentaron una correlación positiva, así como la PCEEV con ansiedad y depresión; depresión con PCS y ansiedad con PCS presentaron correlaciones negativas.

Por otro lado, Martín, Cano, Pérez, Aguayo, Cuesta, Rodríguez y Pujol (2002), realizaron un estudio con el objetivo de estudiar en pacientes VIH avanzados: la situación clínica, la prevalencia de alteraciones psicológicas (ansiedad y depresión), la calidad de vida y el impacto de la introducción de nuevos fármacos antirretrovirales, sobre estas variables. Es un estudio observacional prospectivo realizado entre enero de 1996 y junio de 1997 con 52 pacientes VIH en fase avanzada (recuentos CD4 menores de 200 cel/ μ l). Los resultados muestran elevada prevalencia de ansiedad (76,9%) y depresión (86,6%) que alcanzan criterios de gravedad en el 75% y 25% de los casos respectivamente. De la misma manera la calidad de vida se vio comprometida severamente.

Finalmente se puede decir que los diferentes estudios encontrados revelan que el VIH conlleva una alta carga sintomática con una elevada prevalencia de trastornos de la esfera psicológica,

neuropsicológica y deterioro de la calidad de vida.

Objetivos

General

Describir la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve.

Específicos

Indicar la prevalencia de ansiedad y depresión.

Establecer los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida.

Identificar las respuestas de ansiedad y de depresión más comunes.

Indicar la proporción de pacientes con ideación suicida.

Describir la percepción de calidad de vida.

Propósitos

Se espera que esta investigación continúe contribuyendo al reconocimiento de la presencia e impacto de las variables psicológicas en la experiencia vivida por la persona con VIH/SIDA que tiene deterioro cognitivo leve. Así mismo, que a partir de las descripciones que se evidencien en el estudio, se incluyan en el programa de estimulación cognoscitiva al que

asistirán los pacientes², elementos clínicos que favorezcan el mejoramiento de la calidad de vida y en general, el bienestar subjetivo de las personas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve.

Método

Tipo y diseño de investigación

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, que busca describir la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en personas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), el objetivo de la investigación descriptiva es especificar las propiedades importantes y relevantes del objeto de estudio, medir o evaluar los aspectos, dimensiones o componentes relevantes del fenómeno a investigar.

Es un estudio de corte transversal, debido a que los datos se recolectan en un tiempo determinado (desde noviembre de 2013 hasta marzo de 2014). El propósito de una investigación de corte transversal es la descripción de las variables y el análisis de sus interrelaciones en un momento dado que pueden llegar abarcar varios grupos de indicadores, personas u objetos (Arias, 2006).

Población y muestra

La población de estudio fueron los pacientes adultos con VIH/SIDA que acuden al Programa B24 en el Hospital Universitario Mayor Méderi. A través de un muestreo no probabilístico, se seleccionó la muestra, la cual estuvo constituida por treinta y cinco pacientes cuyas edades oscilaron entre los 20 y los 80 años; de ambos sexos y que además, cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

² En el marco del proyecto de investigación: Estudio Piloto de los efectos de un programa de estimulación cognitiva en atención y memoria para personas con VIH que presentan deterioro cognitivo.

Criterios de inclusión

- Haber sido remitidos a valoración por neuropsicología
- Tener edad entre los 20 y los 80 años
- Firmar consentimiento informado
- Tener deterioro cognitivo leve. Este criterio fue establecido por el Servicio de Neuropsicología, quien a través de la evaluación neurocognitiva de los pacientes con VIH/SIDA estableció el diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Las pruebas utilizadas para este fin fueron: 1) Minimental State Examination (MMSE); 2) Trail Making Test-Test del trazo (TMT A y B); 3) Figura compleja de Rey – Osterrieth; 4) Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey; 5) Stroop Test de Colores y palabras. Además se tuvieron en cuenta los criterios de Petersen, Smith, Waring, Ivanik, Tangelos y Kokmen (1999): 1) quejas de fallas de memoria, preferiblemente corroboradas por un informante confiable; 2) rendimiento cognitivo general normal; 3) evidencia objetiva de defectos de memoria inferior a 1,5 desviaciones estándar en relación a la media de su edad; 4) ausencia de defectos funcionales relevantes en actividades de la vida diaria y 5) ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

Criterios de exclusión

- Alteración cognoscitiva que impida comprender las preguntas de las pruebas y el contenido del consentimiento informado.
- Signos o síntomas físicos incapacitantes durante la evaluación.
- Analfabetismo.
- Estar bajo efectos del consumo de sustancias psicoactivas
- Presentar diagnóstico de delirium en el último mes

Variables

Las variables de estudio en esta investigación fueron la calidad de vida, la ansiedad y la depresión, las cuales se definen y operacionalizan a continuación.

Calidad de vida

Definición: Percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de un conjunto social experimentan frente a su estado de bienestar físico, psíquico, social, espiritual y las necesidades materiales y socio-afectivas. Estas dependen por supuesto de los valores, creencias, el contexto cultural, la historia personal de cada quién, la etapa vital por la que se atraviesa y el momento de enfermedad que se cursa (Schwartzmann, 2003).

Operacionalización: Esta variable se midió con el cuestionario MOS-SF30 en el que a partir de la sumatoria de los ítems (previa inversión de los ítems 13, 15, 17, 20) se obtuvo una puntuación directa de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) global, que varía en un rango de puntuación de 0 a 100, en el que el 0 indica el nivel más bajo de calidad de vida, y 100, el más alto. De la misma forma, la interpretación de cada subescala se obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación para una calidad de vida más elevada en cada subescala (excepto para las subescalas de *dolor y distrés respecto a la salud*, donde mayor puntuación indica menor dolor y distrés) (Remor, 2003).

Depresión

Definición: Síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005). Está compuesta de: consideraciones negativas de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto,

consideraciones negativas del entorno, causando la interpretación errónea de las situaciones externas y consideraciones negativas del futuro, se esperan eventos frustrantes y privaciones interminables, además que las personas deprimidas tienden a comportarse con otras, auto-evaluándose negativamente, reconoce que los patrones de pensamiento de las personas en las que aparece la depresión tienen las siguientes características: suposiciones o creencias inflexibles, son resultantes de experiencias pasadas, son la base para percibir, discriminar, evaluar los estímulos y distorsionar la experiencia real (Beck, 1967, citado Lizondo, Montes y Jurado, 2005).

Operacionalización: Esta variable se midió con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y se consideró depresión todo puntaje mayor o igual al requerido para establecer depresión mínima. De esta manera se calificó depresión mínima: 0-13 puntos; depresión leve: 14-19 puntos; depresión moderada: 20-28 puntos; depresión grave: 29-63 (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García, 2003).

Ansiedad

Definición: Estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico, dicho estado puede llegar a alcanzar niveles de intensidad, frecuencia y disfuncionalidad anormales o patológicos (Spielberger et al., 1982, citados por Sanz, 2003).

Estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego debido a la percepción incorrecta del individuo, que se basa en falsas premisas. Entre las distorsiones cognitivas que caracterizan este estado se encuentran: 1. la visión catastrófica, que consiste en encontrar diversas situaciones sin evidencias suficientes como altamente peligrosas o amenazantes. 2. la maximización, que hace referencia a

la elevación de las probabilidades que realiza el sujeto del riesgo de daño y por último la minimización, que consiste en una percepción baja de las capacidades de afrontamiento (Beck, citado por Virues, 2005).

Operacionalización: De acuerdo con Sanz (2012) se consideró como ansiedad todo resultado arrojado por el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que sea mayor o igual al rango requerido para diagnosticar un nivel mínimo de ansiedad, siendo: Mínimo de ansiedad: 0-7 puntos; ansiedad leve: 8-15 puntos; ansiedad moderada: 16-25 puntos; ansiedad severa: 26-63 puntos.

Instrumentos

Para la realización de esta investigación se utilizaron una ficha de información general, tres pruebas psicométricas y una entrevista semiestructurada.

Inventario de depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-Second) (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996). Se trata de un cuestionario autodiligenciable cuyo tiempo estimado de aplicación es de 5 a 10 minutos y se puede aplicar de forma individual o colectiva. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas que elijan las afirmaciones con las que identifique su situación durante las dos últimas semanas, incluido el día en el que se aplique el instrumento. Consta de 21 ítems que evalúan la intensidad del síndrome depresivo, cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías, la puntuación máxima que puede obtener el entrevistado es de 63 y la más baja es de 0; siendo mínima depresión 0-13, depresión leve 14-19, depresión moderada 20-28, y depresión grave 29-63 (Sanz, Gutiérrez, Gesteira, & García, 2003).

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory) (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Es un cuestionario adaptado al español por Magán, Sanz, y García-Vera en el 2008. El tiempo estimado de aplicación es de 5 a 10 minutos. Se puede aplicar de forma

individual o colectiva, está compuesto por 2 subescalas somática y cognitivo-afectiva. El tipo de pregunta es en escala Likert, consta de 21 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto”; 1 a “levemente, no me molesta mucho”; 2 a “moderadamente”, “fue muy desagradable pero podía soportarlo” y 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”.

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Obteniendo como un mínimo de ansiedad 0-7 puntos, ansiedad leve 8-15 puntos, ansiedad moderada 16-25 puntos, ansiedad severa 26-63 puntos.

MOS-SF30. Es un cuestionario para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con infección por VIH, desarrollado por Wu et al. (1991). La adaptación y validación al español ha sido llevada a cabo por Remor (2003). Contiene 22 ítems con escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho con 3 puntos (0 a 2). Los ítems se subdividen en 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, distrés respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida, y transición de salud. Los ítems son sumados, con la previa inversión de los ítems 13, 15, 17, 20, y se obtiene una puntuación directa de calidad de vida, que varía en un rango de puntuación de 0 a 100.

El 0 indica el nivel más bajo de calidad de vida, y 100 el más alto. De la misma forma, la interpretación de cada subescala se obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación para una calidad de vida más elevada en cada subescala (excepto para las subescalas de dolor y distrés respecto a la salud, donde mayor puntuación indica menor dolor y distrés (Remor, 2003).

Finalmente, se aplicó una entrevista semiestructurada, construida para el estudio con el fin de evaluar aspectos relacionados con la calidad de vida, la ansiedad y la depresión en personas con VIH/SIDA. Está compuesta de 28 ítems, diseñados para recolectar y corroborar información sobre las variables mencionadas, las preguntas están divididas de la siguiente manera: calidad de vida es evaluada por los 9 primeros ítems, ansiedad por los 10 siguientes y depresión por los últimos 9.

Procedimiento o materiales y métodos

Los participantes fueron evaluados tal y como se reporta a continuación.

- Se verificó que el paciente tuviera el consentimiento informado realizado previamente por el equipo de investigadores del área de Neuropsicología.

- e le explicó al participante el propósito de la sesión, indicando: *“Don(ña) (nombre del participante); le agradezco mucho su participación en este estudio. El día de hoy vamos a continuar con el proceso de evaluación que usted inició con el grupo de doctores de Neuropsicología. Con el objetivo de poder conocer algunos datos sobre cómo se está sintiendo de ánimo, qué piensa, cómo valora su calidad de vida, entre otros. Inicialmente tomaremos unos datos generales, luego haremos tres pruebas cortas y finalmente tendremos una conversación; es muy importante para nosotros saber cómo se encuentra, qué siente, qué piensa de la enfermedad. Recuerde que su participación es total y absolutamente voluntaria. Participar no tendrá consecuencias negativas en la atención integral que usted recibe”.*

- Se diligenció la ficha de datos sociodemográficos e información general. El diligenciamiento de la misma se hizo a manera de entrevista estructurada.

- Cuando fue solicitada por el paciente, se brindó la ayuda necesaria para completar las pruebas de manera adecuada. Cuando el paciente lo solicitó, se le leyeron los ítems y/o se anotaron sus respuestas.

- Se aplicó el MOS-SF-30 indicándole al paciente lo siguiente: “En este primer cuestionario, usted encontrará varias situaciones que constatará según su experiencia personal. No hay respuestas correctas ni incorrectas; por favor lea atentamente y siga la instrucción que le sea dada para responder a cada pregunta. Por ejemplo, la primera pregunta dice: En general, diría que su salud es: Excelente, buena, muy buena, regular o mala. Por favor marque la respuesta que mejor se ajuste a su situación”.

- Se verificó que el participante hubiera respondido todos los ítems. En caso de que no lo hubiera hecho, se le indicó cuáles fueron los ítems a los que no respondió y se le solicitó respetuosamente que lo hiciera para evitar inconvenientes al momento de interpretar los datos.

- Se aplicó el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) solicitándole al participante que eligiera las afirmaciones con las que identificara su situación durante las dos últimas semanas, incluido el día en el que se estaba aplicando el instrumento. Fue necesario indicar en que por cada grupo de opciones debía elegir solamente una del grupo.

- Se verificó que el participante hubiera respondido todos los ítems. En caso de que no lo hubiera hecho, se le indicó cuáles fueron los ítems a los que no respondió y se le solicitó respetuosamente que lo hiciera para evitar inconvenientes al momento de interpretar los datos.

- Se aplicó el inventario de ansiedad de Beck (BAI) indicándole al paciente que encontraría un listado sobre los síntomas frecuentes de ansiedad, los cuales debía leer atentamente e indicar el grado en que se había visto afectado por cada uno de ellos, durante la última semana, incluido el día en el que se estaba aplicando el instrumento, marcando con una x el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.

- Se verificó que el participante hubiera respondido todos los ítems. En caso de que no lo hubiera hecho, se le indicó cuáles fueron los ítems a los que no respondió y se le solicitó respetuosamente que lo hiciera para evitar inconvenientes al momento de interpretar los datos.

- Se realizó la entrevista semi-estructurada para tener un conocimiento más amplio y profundo de la situación psicológica de la persona, en especial sobre las tres variables evaluadas (ansiedad, depresión y calidad de vida) y de esta forma tener mayor probabilidad de obtener un análisis más riguroso de los datos.

- Se agradeció a la persona por la participación y colaboración en la investigación.
- Se recolectaron todas las pruebas e instrumentos.
- Se calcularon los puntajes de las pruebas con su respectiva interpretación.
- Se realizó un informe para la persona donde se expliquen los resultados y la interpretación de cada una de las pruebas (BAI, BDI-II y MOSSF-30) que fue incorporado al informe de Neuropsicología.

- Los resultados de la entrevista no se incluyeron en el informe final.
- Siempre se tuvo presente que esta sesión tenía fines puramente investigativos y no era un espacio psicoterapéutico; aunque los auxiliares estaban preparados para brindar primeros auxilios psicológicos, no se presentaron crisis. Tan solo 9 de los pacientes fueron remitidos con el investigador principal, Dr. Álvaro López, para posterior derivación al servicio de psicoterapia.

- Finalmente, se registraron los datos recolectados en una base de datos que permitió organizarlos, sintetizarlos y efectuar los análisis estadísticos pertinentes.

Aspectos éticos

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993, esta es una investigación con riesgo mínimo debido a que se abordan en la evaluación temas sensibles para el participante. Las consideraciones éticas de esta investigación fueron evaluadas y aprobadas por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

En consecuencia con el riesgo de la investigación, la participación de los pacientes fue de carácter voluntario, todos ellos dieron y firmaron previamente el consentimiento informado, se garantizó la confidencialidad de la información y su uso con fines exclusivamente académicos e investigativos, se explicó que no habría beneficios de tipo económico por su participación en el estudio, se informó que en caso de que la aplicación de las pruebas pusiera en evidencia alguna condición que ameritara atención clínica, se le remitiría al Servicio adecuada a través de uno de los investigadores principales. Finalmente, se les indicó a todos los participantes su derecho a conocer los resultados de su valoración neuropsicológica y del programa de estimulación cognoscitiva.

Resultados

En esta sección se presentan los resultados del estudio según los objetivos propuestos. En razón de ello, inicialmente se encuentra la caracterización de la muestra y posteriormente, los hallazgos que permiten alcanzar cada uno de los objetivos.

El análisis estadístico se realizó con base en estadística descriptiva con el apoyo del paquete estadístico SPSS para Windows, versión 21.0.

Caracterización de la muestra

Como puede observarse en la tabla 1, el 85,7% de los participantes en el estudio fueron hombres, mientras que el 14,3% fueron mujeres; la media de edad fue de 49,51 años. En su mayoría, solteros, nacidos fuera de Bogotá pero en la actualidad habitan en esta ciudad en estratos socioeconómicos 2 y predominantemente, 3. En cuanto al nivel educativo, una alta proporción de los participantes son profesionales, reportan profesar la religión cristiana católica y se consideran practicantes.

En lo referente al tiempo que ha transcurrido desde que los participantes recibieron el diagnóstico de VIH, se encontró una media de 14,39 años con una desviación estándar de 6,49 años. Según su reporte, en la actualidad todos (100%) reciben tratamiento antirretroviral, solamente 1 de ellos (2,9%) estuvo hospitalizado en los últimos seis meses y como puede observarse en la tabla 2, la mayoría (68,6%) reconoció tener antecedentes médicos y negó tener antecedentes psiquiátricos (77,1%), haber consumido sustancias psicoactivas (SPA) (94,3%) y tener comorbilidad físico y mental (91,4%).

Tabla 1.

Aspectos sociodemográficos de la muestra

Variable	Frecuencia (N=35)	Porcentaje (%)
Sexo		
<i>Femenino</i>	5	14,3
<i>Masculino</i>	30	85,7
Estado civil		
<i>Soltero</i>	25	71,4
<i>Casado</i>	4	11,4
<i>Unión libre</i>	3	8,6
<i>Divorciado/separado</i>	2	5,7
<i>Viudo</i>	1	2,9
Lugar de nacimiento		
<i>Fuera de Bogotá</i>	23	65,7
<i>Bogotá</i>	12	34,3
Lugar de procedencia		
<i>Fuera de Bogotá</i>	1	2,9
<i>Bogotá</i>	34	97,1
Estrato socioeconómico		
<i>1</i>	1	2,9
<i>2</i>	8	22,9
<i>3</i>	22	62,9
<i>4</i>	4	11,4
Nivel educativo		
<i>Básica primaria</i>	4	11,4
<i>Básica secundaria</i>	3	8,6
<i>Primaria incompleta</i>	2	5,7
<i>Secundaria incompleta</i>	3	8,6
<i>Profesional</i>	21	60,0
<i>Postgrado</i>	2	5,7
Religión		
<i>Cristiano católico</i>	32	91,4
<i>Cristiano no católico</i>	1	2,9
<i>Agnóstico/ateo</i>	2	5,7
Práctica religiosa		
<i>Sí</i>	26	74,3
<i>No</i>	9	25,7

Tabla 2.

Antecedentes y comorbilidad de la muestra

Variable	Frecuencia (N=35)	Porcentaje (%)
Antecedentes médicos		
<i>Sí</i>	24	68,6
<i>No</i>	11	31,4
Antecedentes psiquiátricos		
<i>Sí</i>	8	22,9
<i>No</i>	27	77,1
Comorbilidad		
<i>Sí</i>	3	8,6
<i>No</i>	32	91,4
Consumo de SPA		
<i>Sí</i>	2	5,7
<i>No</i>	33	94,3

Prevalencia y niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida

Tabla 3.

Niveles de ansiedad según el BAI

Nivel de ansiedad	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Mínima (0-7)	5	14,3
Leve (8-15)	7	20,0
Moderada (16-25)	10	28,6
Grave (26-63)	13	37,1
Total	35	100,0

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la prevalencia de ansiedad en la muestra fue del 100%; lo que indica que todos los participantes tuvieron algún nivel de ansiedad (tabla 3).

Tabla 4.

Niveles de depresión según el BDI

Nivel de depresión	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Mínima (0-13)	13	37,1
Leve (14-19)	7	20,0
Moderada (20-28)	9	25,7
Grave (29-63)	6	17,1
Total	35	100,0

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la prevalencia de depresión en la muestra fue del 100%; lo que indica que todos los participantes tuvieron algún nivel de depresión (tabla 4).

Tabla 5.

Descripción de los datos del puntaje total del MOS-SF30

N	Válidos	35
	Perdidos	0
Media		51,83
Mediana		57,00
Moda		32 ^a
Desv. típ.		20,079
Mínimo		0
Máximo		85
Percentiles	25	39,00
	50	57,00
	75	65,00

Nota. ^a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores. El análisis se realizó teniendo en cuenta que se trata de variables cuantitativas agrupadas por categorías.

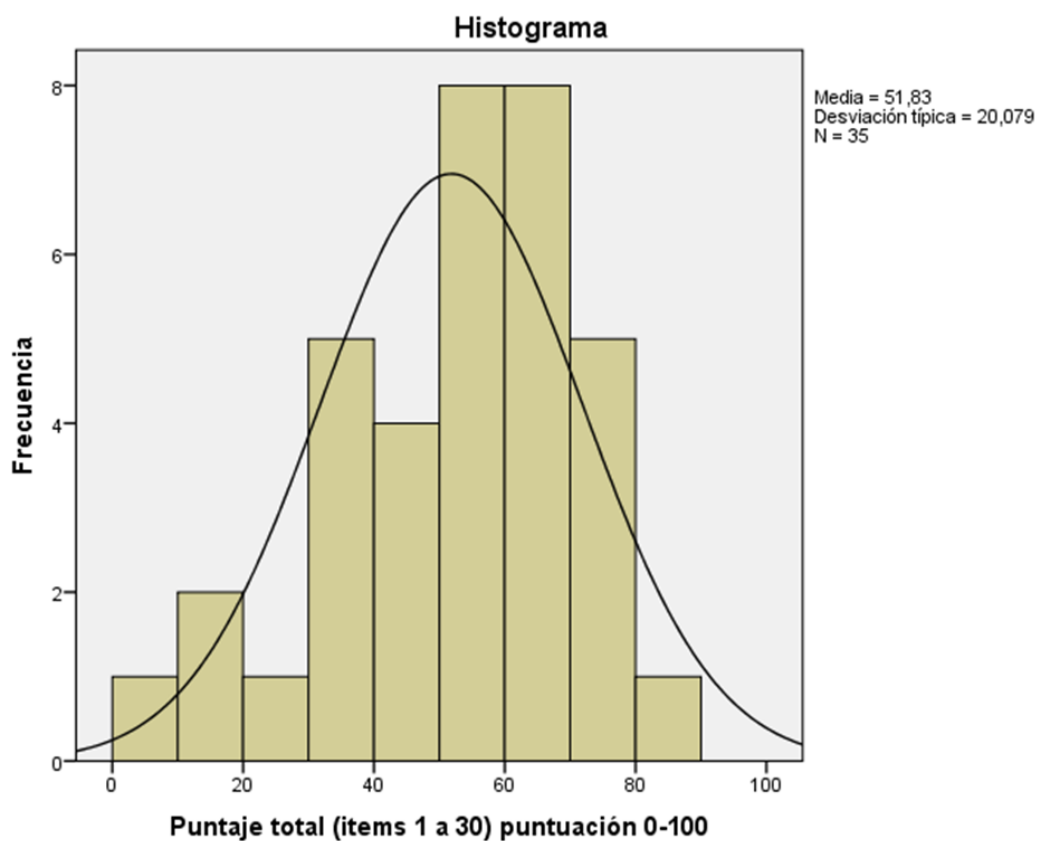


Figura 1.

Histograma del puntaje total de la prueba MOS-SF30

En lo referente a la calidad de vida en la muestra, se encontró que en el percentil 25 se ubicó el puntaje 39; en el percentil 50 se ubicó el puntaje 57 y en el percentil 75 se ubicó el puntaje 65, siendo el rango de los datos entre 0 y 85 (tabla 5; figura 1).

Proporción de pacientes con ideación suicida*Tabla 6.*

Prevalencia de ideación suicida según el ítem 9 del BDI

Distractores del ítem 9 del BDI	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
No tengo ningún pensamiento de suicidio	26	74,3
Tengo pensamientos de suicidio pero no los llevaría a cabo	7	20,0
Me suicidaría si tuviese la oportunidad	2	5,7
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 6, el 25,7% de los participantes reportó tener ideación suicida; de este, el 20% sin intención y el 5,7% con intención suicida.

Tabla 7.

Prevalencia de ideación suicida según la entrevista

¿En algún momento desde que recibió el diagnóstico de VIH, ha pensado en el suicidio?	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Sí	11	31,4
No	24	68,6
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 7, el 31,4% de los participantes ha pensado en el suicidio en algún momento desde que recibió el diagnóstico de VIH; las principales razones mencionadas por ellos para considerar el suicidio son escapar y resolver (tabla 8), mientras que las creencias religiosas o la filosofía de vida fue la principal razón (11,4%) expresada por los pacientes para no considerar el suicidio.

Tabla 8.

Razones para considerar el suicidio

Razones	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Escapar	5	14,3
Solucionar	4	11,4
Por la enfermedad y otros factores	2	5,7
No aplica	24	68,6
Total	35	100,0

Nota. Fuente: entrevista

Tabla 9.

Planeación y/o intención suicida

¿Consideró hacerlo o lo intentó?	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Sí	7	20,0
No	28	80,0
Total	35	100,0

Nota. Fuente: entrevista

En lo referente a la planeación y/o intento suicida, 20% de los participantes reconocieron haberla tenido.

Tabla 10.

Pensamientos sobre la muerte

¿En algún momento desde que recibió el diagnóstico de VIH, ha pensado en la muerte?	Frecuencia (n=35)	Porcentaje (%)
Sí	28	80,0
No	7	20,0
Total	35	100,0

Nota. Fuente: entrevista

Como puede observarse en la tabla 10, el 80% de los participantes ha pensado en la muerte en algún momento desde que recibió el diagnóstico de VIH.

Respuestas de ansiedad y de depresión más comunes

Para establecer las respuestas de ansiedad y de depresión más comunes en el BAI (tabla 11; figura 2) y en el BDI (tabla 21; figura 3) entre los participantes, se incluyeron en el análisis el conjunto de todos los datos proporcionados por ellos en los niveles leve, moderado y severo, sin discriminar el grado de severidad.

Con respecto a las respuestas proporcionadas en la entrevista, se presenta el análisis de frecuencias en relación con la ansiedad (tablas 12 a 20) y la depresión (tablas 22 a 27) con el propósito de describir otros hallazgos importantes en relación con estas dos variables.

*Respuestas de ansiedad más comunes**Tabla 11*

Frecuencia y proporción de las respuestas al BAI

	Ítem	Frecuencia (n=35)	Porcentaje
1	Hormigueo/entumecimiento	27	77,1
2	Sensación de calor	27	77,1
3	Debilidad en las piernas	30	85,7
4	Incapacidad para relajarse	24	68,6
5	Con temor a que ocurra lo peor	24	68,6
6	Mareo o vértigo	20	57,1
7	Palpitaciones y taquicardia	18	51,4
8	Sensación de inestabilidad	24	68,6
9	Sensación de estar aterrizado	15	42,9
10	Nerviosismo	26	74,3
11	Sensación de ahogo	20	57,1
12	Con temblores en las manos	20	57,1
13	Temblor generalizado o estremecimiento	21	60
14	Con miedo a perder el control	21	60
15	Dificultad para respirar	19	54,3
16	Miedo a morir	16	45,7
17	Estar asustado	27	77,1
18	Molestias abdominales	24	68,6
19	Sensación de irme a desmayar	19	54,3
20	Rubor facial	24	68,6
21	Sudoración	21	60,0

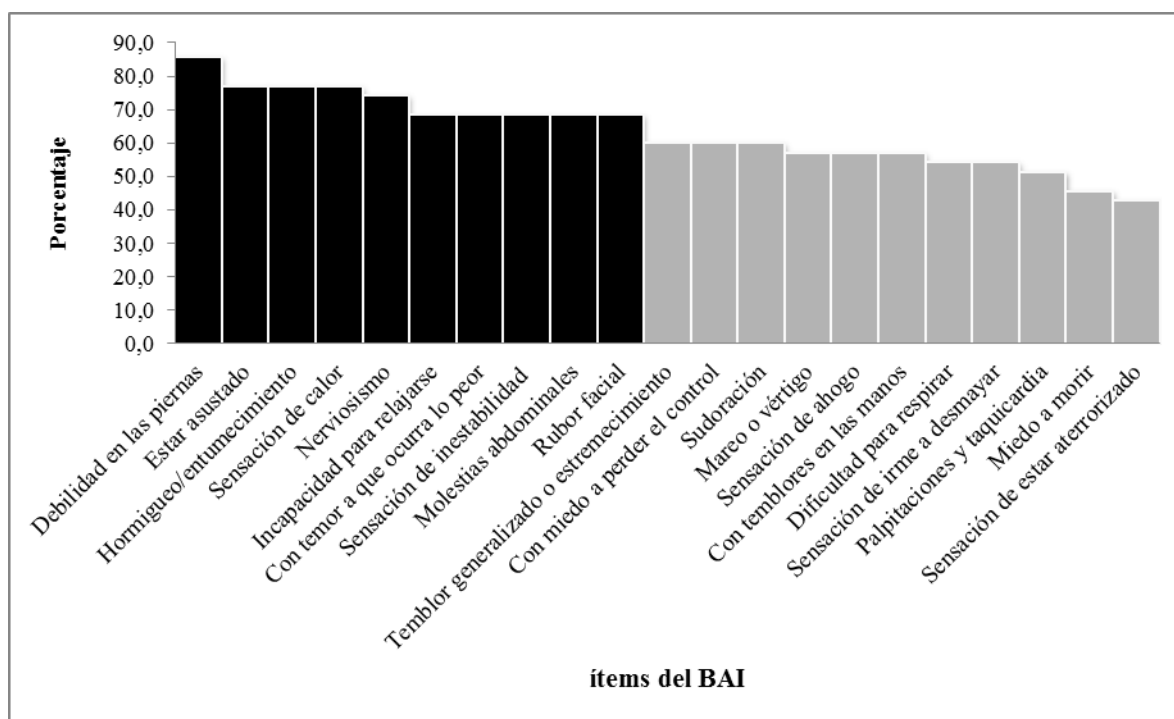


Figura 2.

Respuestas de ansiedad más comunes según el BAI

Nota. Las columnas negras representan las respuestas de ansiedad más comunes entre los participantes (entre 60-86%). No obstante, se observa que la distribución de las respuestas es homogénea, lo que explica la alta prevalencia de ansiedad en la muestra.

Hallazgos complementarios sobre la ansiedad del paciente con VIH

A continuación, se presentan los resultados de la entrevista realizada a los pacientes en la cual se evaluó la ansiedad. Las respuestas de los participantes fueron categorizadas y es a partir de tal categorización que se organizaron los resultados.

Tabla 12.

Percepción de angustia durante el proceso de enfermedad

¿En algún momento desde que recibió el diagnóstico de VIH, se ha sentido angustiado?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	68,6
No	11	31,4
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 12, un 68,6% de las personas reportaron sentir angustia en algún momento desde que fue diagnosticado con VIH, mientras que un 31,4% reportaron no haber sentido angustia.

Tabla 13.

Razones para experimentar angustia durante el proceso de enfermedad

Razones de la angustia durante la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Temor a la muerte	7	20,0
Temor a la enfermedad y a la transmisión de la misma	4	11,4
Miedo al rechazo	4	11,4
Otros	10	28,6
No aplica	10	28,6
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 13, un 28,6% atribuyó su angustia durante la enfermedad a otras razones diferentes al temor a la muerte, temor a la enfermedad y transmisión de la misma y por el miedo al rechazo, quienes obtuvieron un 20%, 11,4% y 11,4%

respectivamente. En un 28,6% se encuentra que esta pregunta no aplica pues niegan haber sentido angustia en algún momento de la enfermedad.

Tabla 14.

Percepción de angustia actual

¿Actualmente se siente angustiado?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	25,7
No	24	68,6
No aplica	2	5,7
Total	35	100,0

En la tabla 14 se observa si existe o no angustia actual percibida. El 68,6% de los pacientes reportaron no tenerla, solo el 25,7% afirmaron tener algún nivel de angustia actual.

Tabla 15.

Intensidad de la angustia actual

Intensidad de la angustia actual	Frecuencia	Porcentaje
Leve	2	5,7
Moderada	1	2,9
Severa	6	17,1
No aplica	26	74,3
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 15, el 17,1% de los pacientes reportaron tener un nivel de angustia severa que además es el porcentaje más alto teniendo en cuenta solo los niveles de angustia. El 5,7% reportó sentir angustia leve y un 2,9% reportó sentir angustia moderada. El 74,3% restante se clasifica como “No aplica” pues es correspondiente al porcentaje de personas que reportaron no percibir angustia actual (tabla 14).

Tabla 16.

Desde cuándo se siente angustiado

¿Desde cuándo se siente angustiado?	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 y 2 años	1	2,9
Entre 3 y 5 años	4	11,4
Desde que recibí el diagnóstico	3	8,6
No aplica	26	74,3
No responde	1	2,9
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 17 se encuentra que un 11,4% de los pacientes reportaron que entre hace 3 y 5 años se sienten angustiados en cierto nivel. El 2,9% reportaron sentir angustia desde hace 1 a 2 años y el 8,6% reportaron que desde que recibieron el diagnóstico sienten cierto nivel de angustia. El 74,3% se clasificaron como “No aplica” por haber respondido que no perciben angustia actual. Finalmente solo un 2,9% de las personas no respondieron desde hace cuánto sienten la angustia actual.

Tabla 17.

Preocupaciones actuales con respecto al diagnóstico

¿Cuáles son sus mayores preocupaciones con respecto a su diagnóstico actualmente?	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	7	20,0
Deterioro físico	3	8,6
Progresión de la enfermedad	5	14,3
Temor a infectar a otros	4	11,4
Depender de otros	2	5,7
Efectos de los medicamentos	2	5,7
Muerte	1	2,9
Otros	10	28,6
No aplica	1	2,9
Total	35	100,0

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla 17, un 28.6% de las personas atribuyó sus preocupaciones con respecto al diagnóstico a otras razones que no están directamente relacionadas con la enfermedad. El 20% reportaron no tener preocupación en ese momento frente a su diagnóstico. El 14,3% afirmaron que la progresión de la enfermedad es lo que más les preocupa seguido por un 11,4% que reportaron que su mayor preocupación es el temor a infectar a otros. El hecho de depender de otros y los efectos de los medicamentos tuvieron el mismo porcentaje (5,7%).

Tabla 18.

Miedo frente al diagnóstico

Miedo frente al diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	28,6
No	25	71,4
Total	35	100,0

Tabla 19.

Desespero frente a los problemas de salud

Desespero frente a los problemas de salud	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	54,3
No	16	45,7
Total	35	100,0

Tabla 20.

Impotencia frente al diagnóstico

Impotencia frente al diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	34,3
No	23	65,7
Total	35	100,0

*Respuestas de depresión más comunes**Tabla 21.*

Frecuencia y proporción de las respuestas al BDI

	Ítem	Frecuencia	Porcentaje
1	Tristeza	14	40
2	Pesimismo	16	45,7
3	Sensación de fracaso	13	37,1
4	Pérdida de placer	24	68,6
5	Sentimientos de culpa	19	54,3
6	Sentimientos de castigo	13	37,1
7	Insatisfacción con uno mismo	20	57,1
8	Autocríticas	18	51,4
9	Pensamientos o deseos de suicidio	9	25,7
10	Llanto	14	40,0
11	Agitación	18	51,4
12	Pérdida de interés	22	62,9
13	Indecisión	18	51,4
14	Inutilidad	17	48,6
15	Pérdida de energía	29	82,9
16	Cambios en el patrón de sueño	26	74,3
17	Irritabilidad	21	60,0
18	Cambios en el apetito	22	62,9
19	Dificultad de concentración	28	80,0
20	Cansancio o fatiga	27	77,1
21	Pérdida de interés por el sexo	23	65,7

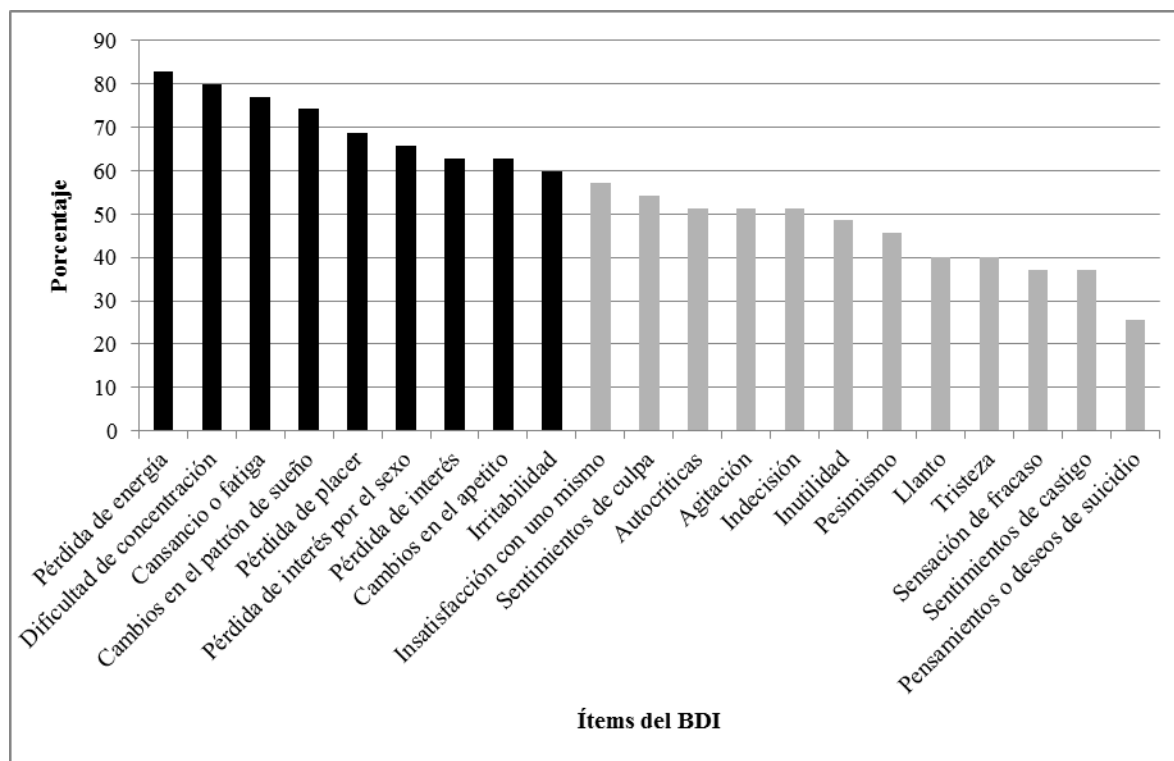


Figura 3.

Respuestas de depresión más comunes según el BDI

Nota. Las columnas negras representan las respuestas de depresión más comunes entre los participantes (entre 60-83%).

Hallazgos complementarios sobre la depresión del paciente con VIH

A continuación, se presentan los resultados de la entrevista realizada a los pacientes en la cual se evaluó la depresión. Las respuestas de los participantes fueron categorizadas y es a partir de tal categorización que se organizaron los resultados.

Tabla 22.

Tristeza en algún momento del curso de la enfermedad

¿En algún momento desde que recibió el diagnóstico se ha sentido triste?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	85,7
No	5	14,3
Total	35	100,0

Según los resultados obtenidos en la tabla 22, el 85,7% de las personas reportaron sentirse triste en algún momento durante el curso de la enfermedad. Solo un 14,3 negó haber sentido tristeza desde que recibió el diagnóstico.

Tabla 23.

Razones por las que se ha sentido triste

Razones por las que se ha sentido triste	Frecuencia	Porcentaje
Asociadas con la enfermedad	25	71,4
No asociadas con la enfermedad	4	11,4
No aplica	6	17,1
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 23, el 71,4% de las personas refieren que su tristeza se debe a razones asociadas con la enfermedad. 17,1% se clasificaron como “No aplica” pues negaron haber sentido tristeza en algún momento durante el curso de la enfermedad (tabla 22).

Tabla 24.

Tristeza actual

¿Actualmente se siente triste?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	42,9
No	20	57,1
Total	35	100,0

Tabla 25.

Razones de la tristeza actual

Razones de la tristeza actual	Frecuencia	Porcentaje
Asociadas con la enfermedad	14	40,0
No aplica/no responde	21	60,0
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 25, el 40% de las personas afirmaron que la tristeza actual está asociada con la enfermedad.

Tabla 26.

Intensidad de la tristeza actual

Intensidad de la tristeza actual	Frecuencia	Porcentaje
Leve (1 a 3)	6	17,1
Moderada (4 a 6)	2	5,7
Severa (7 a 10)	7	20,0
No aplica	20	57,1
Total	35	100,0

Frente a la intensidad de la tristeza actual se encontró que el 20% de las personas la reportaron como una tristeza severa, mientras que solo un 5,7% la reportaron como moderada, un 17,1% clasificaron su angustia como leve. El porcentaje más alto que se observa en la tabla 26, corresponde a la categoría “no aplica” pues corresponde igualmente a aquellas personas que negaron sentir tristeza actual (tabla 24).

Tabla 27.

Percepción de sufrimiento actual

¿Siente que está sufriendo actualmente a causa de su diagnóstico?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	37,1
No	22	62,9
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 27, el 62,9% niega estar sufriendo actualmente a causa de su diagnóstico.

Percepción de calidad de vida

Tabla 28.

Descripción de las subescalas del MOS-SF30

		SUBESCALA DE SALUD GENERAL PERCIBIDA	SUBESCALA DE DOLOR	SUBESCALA DE FUNCIONAMIENTO FÍSICO	SUBESCALA ACTIVIDAD DIARIA	SUBESCALA FUNCIONAMIENTO SOCIAL	SUBESCALA SALUD MENTAL (ítems 12 a 16) Puntuación 0- 20)	SUBESCALA ENERGÍA/FATIGA (ítems 17 a 20) puntuación 0-16	SUBESCALA DISTRÉS RESPECTO A LA SALUD (ítems 21 a 24) puntuación 0- 16 una mayor puntuación indica menor distrés	SUBESCALA FUNCIONAMIENTO COGNITIVO (ítems 25 a 28) puntuación 0-16	SUBESCALA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA (ítem 29) Puntuación 0-4	SUBESCALA TRANSICIÓN DE SALUD (no integra la puntuación global) (ítem 30) puntuación 0-4
N	Válidos	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Media	1,89	2,09	7,94	2,46	2,34	10,69	7,17	8,06	5,91	1,54	1,60
	Mediana	2,00	2,00	8,00	2,00	3,00	12,00	8,00	8,00	6,00	2,00	2,00
	Moda	2	2	6 ^a	2	4	0 ^a	8	16	0	2	2
	Desv. típ.	,963	1,121	3,307	1,291	1,608	5,905	3,426	5,493	4,642	,950	1,063
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	3	4	12	4	4	20	12	16	15	4	4
	Suma	66	73	278	86	82	374	251	282	207	54	56
Percentiles	25	1,00	1,00	6,00	2,00	1,00	6,00	6,00	4,00	2,00	1,00	1,00
	50	2,00	2,00	8,00	2,00	3,00	12,00	8,00	8,00	6,00	2,00	2,00
	75	3,00	3,00	11,00	4,00	4,00	15,00	10,00	14,00	9,00	2,00	2,00

Nota. a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Sub-escala 1. Salud general percibida

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 1; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 2 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 3 (tabla 28; figura 4).

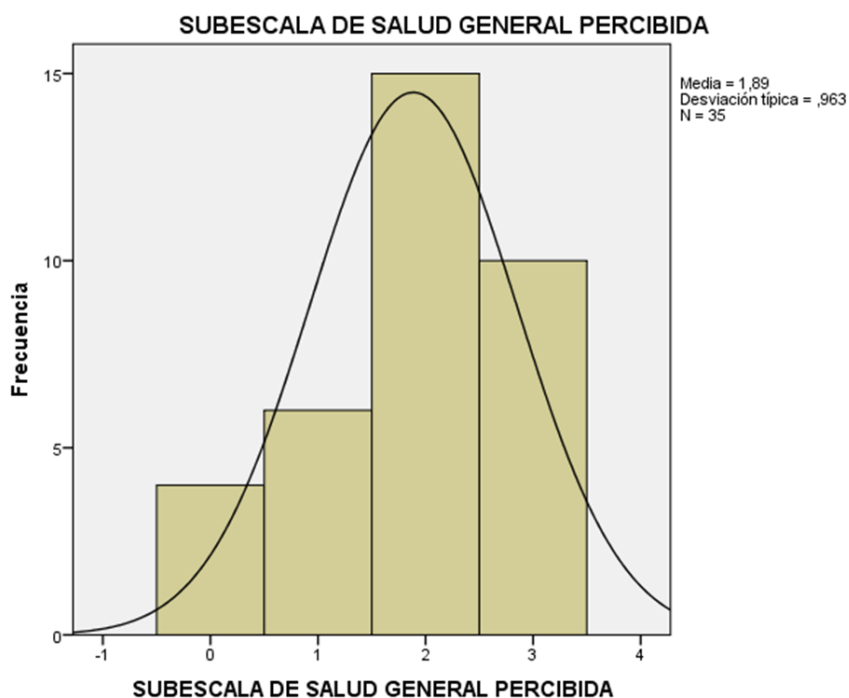


Figura 4.

Histograma de la sub-escala "salud general percibida".

Sub-escala 2. Dolor

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 1; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 2 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 3 (tabla 28; figura 5).

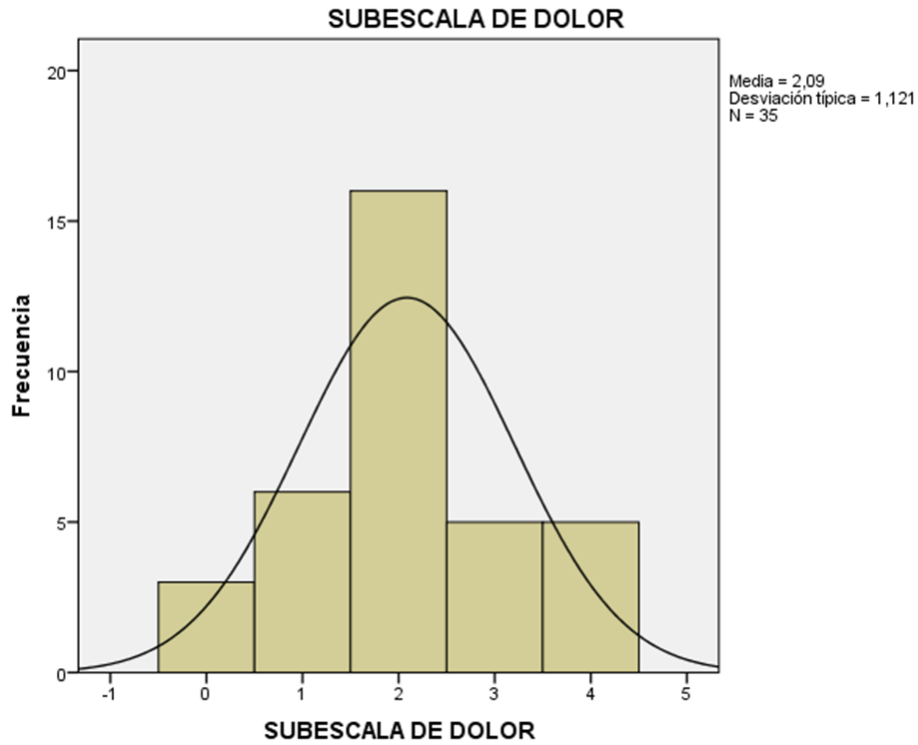


Figura 5.

Histograma de la sub-escala "dolor".

Sub-escala 3. Funcionamiento físico

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 6; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 8 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 11 (tabla 28; figura 6).

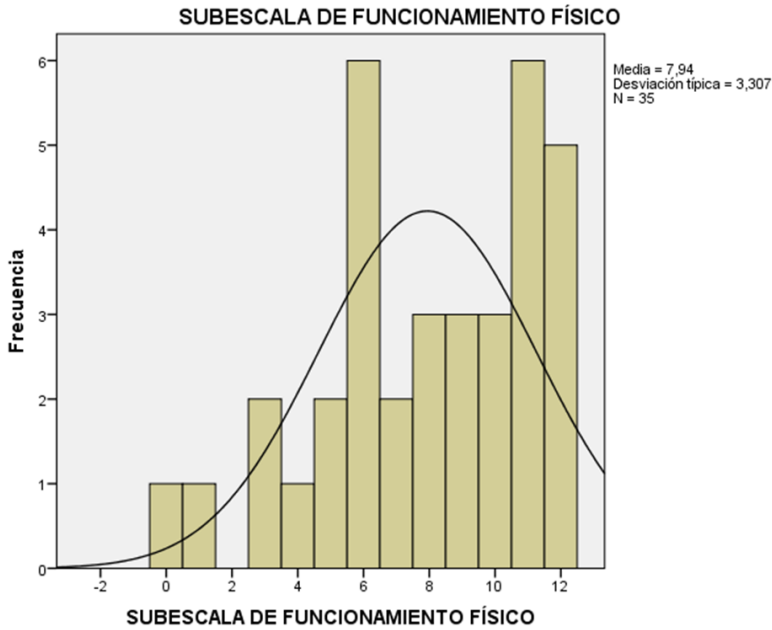


Figura 6.

Histograma de la sub-escala “funcionamiento físico”.

Sub-escala 4. Funcionamiento social

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 1; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 3 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 4 (tabla 28; figura 7).

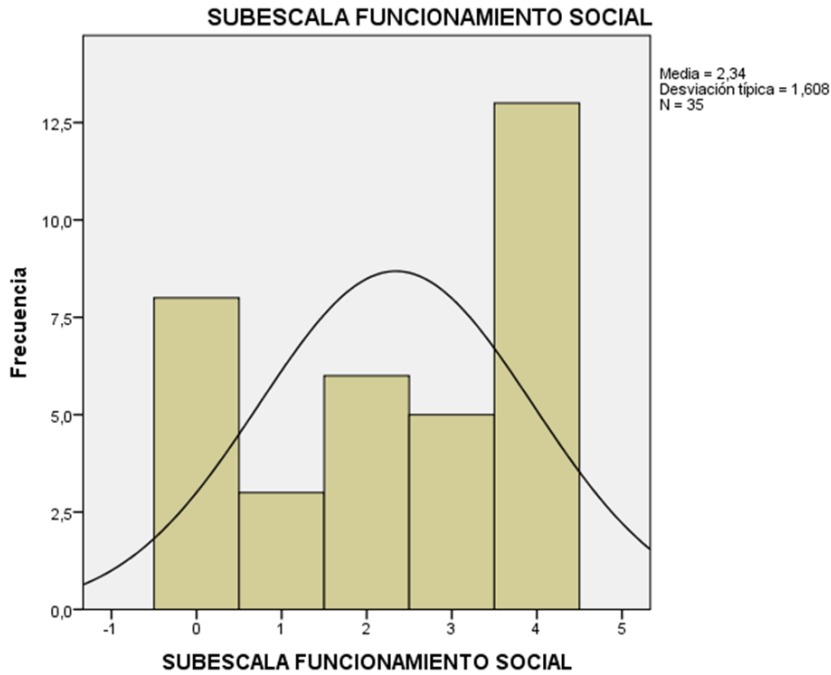


Figura 7.

Histograma de la sub-escala “funcionamiento social”.

Sub-escala 5. Salud mental

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 6; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 12 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 15 (tabla 28; figura 8).

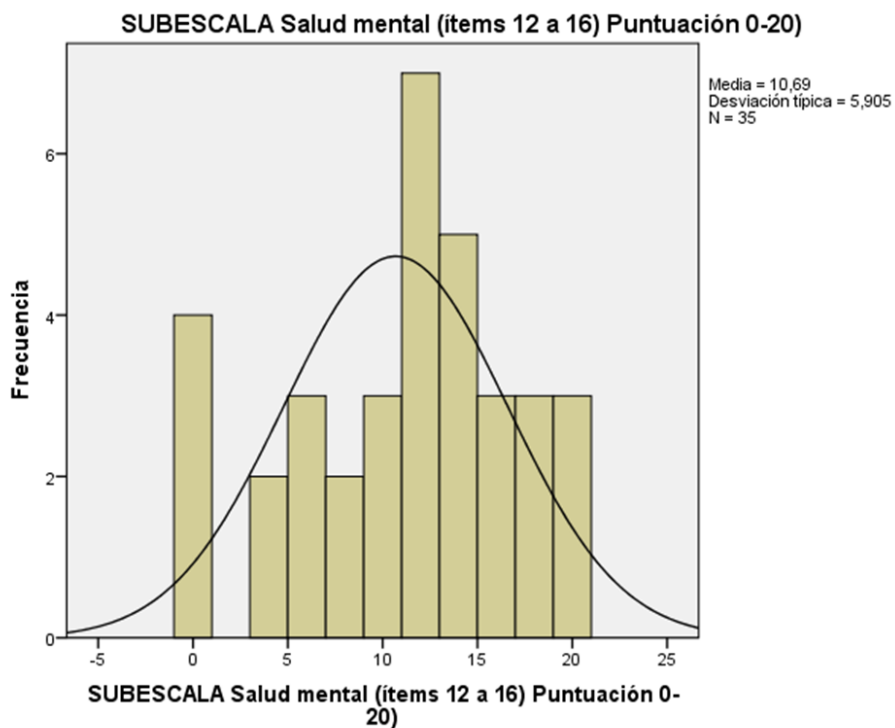


Figura 8.

Histograma de la sub-escala “salud mental”.

Sub-escala 6. Energía/fatiga

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 6; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 12 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 15 (tabla 28; figura 9).

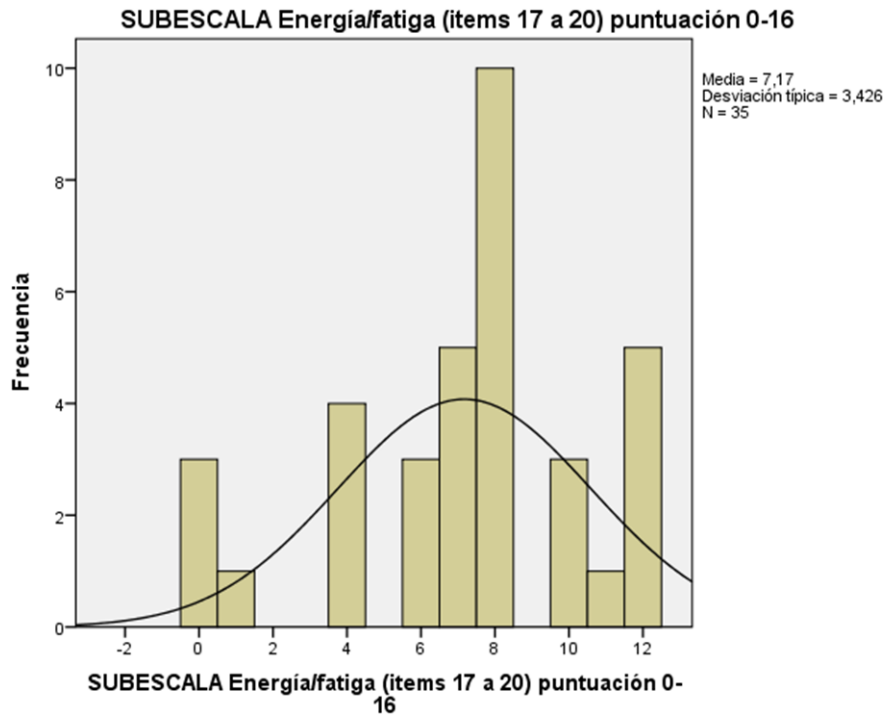


Figura 9.

Histograma de la sub-escala “energía/fatiga”.

Sub-escala 7. Actividad diaria

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 2; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 2 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 4 (tabla 28; figura 10).

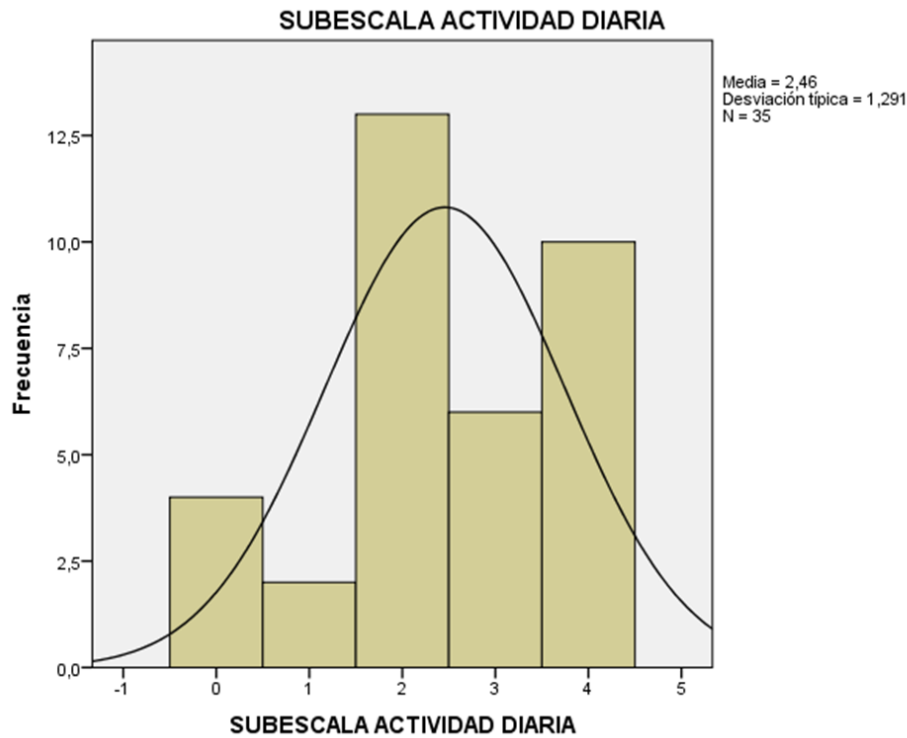


Figura 10.

Histograma de la sub-escala “actividad diaria”.

Sub-escala 8. Distrés respecto a la salud

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 4; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 8 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 14 (tabla 28; figura 11).

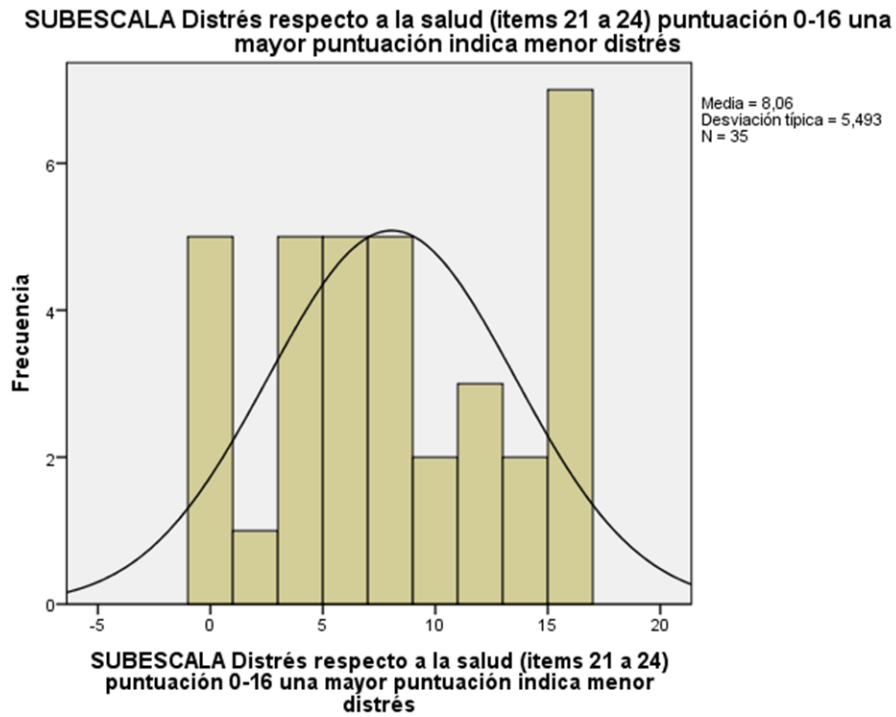


Figura 11.

Histograma de la sub-escala “distrés respecto a la salud”.

Sub-escala 9. Funcionamiento cognitivo

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 2; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 6 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 9 (tabla 28; figura 12).

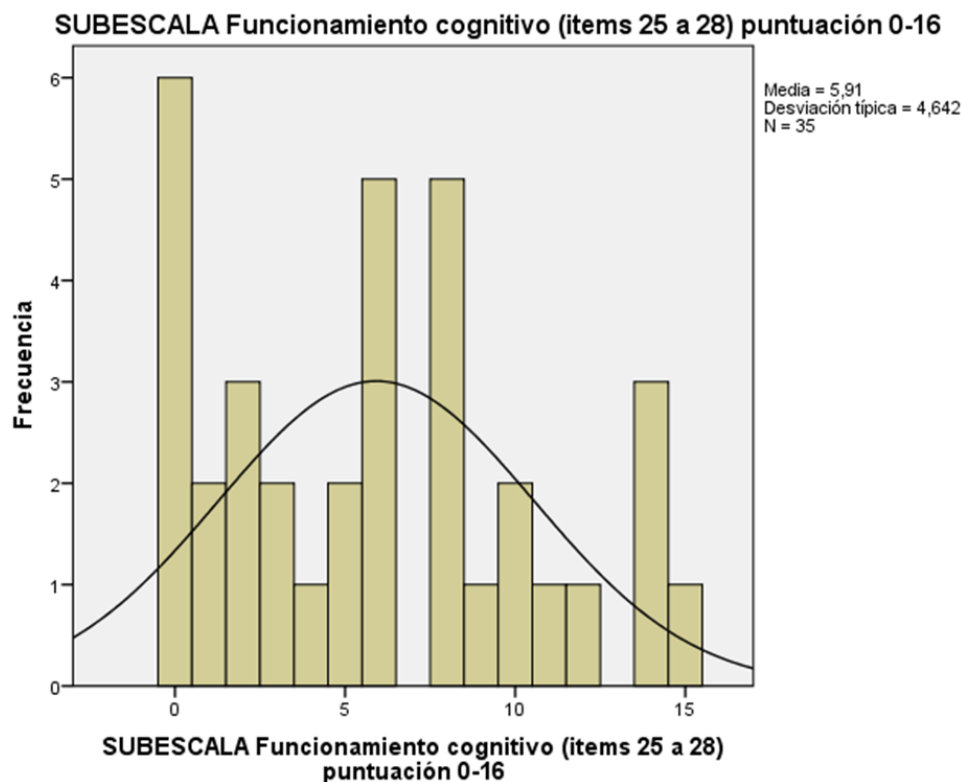


Figura 12.

Histograma de la sub-escala “funcionamiento cognitivo”.

Sub-escala 10. Calidad de vida percibida

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 1; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 2 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 2 (tabla 28; figura 13).

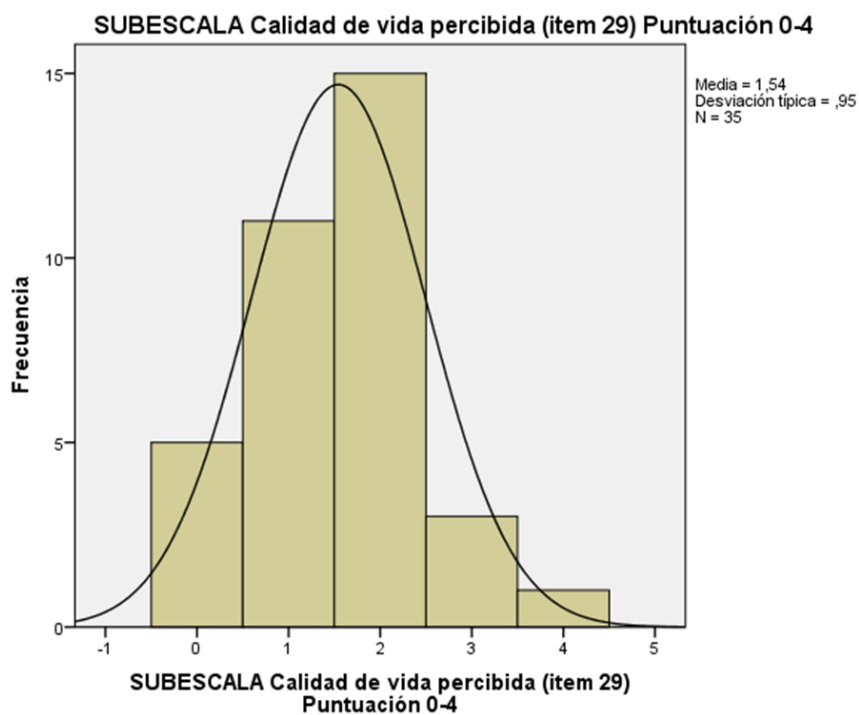


Figura 13.

Histograma de la sub-escala “calidad de vida percibida”.

Sub-escala 11. Transición de salud

En el percentil 25 se ubicaron los participantes que obtuvieron el puntaje en 1; en el percentil 50 los que obtuvieron el puntaje en 2 y en el percentil 75 los que obtuvieron el puntaje en 2 (tabla 28; figura 14).

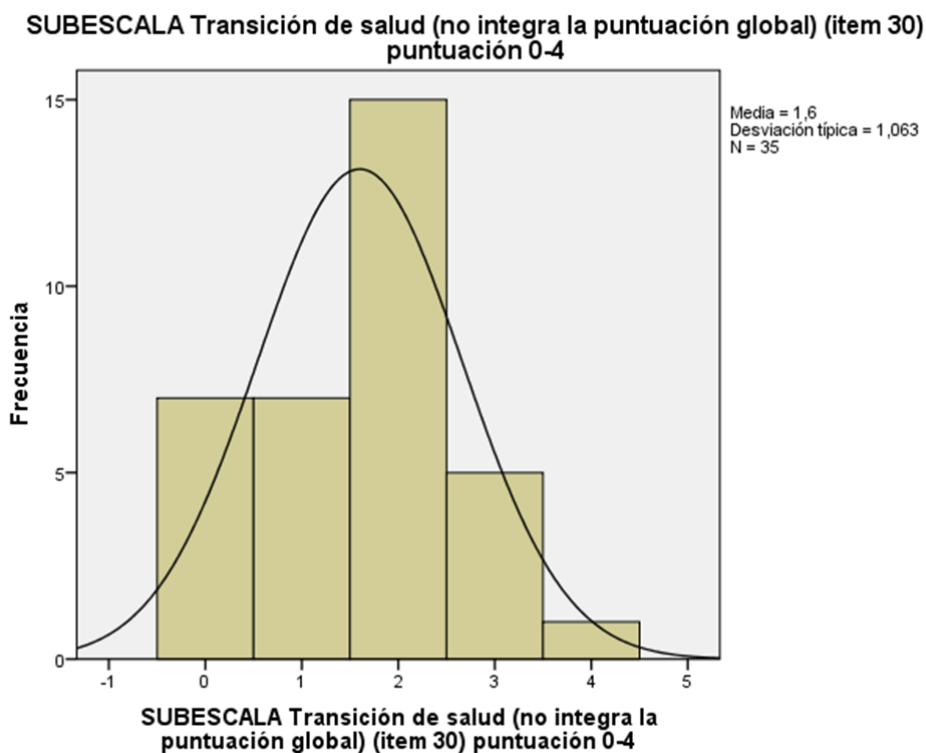


Figura 14.

Histograma de la sub-escala “transición de salud”.

Hallazgos complementarios sobre la calidad de vida del paciente con VIH

A continuación, se presentan los resultados de la entrevista realizada a los pacientes en la cual se evaluó la calidad de vida. Las respuestas de los participantes fueron categorizadas y es a partir de tal categorización que se organizaron los resultados.

Tabla 29.

Experiencia de convivir con el VIH

¿Cómo ha sido para usted convivir con el VIH?	Frecuencia	Porcentaje
Difícil	12	34,3
Difícil al principio	14	40,0
Fácil	2	5,7
Normal	7	20,0
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 29, un 40% de las personas afirmaron que la experiencia de convivir con el VIH fue difícil al comienzo de la enfermedad. Un 20% lo expresaron como una experiencia normal y solo un 5,7% reportaron que convivir con esta enfermedad ha sido fácil.

Tabla 30.

Lo más difícil de convivir con el VIH

¿Qué ha sido lo más difícil de convivir con este diagnóstico?	Frecuencia	Porcentaje
Estigmatización/rechazo	4	11,4
Efectos de los medicamentos y trámites para conseguirlos	4	11,4
Informar a otros el diagnóstico	4	11,4
Ocultar el diagnóstico	2	5,7
Sufrimiento	9	25,7
Asumir la sexualidad y los cambios en ésta	5	14,3
Cambio de hábitos	2	5,7
Nada	3	8,6
No aplica	1	2,9
No responde	1	2,9
Total	35	100,0

En cuanto a las razones que explican qué ha sido lo más difícil de convivir con el VIH, un 14,3% reportó que ha sido asumir la sexualidad y los cambios que se dan en ésta. Un 25,7% de las personas afirmaron que el sufrimiento ha sido lo más difícil. Con un mismo porcentaje (11,4%) las personas reportaron que otros aspectos que consideran lo más difícil de convivir con la enfermedad son: la estigmatización/rechazo, los efectos de los medicamentos y los trámites para conseguirlos e informar a otras personas sobre su diagnóstico. Ocultar el diagnóstico obtuvo un 5,7% al igual que los cambios en los hábitos de la vida diaria.

Tabla 31.

El diagnóstico de VIH me cambió la vida

¿Siente que de alguna manera este diagnóstico cambió su vida?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	29	82,9
No	6	17,1
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 31, el 82,9% de las personas afirman que el diagnóstico de VIH les cambió su vida. Solo el 17,1% negaron haber percibido algún cambio después de ser diagnosticados.

Tabla 32.

Razones por las que el diagnóstico me cambió la vida

Razones por las cuales el diagnóstico le cambió la vida	Frecuencia	Porcentaje
Consecuencias negativas de la enfermedad	24	68,6
Consecuencias positivas de la enfermedad	6	17,1
No responde	5	14,3
Total	35	100,0

En cuanto a las razones que las personas dieron para sustentar el cambio en sus vidas, un 68,6% reportaron que es por las consecuencias negativas de la enfermedad mientras que un 17,1% reportaron que el cambio percibido en la vida es por consecuencias positivas de la enfermedad.

Tabla 33.

Dolor durante el proceso de enfermedad

¿En algún momento desde que recibió el diagnóstico de VIH, ha tenido dolor físico producido por alguna enfermedad oportunista o por la medicación o cualquier otra razón asociada con la enfermedad?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	21	60
No	14	40
Total	35	100

En la tabla 33 se observa que un 60% de la población reporta haber tenido dolor físico producido por razones relacionadas con la enfermedad.

Tabla 34.

Experiencia con el dolor experimentado durante el proceso de enfermedad

¿Cómo fue para usted esa experiencia?	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	19	54,3
Positiva	2	5,7
No aplica	14	40,0
Total	35	100,0

En lo referente a la experiencia con el dolor experimentado durante la enfermedad, un 57,3% reportaron que fue negativa y un 5,7% lo percibieron como una experiencia positiva.

Tabla 35.

Percepción de fatiga durante el proceso de enfermedad

¿En algún momento desde que recibió el diagnóstico de VIH, se ha sentido fatigado/muy cansado?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	77,1
No	8	22,9
Total	35	100,0

Como puede observarse en la tabla 35, 77,1% de las personas reportaron percibir fatiga a lo largo del curso de la enfermedad.

Tabla 36.

Experiencia con la fatiga durante el proceso de enfermedad

¿Cómo fue para usted esa experiencia?	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	25	71,4
Normal	2	5,7
No aplica	8	22,9
Total	35	100,0

En la tabla 36 se observa que la experiencia de la fatiga durante la enfermedad fue negativa para un 71,4% de las personas y normal para un 5,7%.

Tabla 37.

Cambios físicos producidos por la enfermedad

¿Su diagnóstico le ha generado algún cambio físico?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	57,1
No	15	42,9
Total	35	100,0

En cuanto a los cambios físicos que han sido producidos por la enfermedad, el 57,1% reportaron haberlos presentado.

Tabla 38.

Significado del cambio físico

¿Qué ha significado ese cambio para usted?	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	16	45,7
Positivo	2	5,7
No aplica	16	45,7
No responde	1	2,9
Total	35	100,0

El significado que le atribuyeron al cambio físico, fue negativo para un 45,7% de las personas y positivo solo para un 5,7%.

Discusión

Al evaluar y estudiar el logro de los objetivos planteados para la presente investigación se observa, en primer lugar, que el perfil del paciente diagnosticado con VIH y deterioro cognitivo leve muestra las siguientes tendencias: personas que viven en Bogotá, predominantemente de sexo masculino; no se indagó por la orientación sexual de los participantes; en su mayoría son personas profesionales y solteras, que se encuentran en la adultez intermedia entre los 49 y 51 años, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajo y medio bajo (2 y 3) y practicantes de la religión cristiana católica.

Cómo lo mencionaron Díaz et al. (2005) el VIH/SIDA ha sido una infección que pasó de ser mortal a clasificarse como una enfermedad crónica, tratable y que permite una sobrevivencia significativa en quienes la adquieren, dato que se puede corroborar en la muestra estudiada ya que son personas que están diagnosticadas y reciben tratamiento antirretroviral en promedio hace 14 años.

En cuanto a los siguientes objetivos de la presente investigación, los datos obtenidos coinciden con lo mencionado por Gaviria et al. (2009) en cuanto a que se ha demostrado que a partir del momento en que la persona recibe el diagnóstico de VIH/SIDA, experimenta en menor o mayor grado algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variables. De acuerdo con los resultados arrojados por el BDI-II, el BAI y la entrevista, todos los participantes presentan algún nivel de depresión y ansiedad. 37,1% (13 de ellos) presentaron ansiedad grave siendo esta la mayor prevalencia dentro del estudio, seguido por 10 personas con ansiedad moderada (28,6%), mientras que en depresión el mayor porcentaje estuvo ubicado en depresión mínima con 13 personas (37,1%) y depresión moderada con 9 (25,7%).

Dentro de las respuestas de ansiedad más comunes identificadas en los participantes, de acuerdo con el BAI, estarían: debilidad en las piernas, estar asustado,

hormigueo/entumecimiento, sensación de calor, nerviosismo, incapacidad para relajarse, temor a que ocurra lo peor, sensación de inestabilidad, molestias abdominales y rubor facial. No obstante, es pertinente recordar que la distribución de las respuestas en la muestra es homogénea, por lo que no hay que minimizar la importancia que tienen las otras respuestas de ansiedad evaluadas ya que todas se presentaron aunque fueran en menor proporción. Estos hallazgos son importantes, ya que nos permite como psicólogos empezar a plantear algunos objetivos de intervención en cuanto al manejo de los síntomas de la ansiedad.

De acuerdo con lo anterior ¿a qué puede deberse la prevalencia de la ansiedad en todos los pacientes? Pues justamente, la tesis de Flores (2004) se acerca en mayor medida a los datos hallados con la entrevista; este autor plantea que un tipo de ansiedad que se presenta en personas con VIH/SIDA es la reactiva y que puede generarse por la probabilidad de ser descubierto, señalado como homosexual, perder el empleo, ser rechazado por familiares o amigos, debido a la preocupación que genera contagiar a seres queridos, la posibilidad de adquirir un gran número de enfermedades, de perder autonomía o tener que ponerle fin a una vida sexual activa. Efectivamente, esto pudo observarse en los pacientes que conformaron la muestra, muchos de ellos manifiestan el miedo al progreso de la enfermedad, el temor a contagiar a personas que quieren y a ser rechazados por amigos, familiares o compañeros de trabajo debido al diagnóstico. La mayoría no siente miedo del diagnóstico en sí mismo, ni se siente impotente ante este, o angustiado actualmente, pero aún así el 68,6% de las personas reportaron haber sentido angustia en algún momento desde que fueron diagnosticadas. Además, reportaron que sus preocupaciones se centran en las implicaciones principalmente sociales que genera su condición de salud, tal y como lo planteó Flores.

Dichos temores y miedos están también bastante relacionados con la aparición de la depresión como lo afirmó Valencia et al. (2007), así como la posible presencia de ideación e

intentos suicidas que en la muestra es según en BDI-II de un 25, 7% (9 personas), sin embargo, contrarrestando estos resultados con los resultados de la entrevista se puede observar que no hay total concordancia, ya que esta arroja que fueron 11 personas las que señalaron haberlas presentado, es decir un 31, 4% de la muestra. Esta diferencia es bastante interesante pues además de mostrar cómo se complementan los instrumentos, señalan la importancia de la entrevista siendo esta una herramienta que permite mayor proximidad al paciente, un espacio en el cual pudieron hablar abiertamente de temas que aún están siendo considerados como tabú según lo reportado por ellos mismos.

Según Lee (2008), las ideas suicidas pueden aparecer como una opción para evitar aspectos que giran en torno del VIH/SIDA como el sentimiento de desesperanza, el aislamiento social y la discriminación o como una solución para escapar del malestar intenso que pueden llegar a sentir, razones que se ajustan plenamente a lo indicado por los pacientes quienes afirman haberlo pensado como una alternativa que les permitiera escapar y resolver dichas situaciones.

Hablando específicamente sobre los intentos de suicidio, nuevamente se encuentra que los motivos para realizarlo en su mayoría son factores externos a la adquisición del VIH como tal o a las condiciones médicas a las que se veían enfrentados por este; se relacionan más con las consecuencias sociales y relacionales que implica tener el virus.

Fue sorprendente encontrar estos datos que muestran cómo gracias al avance de la tecnología y de la Medicina se le está brindando apoyo, esperanza y aumento en la expectativa de vida a las personas infectadas, mientras que la sociedad, parece estar bastante atrás sosteniendo mitos y creencias irracionales sobre la enfermedad, que son realmente los que favorecen, según lo reportado por los participantes en el estudio, los pensamientos y actos suicidas.

En cuanto a pensamientos acerca de la muerte se observa que la gran mayoría (80%) de los pacientes los han presentado en algún momento desde que recibió el diagnóstico, lo cual

puede estar relacionado con creencias negativas y catastróficas que están relacionadas con el diagnóstico o con el pronóstico (Valencia et al., 2007). Pero a la vez, es importante rescatar que una enfermedad crónica (antes considerada mortal) suele confrontar con la muerte propia y con la de otros (por ejemplo pacientes que se conocen durante el proceso de enfermedad) y por tanto, lleva a pensarla y a reconocerse finito (muerte psicológica). Pero adicionalmente, es fundamental reconocer que pensar en la muerte no significa considerar el suicidio; así lo evidencian las cifras encontradas en el presente estudio.

Otras de las respuestas de depresión más comunes en la muestra estudiada, según el BDI-II fueron: pérdida de energía, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, cambios en el patrón de sueño, pérdida de placer, pérdida de interés por el sexo, pérdida de interés, cambios en el apetito e irritabilidad.

Un dato significativo fue la presencia de tristeza en el 85,7% de los pacientes en algún momento desde que se obtuvo el diagnóstico. Los pacientes indicaron que sobre todo al inicio fue bastante difícil el manejo de esta emoción, lo cual puede deberse a que el periodo inmediatamente posterior a recibir el diagnóstico de VIH es uno de los más críticos por la adaptación psicológica que debe realizar el paciente (Romero, 2009). De hecho el 71,4% de los participantes manifestaron que las razones de la tristeza percibida en esos momentos, estuvo asociada con la enfermedad.

Sin embargo, analizando la presencia actual de tristeza (42,9%) y de sufrimiento (37,1%) en la muestra, las razones de su aparición o permanencia dejan de estar asociadas con la enfermedad y se convierten como lo presentaron Díaz, Galindo y Ortega (2010) y al igual que ocurrió con la ansiedad, en una respuesta frente al aislamiento, la pérdida de empleo, el rechazo social/familiar y en menor medida frente a la conceptualización fatalista de la infección y el deterioro de la salud inherente a esta.

En referencia al perfil descrito por Wolff, Alvarado y Wolff (2010) las personas con mayor probabilidad de presentar depresión son aquellas de sexo femenino, con menor nivel educativo y socioeconómico, los desempleados o en condiciones de inestabilidad laboral, aquellos con mayores preocupaciones respecto a su situación de salud, los no casados ni emparejados, aquellos que no cuentan con una red de apoyo social y las personas con menos creencias religiosas o espirituales. Podemos observar que nuestros resultados evidencian algunas contradicciones a partir del análisis de la muestra, ya que todos tienen algún grado de depresión, fueron hombres, con nivel educativo profesional y estabilidad laboral. No obstante, coincide con el nivel socioeconómico bajo o medio bajo y la soltería. Llama la atención que si bien todos los participantes se declararon religiosos católicos y practicantes, no se indagó por su espiritualidad.

En lo que respecta a la calidad de vida entre los participantes de la muestra, se encontró una media de 51,83 en una escala de 0 a 85 porque en realidad, el puntaje mínimo fue cero pero el máximo fue 85 y no 100 como lo plantea la escala originalmente. En ese análisis por cuartiles, se puede observar que la muestra percibe tener una calidad de vida promedio, ni alta ni baja. Lo anterior puede deberse, entre otros, a que la calidad de vida relacionada con la salud es dinámica es decir, está asociada con las interacciones que tiene la persona con su medio (el tipo de enfermedad, la personalidad del paciente, los cambios percibidos en su vida, la red de apoyo que tiene y el momento del ciclo vital en el cual se presenta la enfermedad) (Schwartzmann, 2003). Adicionalmente, parece haber coherencia entre este resultado y el estado de ánimo reportado por los pacientes. Por tanto, es esperable que una persona con sintomatología depresiva y ansiosa no tenga una óptima percepción de su calidad de vida. Muy importante también reflexionar alrededor de lo que significan el acceso al tratamiento antirretroviral y una mayor sobrevida en estos pacientes. No necesariamente implican sentirse anímicamente estables con una buena calidad de vida relacionada con la salud. La realidad es que la entrevista mostró preocupaciones

de estos pacientes acerca de su vida sexual, de su apariencia física, sus temores frente al rechazo, sobre el hecho de ser portadores de un virus implacable que afecta sus relaciones interpersonales y en especial, aquellas de pareja.

Frente a la subescala de funcionamiento físico, un 75% de las personas presentaron una percepción de un alto nivel de funcionamiento físico.

Para la subescala de funcionamiento social, el 75% de las personas percibe un excelente funcionamiento social y lo puntuaron con el mayor número.

En cuanto a la subescala de salud mental, el 50% de las personas perciben tener una buena salud mental, pero ninguno de ellas presenta un nivel de salud mental alto. Esto llama la atención porque el 100% de ellos puntuaron positivo en sintomatología depresiva y ansiosa. Es claro que de ninguna manera se está considerando que las pruebas utilizadas tengan poder diagnóstico. El valor es informativo, descriptivo y así se pretende presentarlo. Esta contradicción puede estar relacionada entre otras con la subjetividad de las preguntas, con la falta de reconocimiento de su estado emocional. Sin embargo, hay un 50% de los pacientes que sí se perciben como frágiles en su salud mental, para quienes su calidad de vida en este aspecto

En la subescala de actividad diaria el 75% de las personas puntuaron el mayor número del rango lo que indica que perciben que pueden realizar actividades de la vida diaria sin verse mayormente afectados por su estado de salud.

Es interesante observar la subescala de funcionamiento cognitivo pues el 75% de las personas puntuó con 9 esta subescala que va en un rango de 0-16, por lo cual se puede observar que perciben su funcionamiento cognitivo como no tan elevado y esto se relacionaría con las quejas de memoria y deterioro cognitivo que presentan las personas con VIH/SIDA (Portellano, 2005).

Para la subescala de calidad de vida percibida se observa que el 75% de las personas puntuaron su calidad de vida percibida en un nivel medio que indica que no la perciben del todo buena pero tampoco deficiente totalmente. Esto soportaría los hallazgos del puntaje total de la prueba evidenciados anteriormente.

Según los hallazgos de las subescalas de la prueba de calidad de vida, es posible afirmar que las escalas que mejores puntuaciones presentaron fueron las de funcionamiento social, funcionamiento físico y actividad diaria. Lo anterior estaría soportado por el estudio de Uribe (2005) donde se encontró que tanto en el grupo experimental como en el grupo control, tuvieron un puntaje medio y estaban relacionadas con el funcionamiento físico, la intimidad en pareja y el funcionamiento social. Explica el autor que estas escalas tienen una relación directa con el estado emocional y las habilidades cognitivas de las personas.

Es importante tener en cuenta las subescalas de funcionamiento cognitivo y de salud mental, pues estas, explica también Uribe (2005), serán marcadores relevantes para realizar procesos de adherencia al tratamiento y consecuencias tanto de la infección como de los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales.

Dentro de los resultados obtenidos respecto a la percepción de calidad de vida, sería interesante analizar por qué las personas perciben en promedio una buena calidad de vida pero el 100% de ellas presenta algún nivel de ansiedad y depresión.

Como datos complementarios a los obtenidos con el instrumento MOS-SF30, la entrevista aplicada contaba con una sección donde se indagaba acerca de la calidad de vida de las personas. Los hallazgos de esta sección permiten establecer que un 40% de las personas consideran que tener VIH/SIDA fue percibido como difícil al principio, lo que puede estar relacionado con la subescala de salud general percibida que presentó un puntaje alto para el 75% de las personas. Por lo cual puede que ahora las personas perciban una mejor calidad de vida.

Cualitativamente es interesante encontrar que una de las razones que explican la dificultad de convivir con el diagnóstico, es el sufrimiento, lo que invita a reflexionar sobre la importancia de indagar sobre varias esferas de la vida de la persona, pues este sufrimiento puede estar más relacionado con la parte emocional y de relaciones con los demás que por un aspecto médico.

Otro de los aspectos importantes para discutir es la percepción de cómo el diagnóstico de VIH cambia la vida de la persona. Más de la mitad de las personas afirma que el diagnóstico cambió sus vidas y un 68,6% reporta que este cambio ha traído solo consecuencias negativas. Esto puede estar relacionado con los niveles de ansiedad y depresión que presentaron todos los participantes.

Cázares et al (2010), sustenta que al parecer a medida que avanza el tiempo, las personas van cambiando su percepción frente a la enfermedad y las exigencias que esta vaya presentando. Por lo cual sería también una propuesta interesante relacionar la edad de las personas y el estadio de la enfermedad con la percepción de calidad de vida e indagar si de alguna manera sienten que el diagnóstico les cambió la vida.

En cuanto a los cambios producidos por la enfermedad, el 57,1% afirma que los ha tenido y el 45,7% reporta que la experiencia de esos cambios ha sido negativa. Lo que lleva a pensar que el sufrimiento y la dificultad para convivir con el diagnóstico, podrían estar relacionados con estos cambios físicos que las personas han percibido a lo largo de la enfermedad y que esto repercutiría en el nivel de calidad de vida que es percibida.

Es más bien un porcentaje bajo de la población, el que percibe que ha sido fácil convivir con el diagnóstico de VIH, que no ha cambiado nada en su vida y que no ha percibido cambios físicos importantes relacionados con la enfermedad.

Los hallazgos obtenidos por medio de la entrevista aplicada parecieran sugerir que existe una percepción de calidad de vida más baja que aquellos datos resultantes con el instrumento MOS-

SF30, en este último por ejemplo, se presenta una percepción del dolor moderada y en la entrevista el 60% de las personas reportan haber sentido algún tipo de dolor físico relacionado con la enfermedad.

Todo lo anterior permite concluir en acuerdo con Cázares et al. (2010) que las variables psicológicas relacionadas con la calidad de vida, no actúan de la misma manera ni se mantienen constantes a lo largo de la enfermedad, pues dependerá del estadio y condiciones que la enfermedad presente para que la calidad de vida sea valorada desde aspectos psicológicos, físicos o sociales (Cázares et al., 2010).

Conclusiones

El presente estudio buscó describir la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en personas adultas con VIH y deterioro cognitivo leve. Se encontró que todas las personas

evaluadas tienen en menor o mayor grado cierto nivel de ansiedad y depresión, presentando síntomas cognitivos, físicos y conductuales de estas.

Dichas reacciones emocionales siguen estando asociadas a la enfermedad, a pesar de los grandes avances y descubrimientos que ha hecho la Medicina para lograr controlarla y prolongar la vida de quienes son portadores del virus, no se ha visto el mismo avance en la sociedad, ya que en esta persisten creencias, ideas y prejuicios erróneos acerca de la forma de transmisión y causas de su aparición, según el reporte de los pacientes, lo cual mantiene el rechazo, estigmatización y aislamiento social hacia las personas infectadas.

Estas implicaciones sociales, fueron identificadas como las principales desencadenantes de los estados de ansiedad y depresión en los integrantes de la muestra evaluada, ya que manifiestan que cuando sus seres queridos o compañeros de trabajo se enteran del diagnóstico, se transforma la relación o se pierde. Por lo cual, realizan diversos esfuerzos por ocultarlo que sobrepasan sus capacidades.

Este resultado nos hace un llamado como profesionales y como miembros de la sociedad a continuar trabajando por ampliar los conocimientos de la enfermedad en la población, favoreciendo la aceptación y el respeto por las personas contagiadas, así como la disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

Con respecto a la calidad de vida, las personas perciben que si bien no está en un nivel muy bajo, tampoco consideran que esta sea excelente; encontrándose en un nivel medio para la mayoría de las personas y se ve influenciada por categorías como funcionamiento cognitivo, físico y social. Es importante tener en cuenta para futuras investigaciones que la variable de deterioro cognitivo leve juega un papel importante en la repercusión de los estados de ánimo. Una sugerencia interesante se orientaría a realizar un estudio comparativo entre personas con VIH sin deterioro cognitivo frente a un grupo de personas con VIH que tenga este deterioro.

Este estudio sirve como una primera aproximación hacia una descripción de aquellos factores que afectan el curso de este virus. Si bien es una muestra no significativa estadísticamente, los hallazgos aquí obtenidos pretenden mostrar descriptivamente como la ansiedad, depresión y percepción de calidad de vida son variables que afectan y se ven afectadas por aspectos tanto físicos, tales como las características propias del virus, como cognitivos.

Se sugiere ampliar la muestra para futuros estudios que permita correlacionar estas variables así como tener en cuenta otras relaciones posibles con la edad, el sexo y el nivel educativo para tener datos de mayor validez que permitan hallazgos cuantitativos confiables.

Se resalta también la importancia de estos hallazgos para empezar a crear planes de intervención integrales que evalúen y tengan en cuenta este tipo de factores de carácter psicológico, atendiendo a la necesidad de los pacientes no solo desde una mirada médica sino también a sus dimensiones emocionales y a los cambios en la calidad de vida de cada persona.

Será pertinente que en futuros estudios se realicen análisis que permitan verificar la coherencia de las respuestas entre los instrumentos pero sin duda, ello requerirá de una muestra mucho mayor que la que constituyó este estudio.

En lo que se refiere a los alcances y limitaciones del estudio, es pertinente resaltar que se trata de una muestra de pacientes con VIH/SIDA con una alteración particular de su funcionamiento cognitivo, lo que resulta novedoso y relevante para una población en la que los estudios son pocos en específico en lo que se refiere a sus características clínicas psicológicas. No obstante, el estudio encuentra limitaciones en lo referente a la posibilidad de generalizar los resultados. Esta es apenas una aproximación a partir de la cual se generan preguntas de investigación. Así mismo, es importante reconocer que si bien se utilizaron pruebas traducidas y validadas en español, ninguna de ellas está estandarizada con población colombiana. Así mismo,

es pertinente enunciar que esta es tan solo una muestra de un programa específico de atención a pacientes con VIH y que por tanto, es pertinente ampliar la muestra para futuros estudios.

Referencias

- Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (2. Ed.). México: Manual moderno.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (5ta ed.). Caracas: Episteme
- Arrivillaga, M., Correa, D. & Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguín, L. & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con vih/SIDA: un estudio correlacional. *Univ. Psychol.* 5 (3), 659-667
- Bartlett, J. & Finkbeiner, A. (2006). *Guide to Living with HIV Infection: Developed at the Johns Hopkins AIDS Clinic* (6th Edition). Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Bragança, M. & Palha, A. (2011). Trastornos neurocognitivos asociados con la infección por el VIH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (6), 374-383
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). *BDI-II Beck Depression Inventory-Second edition*. San Antonio: The psychological corporation
- Bimal, C., Lakshmanan, J., Arvind, K., Asirvatham, E., Mani, T. & Visalakshi, J. (2012). Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India – a community based cross sectional study. *BMC Public Health*, 12, 463-474
- Carballo, M. (1998). Psychosocial aspects of AIDS: policy implications. *AIDS*, 4, 529-533
- Cardona, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia médica*, 42 (4), 438-447

- Cardona, J., Peláez, L., López, J., Duque, M., & Leal, O. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/SIDA. *Biomédica* , 31, 532-544
- Cázares, J., Piña, J. & Sánchez, J. (2010). Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección. *Avances en psicología latinoamericana*, 28 (1), 85-98
- Correa, D. (2007) Impacto emocional e intervención psicológica con personas diagnosticadas con VIH/SIDA. En Arrivillaga M, Correa D, Salazar IC (eds.). *Psicología de la salud: abordaje integral dela enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno; p. 27-52
- Custodio, N., Escobar, J. & Altamirano, J. (1996) Demencia asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana tipo 1. *Anales de la Facultad de Medicina UniversidaSIDAd Nacional Mayor de San Marcos*, 243-254
- Cysique, L., Maruff, P. & Brew, B. (2004). Prevalence and pattern of neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus-infected/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) patients across pre-and post-highly active antiretroviral therapy eras: a combined study of two cohorts. *Journal Neurovirology*, 10(6): 350-357
- Díaz C. (ed), Álvarez, C., Prada, G., & Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). (2005). *Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia Colombia*. Colombia: Ministerio de la Protección Social – Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y Seguridad Social (Fedesalud). Recuperado el 14 Oct 2013. Disponible en:
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf
- Díaz, I., Galindo, J. & Ortega, M. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 30 (4), 129-133

Dowshen, S. (2009). Qué son el VIH y el SIDA. Recuperado el 16 Sept 2013. Disponible en:

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/sexual/std_hiv_esp.html

Edo, M.T. & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 79-90.

Flores, E. (2004). Alteraciones emocionales, variables de personalidad y estrategia de afrontamientos en personas afectadas por el SIDA. (Tesis doctoral) Universidad de Sevilla.

Flores, E., Borda, M. & Pérez, M. (2006). SIDA y exclusión social: Alteraciones emocionales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11(1), 31-49.

Faílde, J., Lameiras, Y., Rodríguez, M., Carrera, V. & López, J. (2009). Características del rendimiento neuropsicológico de pacientes infectados por VIH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (5), 252-257

Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L., & Otalvaro, M. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13

Geretti, A. & Vitiello, P. (2012). Viral Assays Used in the Diagnosis and Management of HIV infection. En Adler, M., Edwards, S. & Miller, R. (ABC Series), *ABC of HIV and AIDS* (pp. 10-15). USA: Wiley.

Halgin, R. & Withbourne, S. (2009). Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos (5ta ed.). México. Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México D.F.: Editorial McGraw Hill.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2013). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. USA: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

- Lavery, JV., Boyle, J., Dickens, BM., Maclean, H. & Singer, P. A. (2002). Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV or AIDS: a quality study. *The Lancet*, 358, 363-367. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11502315>
- Lawler, K., Mosepele, M., Ratcliffe, S., Seloilwe, E., Steele, K., Nthobatsang, R. & Steenhoff, A. (2010). Neurocognitive impairment among HIV-positive individuals in Botswana: a pilot study. *Journal of the international AIDS society*, 13, 15-24
- Lee, S. (2008). *HIV and Aging*. New York: CRC Press. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/urossario/Doc?id=10231559&ppg=48>
- Levy, J. (2007). Features of HIV. En J. Levy. HIV and the pathogenesis of AIDS. Págs. 27-54. Washington D.C: ASM Press.
- Lizondo, R., Montes, N. & Jurado, F. (2005). Enfoque cognitivo de la depresión. *Revista Papeña de Medicina Familiar* 2 (1), p. 50-52. Disponible en: http://www.mflapaz.com/revista_1_PDF/13%20ENFOQUE%20%20COGNITIVO%20DE%20LA%20DEPRESION.pdf
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- Manji, H. & Miller, R. (2012). Neurological manifestations. En M. Adler, S. Edwards, R. Miller, G. Sethi. & I. Williams. (2012). ABC of HIV and AIDS.(6th Edition). New Jersey: Wiley.
- Martín, I., Cano, R., Pérez, P., Aguayo, M., Cuesta, F., Rodríguez, P. & Pujol, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada . *Anales de Medicina Interna*, 19 (8)
- Ministerio de salud y protección social (2012). *Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia 1983 a 2011*. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluaci

on/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf

Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D., Chiappini, M., Weber, A., Brinker-Spence P, Bauer, R., Douglas, S., & Evans, D. (2002). Depressive and Anxiety Disorders in Women with HIV Infection. *The American Journal of Psychiatry* 159(5), 789-796.

Morrough, J. & Cohen, M. (2008). Unique manifestations of HIV-associated dementia. En M. Cohen y Gorman, J. (Eds). *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. North Carolina: Págs 189-193. North Carolina: Oxford University Press.

Muñoz, J., Fuster, M., Fumaz, C., Ferrer, M., Molero, F., Jaen, A. & Clotet, B. (2013). Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas. *Med Clinica*. 37 (2), 2-7.

Nakasujja, N., Skolasky, R., Musisi, S., Allebeck, P., Robertson, K., Ronald, A., Katabira, E., Clifford, R. & Sacktor, N. (2010). Depression symptoms and cognitive function among individuals with advanced HIV infection initiating HAART in Uganda. *BMC Psychiatry*, 10, 44-52

Nakku, J., Kinyanda, E. & Hoskins, S. (2013). Prevalence and factors associated with probable HIV dementia in an African population: A cross-sectional study of an HIV/AIDS clinic population. *BMC Psychiatry*, 13, 126-134

Organización Mundial de la Salud (2013). *Depresión*. Recuperado el 11 de Octubre de 2013. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). VIH/SIDA. Recuperado el 22 de Septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivanik, R.J., Tangelos, E., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*, 56(3): 303-308.

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw Hill.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2012). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Recuperado el 7 de septiembre de 2013. Disponible en:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

Rackstraw, S. (2011). HIV-related neurocognitive impairment – A review. *Psychology, Health & Medicine*, 16 (5), 548-563.

Reis, R., Haas, V., Dos Santos, V., Teles, S., Galvão, M. & Git, E. (2011). Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Latino-Am. Enfermagem*, 19 (4), 874-881

Remington, R. (2012) Neurocognitive Diagnostic Challenges and the DSM-5: Perspectives from the Front Lines of Clinical Practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 33. P. 626–629

Remor, E. (2002) Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. *Atención Primaria*, 30 (3), 143-148.

Remor, E. (2003). Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas con el VIH. *Atención Primaria*, 32 (1), 15-22.

Remor, E., Carrobbles, J., Arranz, P., Donate, A. & Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología conductual*, 9, 323-336

Romero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42 (1-4), 25-31

Rowe, C. (2009). HIV/AIDS. En K. Frech. (Ed). *Sexual Health*. Págs. 59-80 New Jersey: Wiley-Blackwell.

Saldarriaga, P. & Rodríguez, A. (2012). Tendencias epidemiológicas en el comportamiento de la infección por VIH/SIDA en el municipio Pereira, Colombia, 1998-2011. *Revista médica de Risaralda*, 18 (2), 140-144.

- Sanz, J. (2012). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. & García, M. (2003). Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II). Madrid: Universidad Complutense de Madrid
- Schwartzmann, L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-21.
- Starace, F., Bartoli, L., Aloisi, M., Antinori, A., Narciso, P., Ippolito, G., Ravasio, L., Moiola, M., Vangi, D., Gennero, L., Coronado, O., Giacometti, A., Nappa, S., Perulli, M., Montesarchio, V., La Gala, A., Ricci, F., Cristiano, L., De Marco, M., Izzo, C., Pezzotti P. & D' Arminio, A. (2002). Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. *Acta psychiatrica scandinavica*, 106, 20-26
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández, J. & Buela-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28 (5), 40-49
- Teva, I., Bermúdez, M., Ramiro, M. & Buela-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Revista médica de Chile*, 140, 50-58
- Tobón, S. & Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 13, 161-174
- Uribe, A. (2005). Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Revista colombiana de psicología*, 14, 28-33
- Valencia, C., Canaval, G., Rizo, V., Correa, D. & Marín, D. (2007). Signos y síntomas en personas que viven con el virus del SIDA (PVVS) en Cali, Colombia. *Colombia médica*, 38 (4), 365-374

- Virues, R. (2005). *Estudio sobre Ansiedad México: Universidad Autónoma de Nuevo León*. Recuperado el 11 de Octubre de 2013. Disponible en: www.psicologiacientifica.com.
- Wolff, C., Alvarado, R. & Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revistachilena de infectología*, 27 (1), 65-74
- Wu, A., Rubin, H., Mathews, W., Ware, J., Brysk, L., Hardy, W., Bozzette, S., Spector, S. & Richman, D. (1991). A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 29, 786-798.