

RELACIÓN DE LA INTENCIÓN E IDEACIÓN SUICIDA CON ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE LA ENFERMEDAD Y ASPECTOS PSICOAFECTIVOS EN PERSONAS CON EL VIH/SIDA.

Ximena Palacios Espinosa, Andrés Rueda Latiff y Paola Valderrama Herrera
Universidad El Bosque.
Bogotá, Colombia.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue hallar la relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, las características de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral y los aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA que residen en Bogotá (Colombia) y pertenecientes a una fundación. Para ello, se tomó una muestra de 75 pacientes con VIH positivo a quienes se evaluó a través de una entrevista semiestructurada y dos instrumentos: el inventario de depresión de Beck (IBD) y la escala de Ideación Suicida (SSI). Los resultados mostraron que solo 29 personas tenían ideación suicida y 10 intención suicida: De los 10 solo 2 sujetos tenían intención después del diagnóstico. Se encontró una relación estadística significativa para ideación suicida e intención suicida con edad, estrato socioeconómico, estado civil, orientación sexual, las características de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral y los aspectos psicoafectivos.

Palabras claves: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ideación suicida, intención suicida.

ABSTRACT

The purpose of this study was to establish the relation of suicidal intention and suicidal ideation with some socio-demographics variables, the characteristics of the disease, the antirretroviral treatment and the psychoaffective aspects in people with VIH/AIDS who are living in Bogota, Colombia and who are part of a particular aid foundation. It was taken a simple of 75 positive VIH patients who were evaluated with a semistructured interview and two further instruments: The Beck Depresión Inventory (BDI) and the Scale for Suicidal Ideation (SSI). It was found a meaningful statistic correlation between suicidal ideation and intention and age, socioeconomic status, gender, disease characteristics, drug treatment and psychoaffective aspects.

Key words: Human Immunodeficiency Virus (VIH), Acquired Immune deficiency Syndrome (AIDS), suicidal ideation, suicidal intention.



La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su estado final, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una pandemia que está causando una creciente mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Sin embargo, cada día se desarrollan más estudios sobre su etiología, sus manifestaciones clínicas y su abordaje terapéutico. El SIDA produce los mismos trastornos psicológicos que otras enfermedades mortales e incurables, pero además, lleva consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente a la enfermedad, generando así respuestas emocionales negativas que, entre otras, pueden desencadenar intentos e ideaciones suicidas. Así, para algunas personas el suicidio podría constituirse en una de las mejores alternativas disponibles para escapar y evitar el sufrimiento y los sentimientos de culpabilidad. De hecho, la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH (Ayuso, 1997). Las anteriores, son apenas algunas de muchas de las razones que deberían motivar la investigación relacionada con los aspectos psicosociales y culturales del VIH/SIDA.

Desde la psicología, las áreas de aplicación en clínica y salud se constituyen en pilares sobre los cuales soportar este tipo de investigaciones. Por lo tanto, y en relación con lo expuesto anteriormente, se consideró relevante describir la asociación de las variables personales de los pacientes residentes en Bogotá con VIH/SIDA con la intención e ideación suicida. Por medio de una entrevista semiestructurada, se pretendió identificar, conocer, analizar y describir de qué manera estaban involucrados aspectos sociales y psicoafectivos de estos pacientes.

Al iniciar una aproximación académica a la población infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, se establece contacto con la vulnerabilidad del ser humano como no es frecuente en otras áreas, incluso en otras enfermedades crónicas. Sus emociones, sus historias, sus familias (en los casos en que aún cuentan con ella) y el miedo a la muerte surgen al reconocer la falta de control sobre su enfermedad, y su propia vida. Aún en los pacientes que han sido diagnosticados oportunamente y que cuentan con un tratamiento farmacológico adecuado, las recaídas son constantes, el avance de la enfermedad notorio, y no es secreto para ellos que no hay una cura aún para su enfermedad.

Es por esto que se esperaba encontrar una alta incidencia de la intención y la ideación suicida, ya que

según Caballo (1998) la presencia de éstas se podría entender como intentos desesperados de controlar el proceso de enfermedad, como una respuesta frente a temores concretos en cuanto a una muerte inminente, a infectar a otras personas, y a la discriminación y estigmatización social. Estas respuestas, se estima, tendrían una relación directa con los estados emocionales descritos, entre otros por Velandia (1999), como lo son la negación, la transición, la aceptación y la adaptación; y se esperaría una mayor incidencia durante la crisis aguda inicial, lo cual no ha sido comprobado empíricamente en la población colombiana.

Dentro de las razones para abordar este estudio, se encuentra también el hecho de no encontrar estudios similares ni líneas de investigación abiertas a nivel nacional. Hay una dificultad prevaleciente y es el no encontrar la variable VIH/SIDA en las necropsias de los pacientes suicidas que llegan al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, impidiendo determinar si es una de las variables que influye en la decisión del suicida colombiano o por lo menos, está asociada a esta.

Otra razón importante que se encuentra para profundizar en la temática del VIH/SIDA en Colombia, es la escasa publicación nacional en la materia, resaltando además la inconsistencia de las estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, ONUSIDA, el Ministerio de Salud y la Sociedad de Infectología Colombiana, siendo las diferencias de miles. Ejemplo de lo anterior son las cifras del Ministerio de Salud para Colombia (1999), donde se estima una seroprevalencia del 1.1%, lo cual sería equivalente a 450.000 personas, contrastando con las 26.657 estimadas por la Asociación Colombiana de Infectología (2002). Solamente aquí, se está generando una “brecha” en las estimaciones de cientos de miles de personas viviendo con el virus desde el primer caso reportado en el país (Cartagena, 1983).

Si se toma en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se establece una necesidad primordial de esclarecer por un lado los factores psicosociales asociados a la infección por VIH en Colombia y por otro, los factores o variables presentes en quienes manifiestan el deseo o la intención suicida. Por supuesto, subyace a estos objetivos el establecimiento de unos datos estadísticos más claros y cercanos a la realidad nacional, así como las condiciones de los ciudadanos viviendo con el VIH.

El presente estudio tiene como fin abrir una línea de investigación para: 1. Lograr elaborar un perfil del

posible suicida en la población infectada por este virus a nivel nacional, partiendo de una pequeña muestra a nivel local (contemplando la posibilidad de replicarlo en otros escenarios) y 2. Buscar la correlación entre las variables establecidas, logrando así establecer los factores de protección para estos pacientes que, por ser considerada la infección por VIH/SIDA como una enfermedad catastrófica o de alto costo, tienen que iniciar la pelea contra el estigma social producido; llegando a una larga lucha contra el propio sistema de salud. Ya que tanto la población vinculada como la población contribuyente a nivel del sistema general de seguridad social, tienen que sobrepasar una pelea legal, pasando por la tutela y la impugnación de la tutela para obtener los medicamentos de los cuales depende su estabilidad biológica y emocional, pues sin un tratamiento antirretroviral su calidad de vida evidentemente se ve perjudicada.

Para comprender el impacto bio-psico-social del VIH/SIDA, es necesario comprender la manifestación del virus desde un punto de vista longitudinal, donde constantemente el paciente se encuentra en estados de crisis que expresa en relación de: a) pérdida de autoestima, b) autoconcepto o autoimagen deficiente, c) sensación de vulnerabilidad y pérdida de control personal, d) pérdida de control frente a acontecimientos futuros, e) pérdida de seguridad o confianza en sí mismo, f) sentimientos de inutilidad e indefensión, g) pérdida del rol social, familiar y marital, h) deterioro de las relaciones sociales, familiares y de pareja, i) dificultades para realizar sus actividades laborales u ocupacionales, j) dificultades para realizar actividades de ocio y recreación, k) preocupaciones económicas (a causa del desbalance económico que la enfermedad ha traído al núcleo familiar o al individuo), l) cambios en la concepción de la vida, m) culpa y autorrecriminaciones sobre el propio estilo de vida o sobre comportamientos pasados, n) ira, irritabilidad y agresividad, ñ) síntomas depresivos (anhedonia, abulia, tristeza, desesperanza, etc.), o) temores (en relación a: la pérdida de funciones físicas, la idea de la muerte, al tipo de muerte, al dolor experimentado, al pronóstico de la enfermedad, los procedimientos médicos, al abandono y distanciamiento de los seres queridos), y p) ansiedad y/o estrés (frente a situaciones tales como: dolor, incapacidad o cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad, ambiente médico-hospitalario, tratamientos u otros procedimientos médicos, sobreprotección por parte de los familiares, pérdidas en su movilidad y de las ca-

pacidades de comunicación, entre otras) (Brannon y Feist, 2001; Cortés, Merchán y Berrío, 1991; Velasco y Sinibaldi, 2001).

Metodológicamente, el aporte del estudio es la construcción de una entrevista semiestructurada que permitió cumplir con dos objetivos. El primero de ellos, establecer un filtro para la decisión de aplicar la escala psicométrica elegida para la evaluación de la ideación suicida (SSI) y el segundo, enriquecer el proceso de evaluación a través de la metodología cualitativa.

En lo que respecta al interés personal, que por supuesto está estrechamente ligado con todas las razones que se han venido exponiendo, los autores reconocen que el comportamiento epidemiológico de las enfermedades crónicas en el mundo admite predecir que éstas serán, sin lugar a dudas, una de las condiciones de vida más comunes para los habitantes del mundo actual: VIH/SIDA, cáncer, enfermedades autoinmunes, diabetes, hipertensión y otras enfermedades coronarias, ocuparán los primeros lugares en la responsabilidad de la morbilidad mundial. Así, todos los esfuerzos que se realicen desde ahora en la evaluación de las causas, progreso y consecuencias permitirán, un abordaje con mayor probabilidad de éxito, independiente de la disciplina desde el cual se realice. La psicología, por consiguiente, no podría ser la excepción al aporte que pueda realizar frente a un fenómeno que oscila en un continuo salud-enfermedad y cuyo pilar es el comportamiento de los individuos.

Se deja una invitación abierta para continuar la producción en esta área de conocimiento, en pro de lograr una mejor intervención desde la psicología en sus diversas aplicaciones, contribuyendo de esta manera a la dignidad de los pacientes nacionales convivientes con el VIH.

VIH/SIDA Y SUICIDIO

Existe una compleja relación entre la enfermedad física y el suicidio, considerándose incluso como un relevante factor de riesgo. Las personas con enfermedades que afectan el cerebro presentan altas tasas de suicidio si se les compara con personas que tengan otro tipo de enfermedades, incluso con aquellas que tienen enfermedades francamente malignas. Algunas de las enfermedades con las que se ha asociado el riesgo de suicidio son: la insuficiencia renal crónica con diálisis, neoplasias malignas de cabeza y cuello, VIH/

SIDA, lupus, enfermedades de la espina dorsal, transplante de riñón, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple y úlcera péptica. Sin embargo, algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente no incluyen afecciones cerebrales (Hughes y Kleepies, 2001; y Maris, 1981).

La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Belkin, Fleishman, Stein y cols., 1989; Haller y Miles, 2003). De hecho, según Rundel et al. (1992), Gala et al. (1992), McKegney y O'Dowd (1992) y O'Dowd, Biederman y McKegney (1993), el impacto diagnóstico de VIH/SIDA incrementa el riesgo de suicidio particularmente justo después de haber recibido el resultado positivo y de haberse distanciado de los amigos, mencionando que en otros dos momentos específicos podría incrementarse el riesgo suicida: en los seis meses posteriores a haber recibido el diagnóstico y en el momento en que aparecen los síntomas del SIDA.

La primera prueba que mostraba un incremento del riesgo de suicidio en pacientes con SIDA se obtuvo en Nueva York a partir del análisis de los casos de suicidio que se presentaron (Marzuk, Tierney y Tadriff, 1988, citado en García, 1998). Resultados semejantes se han obtenido en trabajos realizados en América Latina (Plott, Benton y Winslade, 1989, citado en García, 1998). El estudio de Schneider (1989), tuvo como objetivo investigar los indicadores biológicos relacionados con la ideación suicida en pacientes con SIDA, así como la muerte por SIDA y los eventos de enfermedad en la predicción del intento suicida. La muestra fue de 798 hombres homosexuales y bisexuales. De manera consistente con Depue y Monroe (1986) citados por este autor, los diferentes modelos explicativos del intento suicida consideran que pueden o no existir, síntomas depresivos. Luego, parecería ser que la intención suicida en personas seropositivas podría depender de si están o no en fase SIDA.

En la investigación de los casos de suicidio de pacientes con VIH, hay inconvenientes frente a los datos, entre ellos: que se desconoce la cifra real de prevalencia de infección por VIH en la población general. Además, existe una tendencia a registrar las muertes debidas a sobredosis de drogas en adictos como accidentales o involuntarias. Aunque talvés el mayor problema en la recolección de datos en Colombia, radica en la escasa

fiabilidad de los datos sobre suicidio aportados por el Instituto Nacional de Estadística, obtenidos a partir de la información proporcionada por las instituciones judiciales (Ayuso, 1997)

Un estudio llevado a cabo en EE.UU. por Cote et al (1992) también confirma el elevado riesgo de suicidio en los pacientes con SIDA. De los 165 suicidios entre personas con SIDA que tuvieron lugar en dicho país de 1987 a 1989, el índice de suicidio por personas-años fue 7,4 veces más frecuente entre los hombres con SIDA que entre los hombres con características demográficas similares de la población general. El riesgo de suicidio para los pacientes con SIDA disminuyó significativamente de 1987 a 1989, a lo que los autores daban como posibles causas las nuevas terapias para el SIDA (como la terapia antirretroviral), el mejor tratamiento psiquiátrico de estos pacientes y el menor estigma social en su contra (García, 1998).

En la exploración psicológica de un paciente con VIH se debe tener en cuenta la identificación de los factores que han demostrado ser predictores de un riesgo suicida elevado; los factores psicosociales que pueden precipitar el suicidio en pacientes con VIH son: el estigma relacionado con la enfermedad, la retirada del apoyo familiar, la pérdida del puesto de trabajo, la dependencia de los demás para el desempeño de actividades de la vida cotidiana, la pérdida de personas allegadas y la amenaza de la enfermedad como algo inexorable y terminal (García, 1998). El riesgo suicida parece incrementarse en el período que sigue inmediatamente después de la notificación de la infección, lo que confirma la importancia de las estrategias de prevención en el momento de dicha notificación. Hay una serie de síntomas depresivos que se asocian con frecuencia a la conducta autolítica: Sentimientos de culpa, inquietud motora, anestesia afectiva, ideas delirantes y alteraciones graves del sueño (Crespo, Vicente, Ochoa y Morales, 1992).

Como ha sido mencionado, el suicidio es un aspecto complejo biopsicosocial que resulta de la depresión, la soledad y el déficit o ausencia de soporte social. La infección por VIH con todas sus negativas connotaciones y la discriminación que genera, puede ser una causa de intentos e ideación suicida. Algunos factores se han asociado a la ideación suicida en personas con VIH; por ejemplo, la orientación sexual (homosexual), la seropositividad del compañero, la pérdida de la pareja por SIDA, historia de autolesiones y presencia de síntomas físicos. Algunas de las variables psiquiátricas que predi-

cen la ideación suicida incluyen el policonsumo de sustancias psicoactivas, historia de depresión y sensación de soledad y abandono (Glor y Smith, 2005).

El estigma ha sido considerado también como una variable predictora del suicidio y por supuesto, en países como la India y como los latinoamericanos, puede serlo mucho más. De hecho, existen algunos estudios realizados en la India acerca de la relación entre el suicidio y el VIH que indican que estas personas intentan suicidarse antes de ser discriminadas o incluso, por miedo a ello (Chandra, Desai y Ranjan, 2005). Por ejemplo, en uno de los estudios que estos autores citan se evaluó la historia de intentos e ideaciones suicidas además de la depresión en 51 mujeres seropositivas, encontrándose persistencia de las ideaciones de este tipo en el 14% de las mujeres, ideas de muerte en el 20% e intentos suicidas en el 8%. Otro estudio realizado recientemente en Bangalore (India) y citado también por estos mismos autores, indica que dentro de los factores de riesgo para el suicidio están el sexo femenino, el bajo nivel educativo y presencia de malestar físico. Incluso, reportan que las variables psiquiátricas asociadas al suicidio fueron las mismas que las reportadas a nivel mundial: depresión (73%), soledad y ansiedad (29%).

Los predictores más importantes de los intentos suicidas previos fueron una historia positiva de desórdenes psiquiátricos (particularmente diagnóstico de depresión), una larga historia de abuso de sustancias psicoactivas e historia familiar de intentos suicidas. Estos hallazgos indican que las tasas de ideación suicida aumentan en los hombres seropositivos y que los factores psicosociales en esta población están estrechamente ligados con la intención y la ideación suicida.

En la sexta conferencia internacional sobre el SIDA, realizada en San Francisco, Atkinson et al. (1990), presentaron un estudio relacionado con la intención e ideación suicida en el VIH. El objetivo fue examinar la prevalencia y correlatos clínicos de la ideación e intención suicida en hombres homosexuales seropositivos y seronegativos, comparándolos con sujetos control. Se encontró que la presencia de trastornos psiquiátricos tales como la depresión y el abuso de sustancias elevan el riesgo en hombres homosexuales seropositivos y seronegativos homosexuales en comparación con los del grupo de control y contribuye significativamente con altas tasas de intentos e ideaciones suicidas. Así mismo, Gutierrez et al. (1990), encontraron que el afrontamiento evitativo y el aislamiento están estre-

chamente asociados con las conductas suicidas. Cuando las funciones neuropsicológicas declinan, puede incrementarse el afrontamiento inapropiado y esto a su vez, incrementar el riesgo de mayores conductas e ideaciones suicidas.

De acuerdo con la tesis de grado de Morrisson (1991), las personas con VIH han mostrado un riesgo significativamente mayor de presentar depresión y suicidio en comparación con la población general. Su estudio fue realizado con hombres homosexuales seropositivos y seronegativos, encontrando que efectivamente, el grupo de seropositivos presentaba mayores tasas de intención e ideación suicida. Schoenfeld (1991) realizó un estudio con hombres homosexuales adultos tanto seropositivos como seronegativos, seropositivos asintomáticos y SIDA. Los resultados no revelan diferencias entre los grupos. No obstante, un dato interesante es que existe una correlación entre la percepción de disponer de un grupo de apoyo social insuficiente y la ideación suicida. Tres de los 49 sujetos de la muestra intentaron suicidarse después de recibir el diagnóstico positivo. Los intentos suicidas relacionados con el VIH parecen estar asociados con historia previa de intentos suicidas, estar enfermo y el consumo moderado de alcohol y otras sustancias psicoactivas durante el último año.

En su tesis, Pompeo (1994) comparó la intención e ideación suicida en un grupo de hombres homosexuales y uno de hombres heterosexuales. Para los primeros, los factores de riesgo fueron baja autoestima, dificultad en la solución de problemas, abuso de sustancias, depresión y abuso físico. De hecho, los homosexuales jóvenes presentaron mayores niveles de intención e ideación suicida y déficit en solución de problemas que los heterosexuales.

La media de intentos suicidas en homosexuales hombres fue de 3.1. La media de edad del primer intento para esta misma población fue de 15.1 años, la media de edad para el último intento fue de 17.3 años, 75% de los sujetos que presentaron intento suicida tenía historia de por lo menos uno anterior y el 25% de dos. Los hallazgos de este estudio son congruentes con los de Paul, Catania, Pollack y Moskowitz (2002), quienes encontraron que efectivamente, la tendencia a la ideación y conducta suicida es mayor en hombres homosexuales e igualmente en bisexuales, especialmente en aquellos que son jóvenes.

El estudio de Gil, Passik, Rosenfeld y Breitbart (1998) evaluó el ajuste psicosocial a la enfermedad y

así mismo, la relación entre el ajuste y las variables médicas y psicosociales en 91 pacientes seropositivos ambulatorios. Las variables que correlacionaron un pobre ajuste médico fueron la ideación suicida, número de síntomas psicológicos, número de síntomas físicos, soporte social y satisfacción con el soporte social recibido. En general, los resultados sugieren que la ideación suicida está asociada con un pobre ajuste pero pese a que puedan tener una posible función adaptativa, también puede ser sugerido por otros.

Otros de los factores relacionados con el incremento del riesgo de suicidio en los pacientes con VIH/ SIDA son el desorden mental orgánico, particularmente el delirium y la demencia, los cuales suelen presentarse en etapas avanzadas de la infección. De hecho, de acuerdo con Breibart (1987; 1990), en la evaluación predominan los signos de delirium superpuestos a la demencia SIDA. Así mismo, depresión, desesperanza, tristeza, nostalgia del pasado, culpas, múltiples duelos y aislamiento son en conclusión, los principales factores de riesgo para la conducta suicida en estos pacientes seropositivos.

Tal y como se ha observado la depresión y el suicidio, este último generalmente consecuencia de la depresión, son dos condiciones que pueden presentarse usualmente en el pacientes con VIH/SIDA. Para evaluar la presencia de éstos, se han utilizado históricamente diferentes instrumentos de tipo psicométrico como por ejemplo el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Ideación Suicida (SSI).

MÉTODO

Problema de investigación

¿Qué relación existe entre la intención y la ideación suicida con las variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de origen, estado civil, orientación sexual, nivel educativo, nivel socioeconómico y situación laboral), las características de la enfermedad (tiempo de evolución, la fase de la enfermedad), el tratamiento antirretroviral y los aspectos psicoafectivos (depresión, pareja, amigos, familia, redes de apoyo social) de un grupo de pacientes con VIH/ SIDA de una Fundación de la ciudad de Bogotá D.C.?

Hipótesis

De trabajo:

Existe relación de las variables estudiadas con la ideación suicida en pacientes colombianos adultos con

VIH/ SIDA que asisten a una Fundación en la ciudad de Bogotá.

Existe relación de las variables estudiadas con la intención suicida en pacientes colombianos adultos con VIH/ SIDA que asisten a una Fundación en la ciudad de Bogotá.

De Nulidad:

No existe relación entre las variables estudiadas con la ideación suicida en pacientes colombianos adultos con VIH/ SIDA que asisten a una Fundación en la ciudad de Bogotá.

No existe relación entre las variables estudiadas con la intención suicida en pacientes colombianos adultos con VIH/ SIDA que asisten a una Fundación en la ciudad de Bogotá.

Tipo de investigación

El presente es un estudio de tipo descriptivo correlacional. Según Hernández, Fernández y Baptista (1991), el principal propósito de la investigación descriptiva es describir situaciones y eventos, es decir, cómo se manifiesta determinado fenómeno. Este tipo de estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis" (p. 60); y será una investigación correlacional cuando ésta tenga como objetivo medir el grado de relación que existe entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Participantes

Los participantes de la investigación fueron setenta y cinco (75) personas adultas, con edades entre los dieciocho (18) y los cincuenta y cinco (55) años, de estratos socioeconómicos entre el uno (1) y el seis (6), de cualquier región del país, y que vivieran en Bogotá (Colombia), con niveles educativos desde el analfabetismo hasta los estudios universitarios, con diagnóstico confirmado de seropositivo o SIDA, con cualquier estado civil (casado, soltero, unión libre, separado, divorciado), con cualquier tipo de orientación sexual (homosexual, bisexual, heterosexual), que estuvieran en diferentes fases de la enfermedad según el curso clínico de la misma, con un tiempo de evolución que podía oscilar entre horas (a partir del diagnóstico) hasta veinte (20) años o más, y que estuvieran sanos (libres de signos o síntomas relacionados con cualquier enfermedad física o mental) o enfermos (con signos

y síntomas propios de una o varias entidades clínicas asociadas o no al VIH/ SIDA).

Es importante mencionar que la muestra se redujo a diez (10) participantes con intención suicida y a veintinueve (29) con ideación suicida, si bien los datos pueden extraerse de la entrevista y no de la Escala de Ideación Suicida (SSI) utilizada, situación que se retomará posteriormente en la discusión.

Instrumentos

Para efectos de esta investigación se utilizaron dos instrumentos, y una entrevista semiestructurada.

El primer instrumento fue la escala de ideación suicida (SSI), Beck, Kovacs y Weissma (1979). Esta consta de 21 ítems divididos en cinco apartados: a) características de su actitud hacia la vida/muerte, b) características de los pensamientos suicidas, c) características del proyecto del intento, d) realización del proyecto de intento y e) factores de fondo. Esta escala fue desarrollada para medir las características de las ideaciones suicidas del sujeto, siendo su objetivo cuantificar la intensidad de la intención suicida consciente en el momento actual, así como la actitud del sujeto hacia este tipo de ideas.

El segundo instrumento que se utilizó fue el inventario de depresión de Beck (Beck Depresión Inventory) (BDI) (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979). Este consta igualmente, de 21 ítems que evalúan la intensidad del síndrome depresivo. En este se le pide al sujeto que marque la respuesta con la que identifica su situación durante la última semana, incluyendo el día de en que se le aplica el instrumento.

El tercer instrumento fue una entrevista semiestructurada, construida para el estudio, que consta de 33 preguntas diseñadas para recolectar información en las diferentes áreas de ajuste del sujeto (información personal, social, familiar, laboral). El tiempo estimado para su aplicación es de 45 minutos; por supuesto, esto depende esencialmente de las condiciones orgánsmicas (físicas y fisiológicas) del sujeto, al momento de la evaluación.

Procedimiento

Una vez seleccionados los instrumentos y diseñada la entrevista, se procedió a iniciar la obtención de la muestra. Hubo dificultades durante este proceso, pues las instituciones en Colombia no facilitan el desarrollo de estudios con sus poblaciones. Solamente una de las cuatro instituciones en las que se solicitó autoriza-

ción para la evaluación, dio su autorización para ello. El proceso como tal, duró aproximadamente un año. Una vez obtenida la muestra, se procedió la aplicación de los instrumentos.

Es importante mencionar que la muestra se seleccionó en una fundación para pacientes con VIH/SIDA ubicada en Bogotá. Los instrumentos se aplicaron a los pacientes internos y externos.

Con cada uno de los participantes se realizó un previo entrenamiento en el manejo de las pruebas. Antes de realizar la evaluación, se le solicitaba a cada sujeto su consentimiento informado. Otras de las variables que se controlaron a parte de la condición física y fisiológica del sujeto, fueron el tiempo (se aplicaron los instrumentos cuando los sujetos tenían por lo menos 2 horas para ello), la motivación (se mencionó a los sujetos que la participación era completamente voluntaria) y las características del ambiente. Al respecto de este último, el proceso de evaluación fue realizado en un consultorio donde solamente estaban el evaluador y el paciente, controlando así la confidencialidad. El lugar estaba dotado de iluminación adecuada y a temperatura ambiente. Así mismo, se garantizó que el paciente tuviera un lugar cómodo (sillas adecuadas) para poder diligenciar los dos instrumentos y responder a la entrevista. Así mismo, se controló el nivel de ruido ambiental, organizando las sesiones de manera tal que no hubiese interferencia durante las mismas.

La siguiente fase de esta investigación tuvo como objetivos organizar y analizar los datos obtenidos a partir de la evaluación. Para ello, se hizo uso del paquete estadístico sistematizado SPSS, por medio del cual se realizó el análisis estadístico con base en pruebas de estadística no paramétrica.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada. En primera instancia, se presenta un análisis descriptivo de los hallazgos obtenidos a partir de la aplicación de la entrevista y de las dos pruebas psicométricas utilizadas; este fue realizado con base en la muestra total de 75 sujetos. En un segundo momento, se presenta el análisis de las correlaciones realizadas pero ya no para la totalidad de la población sino para la muestra de sujetos con intención e ideación suicida. Es importante mencionar que al aplicar el instrumento SSI, se encontró que no había ideación ni intención suicida.

Tabla 1: Descripción de las variables sociodemográficas de la muestra: género, orientación, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico

Variables		Número de sujetos	Proporción (%)
Género	Masculino	56	74.6%
	Femenino	43	57.3
	Homosexuales	21	28%
Orientación sexual	Heterosexuales	43	57.3%
	Bisexuales	11	14.7%
	Soltero	40	53.3%
	Casado	16	21.3%
Estado civil	Unión libre	11	14.6%
	Separado	7	9.3%
	Viudo	1	1.3%
Nivel educativo	Desescolarizado	1	1.3%
	Primaria	16	21.3%
	Bachillerato	37	49.3%
	Universitario	14	18.6%

Tabla 2: Descripción de la proporción de sujetos de la muestra según la fase de la enfermedad y el tiempo de evolución promedio de la infección.

Variable	Número de sujetos	Proporción (%)
Fase de la enfermedad		
Inicial	17	22.6%
Crónica intermedia	0	0%
Crisis final	58	77.3%
Tiempo de evolución		
	Promedio	3.53 años

Tal y como puede observarse en la tabla 1, en la investigación participó un total de 75 sujetos convivientes con el VIH, de los cuales 56 (74.6%) eran de género masculino y 19 (25.4%) de género femenino, aclarando que de la muestra, 43 personas (57.3%) afirmaron ser heterosexuales, mientras 21 (28%) se declararon homosexuales y 11 (14.7%) bisexuales. Así mismo, se puede observar que el

53.3% (40 sujetos) son solteros, y un sujeto (1.3%) es viudo. En lo que respecta al nivel educativo, un sujeto (1.3%) está desescolarizado, el 21.3% (16 sujetos) tienen primaria y el 18.6% (14 sujetos) son universitarios.

Tal y como puede observarse en la tabla 2, en lo relacionado con la fase de la enfermedad, el 22.6% (17 sujetos) estaba en fase inicial, el 77.3% (58 sujetos) están en fase de crisis final y ningún sujeto se encontraba en fase crónica intermedia. Con respecto al tiempo de

evolución de la infección por VIH, se encontró que el promedio de evolución fue de 3.53 años.

Tal y como puede observarse en la tabla 3, el 38.6% (29 sujetos) tiene o tuvo ideación suicida contra un 61.3% (46 sujetos) que no la tiene o no la tuvo. Así mismo, un 13.3% (10 sujetos) tiene o tuvo intención suicida frente a un 86.6% (65 sujetos) que no la tiene o no la tuvo. En relación con los resultados arrojados en la SSI, esta indicó que ningún sujeto, tiene ideación suicida.

Tal y como puede observarse en la tabla 4, de acuerdo con los resultados obtenidos por los sujetos en el BDI, 28% (21 Sujetos) presentaba depresión leve, 10.6% (8 sujetos) depresión moderada, 13.3% (10 Sujetos) depresión grave y 48% (36 sujetos) un nivel normal de depresión.

Se presenta la correlación entre los mismos. Estas correlaciones se establecen solamente para los casos

Tabla 3: Proporción de sujetos con ideación e intención suicida de acuerdo con los resultados obtenidos en la entrevista y de acuerdo con los resultados obtenidos en la SSI

Variable		Número de sujetos	Proporción (%)
Intención suicida según la entrevista	Sí	10	13.3%
	No	65	86.6%
Ideación suicida según la entrevista	Sí	29	38.6%
	No	46	61.3%
Ideación suicida según resultados de la SSI	Sí	0	0%
	No	0	0%

Tabla 4: Niveles de depresión en la muestra de acuerdo con los resultados del BDI

Nivel de depresión	Número de sujetos	Proporción (%)
Normal (ausente)	36	48%
Leve	21	28%
Moderada	8	10.6%
Severa	10	13.3%
Total de sujetos	75	

en los que hay intención e ideación suicida; la correlación fue hecho en el programa estadístico SPSS y se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson. Se puede observar la correlación entre los resultados obtenidos en la entrevista. Es importante mencionar que de los 75 sujetos solo 29 presentaron ideación suicida y 10 intención, y que al aplicar la escala SSI todos los sujetos puntuaron 0; por tal razón, la entrevista se hizo necesaria para correlacionar los resultados.

Respecto a la correlación entre la afirmación de tener actualmente intención suicida (en la entrevista) y los resultados en la escala de ideación suicida (SSI) se encontró que ningún sujeto presentó en los resultados del SSI intención suicida mientras que en la entrevista 10 sujetos dijeron que sí, teniendo en cuenta que 8 sujetos tuvieron la intención suicida antes del diagnóstico y 2 sujetos después del diagnóstico.

Respecto a la correlación existente entre los sujetos que manifestaron en la entrevista tener intención suicida actualmente, y el reporte de estar deprimido según el BDI, se encontró que de los 10 sujetos con intención suicida, 5 tienen depresión severa, ninguno moderada, 2 sujetos depresión leve y 3 sujetos depresión normal.

De acuerdo a la correlación entre si los sujetos que manifestaron tener ideación suicida en la entrevista, están deprimidos según el BDI, se encontró que de los 29 sujetos que puntuaron tener ideación suicida,

22 tienen depresión (4 tienen depresión severa y 18 moderada).

De acuerdo con la correlación entre los sujetos que puntuaron con algún grado de depresión en el BDI y la manifestación de tener un estado de ánimo bueno, regular o malo en la entrevista se encontró que de los 15 sujetos que presentaron un estado de ánimo bueno, 13 presentaron depresión normal en el BDI. De los 12 sujetos que presentaron un estado de ánimo regular, 10 presentaron depresión leve y 4 depresión moderada en el BDI y de los 10 sujetos que presentaron un estado de ánimo malo los mismos 12 presentaron depresión severa en el BDI. Estos resultados es la comparación de los mismos sujetos en el Beck y en la entrevista.

Respecto a la relación existente entre la ideación suicida en la entrevista y el área familiar y de soporte social evaluadas en ésta, se encontró que de los 29 sujetos que según la entrevista tienen ideación suicida, 13 tienen pareja estable, 8 sujetos califican como buena su relación actual con su pareja, 4 sujetos como regular y el 1 sujeto como mala.

La relación existente entre la ideación suicida en la entrevista y el área laboral evaluadas en la entrevista se encontró que de los 29 sujetos con ideación, 21 trabajan y sus compañeros no saben de su diagnóstico, 8 consideran que desde que está enfermo tiene o ha tenido menos oportunidades de trabajo que antes de estarlo, mencionando que 12 de éstos reportan que des-

de que supieron de su enfermedad han recibido orden del médico de no trabajar durante un tiempo definido. Es importante resaltar de nuevo que en el SSI, ningún sujeto puntuó ideación suicida, es decir en el instrumento todos salieron con resultado 0.

Sobre la correlación que existe entre la ideación suicida en la entrevista y el área sexual evaluada en la entrevista se encontró que de los 29 sujetos, 21 desconoce si las personas con quienes mantiene contacto sexual actualmente están infectadas, 18 reporta que utiliza protección siempre durante sus relaciones sexuales, 5 sujetos que no lo hace y 6 sujetos que a veces lo hace.

Respecto a la relación existente entre la ideación suicida entre la entrevista y otros aspectos evaluados en la entrevista se encontró que 19 sujetos considera que las personas tienen miedo de acercarse a una persona con VIH/SIDA y que las razones más comunes

para ello son: por infectase (5 sujetos), por falta de educación e ignorancia (8 sujetos) y otros (6 sujetos), 26 sujetos se siente o se ha sentido criticado alguna vez por las personas, por tener esta enfermedad, y 21 sujetos siente que en alguna ocasión lo han tratado con desprecio por tener VIH/SIDA, para aquellos que han sido criticados, 26 sujetos considera que esto lo ha afectado porque: las personas no saben como tratar a una persona conviviente con VIH (12 sujetos), considera que la mayoría cree que esta enfermedad es solo para homosexuales (14 sujetos), 5 sujetos sienten que alguna vez trató con desprecio a personas enfermas antes de saber que tenía el VIH/SIDA y así mismo. 18 sujetos sienten que en alguna oportunidad ha recibido malos tratos de parte de los profesionales de la salud cuando conocen su diagnóstico

De acuerdo con las respuestas más representativas de los sujetos, lo más difícil de estar infectados por el VIH ha sido: tomar antirretrovirales (12 sujetos), la comorbilidad física (5 sujetos), el no poder trabajar (9 sujetos), el estar en la fundación (20 sujetos), no poder tener relaciones afectivas a largo plazo (5 sujetos).

DISCUSIÓN

Al analizar específicamente el logro de los objetivos planteados en esta investigación se encuentra, en primer lugar, una tendencia respecto al perfil del paciente conviviente con el VIH con ideaciones e intenciones suicidas que tienden a pertenecer a ciudades grandes como Bogotá, Medellín y Cali. Además, se presenta

una tendencia de estos sujetos a ser de sexo masculino, indicando una mayor probabilidad de encontrar intención y/o ideación suicida. En cuanto al nivel educativo las personas con ideación suicida tenían bachillerato completo mientras que las personas con intención suicida solo habían hecho hasta primaria. Se encontró de igual manera que los sujetos que presentaban ideaciones e intenciones suicidas eran solteros y se encontraban en fase o crisis final SIDA. Dentro de este perfil se encontró que la mayoría de las personas con ideación e intención suicida pertenecen al régimen subsidiado y a un nivel socioeconómico entre bajo (1) y medio (3).

García y Luke (1995) mencionan que la población más susceptible a la adquisición del virus (VIH) es aquella en la que dentro de su comportamiento sexual están las relaciones homosexuales, contrario a este planteamiento la mayor proporción de la muestra con diagnóstico VIH positivo y/o SIDA fue la población heterosexual, seguida por la homosexual y la bisexual. Es relevante identificar que del total de la muestra (75 sujetos) 43 personas reportaron ser heterosexuales en oposición a 21 personas que reportaron una orientación homosexual, razón por la cual no se podría afirmar que el ser heterosexual es una característica de las personas con VIH/SIDA e ideaciones e intentos suicidas.

Se encuentra que la depresión de acuerdo al BDI es en su mayoría "normal". No se encuentra relación entre el grupo de apoyo primario y su comportamiento respecto al paciente con las intenciones e ideaciones suicidas de éstos. Ahora, surge la pregunta ¿Qué tan relevante resulta para estos pacientes su grupo de apoyo primario? Los resultados obtenidos en la entrevista indican que la mayoría de los pacientes cuentan con el apoyo interdisciplinario de una fundación, con lo cual se fortalece su red de apoyo incluso relevando el papel de su núcleo familiar, probablemente si estos pacientes no contaran con estas organizaciones la red de apoyo primario sería un factor fundamental relacionado con las intenciones e ideaciones suicidas.

Se debe tener en cuenta que este perfil se encuentra limitado, ya que solo diez sujetos del total de la muestra (75 sujetos) presentaron intenciones suicidas.

Es importante mencionar que la aplicación de los instrumentos tuvo una duración de cuarenta y cinco minutos (45) aproximadamente, claro está que el tiempo variaba de acuerdo al estado físico y emocional del paciente. Como mencionaron Fernández y Martínez (1992), del 30 al 40 % de los pacientes con VIH/SIDA

pueden presentar manifestaciones neuropsicológicas, debido a la infección directa por el virus o como complicación de las neoplasias y/o infecciones oportunistas las cuales alteran la función cerebral. Dentro de las manifestaciones psiconeurológicas que se encontraron en los pacientes se mencionan demencia asociada al VIH, afasia, ataxia, cefalea, trastornos cognoscitivos como dificultad de concentración y pérdida de memoria, también presentaban letargo, debilidad muscular, mialgias, temblor de las manos, debilidad de las piernas. También se encontraron dentro de las alteraciones del comportamiento aislamiento social, apatía, trastornos afectivos y depresión; esto se identificó por medio de las historias clínicas de los pacientes, y en algunos casos se pudo validar por observación directa.

Al analizar los resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se encontró que algunos pacientes puntuaron alto en los ítems 15, 16, 17, 18, 19 y 20, es importante señalar que algunos de los pacientes se encontraban en fase terminal o SIDA, es decir no se encontraban trabajando, ni realizando ninguna actividad, se despertaban varias horas antes de lo habitual, algunos padecían de insomnio, se encontraban demasiado cansados por los medicamentos (ATRV) que estaban tomando, habían perdido el apetito, tenían vómito, y habían perdido peso, además se encontraban preocupados por sus problemas físicos y en algunos casos de salud. Así que aunque el diligenciamiento de los instrumentos y el tiempo de entrevista se constituyeron en una oportunidad para la distracción y la modificación de la rutina diaria, también es necesario contemplar que en estas personas podría haber coexistido un trastorno afectivo que posiblemente estuviera enmascarado por los síntomas previamente mencionados. De hecho, pudo haber sucedido lo mismo con algunas personas recién diagnosticadas que ya estaban presentando síntomas de la fase C (fase SIDA), es decir habían perdido peso durante los últimos dos meses de forma significativa y les resultaba su aspecto físico poco agradable para las demás personas.

Se encontró en esta investigación que dentro de las 10 personas con ideación suicida sólo una era mujer mientras que los nueve restantes eran hombres, según el reporte de Medicina Legal (2003), durante el 2002 perdieron la vida en Colombia 2.045 suicidas, resaltando que el 77% de las víctimas eran hombres; se señala que en los hombres, el incremento de la edad aumenta la probabilidad de cometer suicidio. En las mujeres, el registro máximo está por encima de los 55 años y en

los hombres la incidencia más alta se ubica por encima de los 65 años.

Durante la aplicación de los instrumentos empezó a hacerse evidente que la hipótesis de investigación sería rechazada, contrario a lo que se había planteado inicialmente. Se esperaba obtener como resultado que la mayoría de las personas entrevistadas y evaluadas tuvieran una mayor intención suicida y depresión al tener la enfermedad, contrario a lo esperado se encontró que de alguna manera se ha tenido ideación suicida pero por otros factores externos a la adquisición del VIH. No obstante, está claro que la muestra es poco representativa y que es necesario ampliar la población en futuras investigaciones. De hecho, sería de un valor significativo para la psicología del paciente crónico realizar un estudio de tipo longitudinal que permitiera observar los cambios que pueden tener lugar con respecto a la ideación y a la intención suicida durante la evolución de la enfermedad, fortaleciendo de esta manera la prevención del suicidio, así como identificando tempranamente los posibles casos que se pudieran presentar.

Como fue mencionado por Velandia (1999), la actitud y la percepción de las personas que se enfrentan a un diagnóstico reactivo se relacionan con la incertidumbre ante la expectativa de vida o el trabajo, la misma enfermedad, la vinculación afectiva con la familia y la pareja. Otro tipo de reacciones pueden referirse al tratamiento o a las reacciones sociales generalmente, el impacto se presenta en el momento de recibir el diagnóstico, e incluso previamente, es decir en la asesoría Pre-prueba. Según la literatura y la experiencia empírica, este momento se caracteriza por un estado de confusión y desconcierto, acompañado de reacciones emocionales de variada intensidad. Existe gran dificultad para comprender la realidad que se afronta y sus repercusiones, llegando incluso a negarlas. En esta fase se empieza a ver el mundo desde otra perspectiva, las personas experimentan sentimientos de anulación, ira, depresión, sentimientos de culpa, ansiedad, temor y un tipo de ideación suicida como lo mencionaron Clemente y González (1996). Sin embargo, no necesariamente a toda ideación suicida subyace una intención de morir, aunque dependiendo del grado de estructuración que de esta idea tenga el sujeto, se aumenta la posibilidad del riesgo de cometer el suicidio; en este último aspecto, la ideación suicida hará las veces de referente para construir el concepto intento de suicidio, en tanto que este último ya se entiende como la realización de una intención suicida.

Según Belkin et al. (1989) la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general; contrario a lo que dicen estos autores y como se observó en los resultados dentro de la población escogida la ideación aparece en ciertas circunstancias y dependiendo de los estilos de afrontamiento de cada persona más no es un síntoma que prevalece y reincidente en este tipo de población.

De todas maneras, la literatura ha planteado que un importante porcentaje de estas personas piensan en suicidarse o lo intentan. El estudio (aunque por supuesto se tiene claro que los datos no pueden ser generalizados por el tamaño de la muestra), muestran lo contrario. Esto quiere decir que es inminente ampliar la muestra para corroborar este hallazgo y tener particularmente en cuenta la fase de la enfermedad, pues como bien se ha establecido en la literatura, es durante el impacto diagnóstico que tanto la intención como la ideación suicida se presentan.

Se encontró que la ideación suicida es una manifestación para los pacientes cuando desean tener el control sobre su vida, frente a la desinformación y el desconocimiento de la evolución. Es importante mencionar que la de ideación suicida se presenta tras el diagnóstico de la enfermedad, cuando se presentan cambios de tratamiento por la poca eficacia de éstos, por la progresión de la enfermedad y cuando se presentan síntomas que se perciben intolerables. Crespo, Vicente, Ochoa y Morales (1992) manifiestan que el riesgo suicida parece estar incrementado además en el período que sigue inmediatamente después de la notificación de la infección, lo que confirma la importancia de las estrategias de prevención en el momento de dicha notificación; por lo anterior se indica que no se ha podido comprobar con antecedentes empíricos cuál es la etapa de la enfermedad más exactamente que conlleva a la ideación suicida.

En cuanto a las limitaciones del estudio, hay que reiterar que el tamaño de la muestra es muy pequeño para generalizar los resultados pero así mismo, que la ausencia de conciencia relacionada con la importancia de la investigación en Colombia, hace que sea francamente difícil acceder a grandes poblaciones. En segundo lugar, hay que anotar que con respecto a la Escala de Ideación Suicida de Beck, utilizada como parte de

la investigación para evaluar e identificar ideación suicida, arrojó que no la había. Por lo tanto, es importante mencionar que este resultado puede deberse a diversas razones. En primer lugar, puede que no sea comprensible para los sujetos; en segundo lugar, puede que realmente no sea el instrumento más adecuado para la población pese a las demostraciones de efectividad del instrumento que se tienen empíricamente. Es una limitación también de este estudio que no se considerara al BDI como instrumento para discriminar el suicidio pues diversos estudios lo han utilizado para tal fin y posiblemente si se hubiera analizado aquí para ello, se hubiera verificado si era congruente la existencia de ideación e intención suicida en este y en la entrevista y la SSI.

Es necesario realizar investigaciones que permitan identificar otros factores de riesgo a nivel de la intención y la ideación suicida en estos pacientes. Especialmente, indagar con mayor profundidad aspectos relacionados con la discriminación y estigmatización pues resulta preocupante el hecho de que un porcentaje tan significativo de pacientes se haya sentido discriminado por los médicos cuando éstos se enteran del diagnóstico.

Una fortaleza relevante de este estudio es que es primero hecho en Colombia y que vale el esfuerzo de continuarlo e incluso, de hacer comparaciones con otras enfermedades crónicas como el cáncer por ejemplo.

Según la OMS (2004), el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. De igual manera se deja como reflexión, si el suicidio más que una situación sin control por parte del sector salud, es una medida de control que toman los suicidas, ¿cómo se puede incrementar la percepción de control en pacientes cuya expectativa de vida es incierta, así como la predicción de sus estados?

Se quiere dejar como propuesta esta investigación para futuras investigaciones respecto a las problemáticas tomadas es importante resaltar que una de las dificultades que se tuvieron al realizar esta investigación fue la falta de soporte teórico y empírico respecto a la relación SIDA y suicidio, de igual manera es neces-

rio ampliar la población para tener más confiabilidad en la comprobación de las hipótesis, además como fue mencionado en la justificación al inicio de esta investigación profundizar en la temática del VIH/SIDA y suicidio en Colombia pues se encuentra escasa publicación nacional en éstas problemáticas, resaltando además la inconsistencia de las estadísticas sobre VIH/SIDA proporcionadas por el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, ONUSIDA y la sociedad de infectología Colombiana, siendo las diferencias de miles, o incluso tomando las cifras del Ministerio de Salud para Colombia en el 99, donde se estima una seroprevalencia del 1.1%, lo cual sería equivalente a 450.000 personas, contrastando con las 26.657 estimadas por el consenso VIH/SIDA 2002 se esta generando una “brecha” en las estimaciones de cientos de miles de personas conviviendo con el virus desde el primer caso reportado en el país.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000) *DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA
- Asociación Colombiana de Infectología (2002). *Consenso VIH/SIDA Colombia*. Bogotá: Sussmann.
- Atkinson, Hampton, Gutierrez, Rosben, Grant, Igor, Pace, Brown, Weinrich, y McCutchan (1990) *Suicide ideation and attempts in HIV illness*. Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, California, p. 182.
- Ayuso Mateos, J. L. (1997). *Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: Mc Graw Hill
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Madrid: Martínez Roca
- Beck, A. T., kovacs, M. y Weissma, A. (1979). *Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47:343-352
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Belkin, G., Fleishman, J., Stein, M., y cols. (1992). Physical symptoms and depressive symptoms among individuals with HIV infection. *Psychosomatics*, 33, 416-427.
- Breitbart, W. (1987) Suicide in cancer patients. *Oncology*; 1:49-53.
- Breitbart W. Cancer pain and suicide. In: Foley K, Bonica JJ, Ventafridda V, eds. *Advances in pain research and therapy*, vol 16. New York: Raven Press, 1990: 399-412.
- Carballo, M. (1990), Psychosocial aspects of AIDS: Policy implications. *AIDS*, 4, 529-533.
- Cote, T., Biggar, R., y Dannenberg, A. (1992) *Risk of suicide among persons with AIDS*. A national assessment. *JAMA*, 26,: 2.066-2.068
- Crespo, M., Ochoa, E., y Morales, M. (1992) *Hallazgos en pacientes con infección por IHV en psiquiatría de enlaces*. Madrid.
- Chandra, P.S., Desai, G., y Ranjan, S. (2005). HIV & psychiatric disorders. *Indian Journal of Medical Research*, 121, 451- 467
- Fernández, A. y Martínez, G. (1992). *Manifestaciones psicoafectivas y sociales de los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Bogotá
- Gala, C., Pergami, A., Catalan, J., et al. (1992). Risk of deliberate self harm and factors associated with suicidal behavior among asymptomatic individuals with human immunodeficiency virus infection. *Acta Psychiatr Scand*, 86,: 70-75.
- García Camba, E. (1998). *Psiquiatría y Sida*. Barcelona: Masson
- García, R. y Luke, R. (1995). *Manejo de enfermedades de Transmisión sexual*. Ministerio de Salud. Bogotá.
- Glor, J.E., y Smith, C.L. (2005). HIV and Adherence Pharmaceutical Executive. *Eugene*, 25, 106-108
- Haller, D.L., y Miles, D.R. (2003). Suicidal Ideation among Psychiatric Patients with HIV: Psychiatric Morbidity and quality of life. *AIDS and Behavior*; 7, 2, 101.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1996). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hughes, D. y Kleepies, P. (2001). Suicide in the medically ill. *Suicide Life Threat Behavior*; 48-60.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. CRNV. Hernández H. (2002). Forenses, Datos para la Vida. *Los suicidios en Colombia 2002*. Bogotá.
- Maris, R. W. Overview of the Study of Suicide assessment and prediction en Maris, R. W., Berman, A. L., Maltsberg, J. T., Yufit, R. I. (1992). *Assessment And Prediction of Suicide*. New York: The Guilford Press. 3-23
- McKegney, F.P., y O´Dowd, M.A. (1992). Suicidality in HIV status. *American Journal Psychiatry*. 1992; 149: 396-398.

- MINISTERIO DE SALUD. (1998). *Programa de Prevención y Control de las ITS/SIDA. Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Colombia*. Bogotá.
- O'Dowd, M.A., Biederman, D.J. y McKegney, F.P. (1993). Incidence of suicidality in AIDS in HIV positive patient attending a psychiatry outpatient program. *Psychosomatics*, 34, 33-40.
- Organización Mundial de Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA, MINISTERIO DE SALUD. (1999). *Infección por VIH y SIDA en Colombia: Aspectos Fundamentales, Respuesta Nacional y Situación Actual*. Bogotá.
- ONUSIDA. (2001). *Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA*. Bogotá: OMS
- Paul, J., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., et al (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedent. *American Journal of Public Health*, 92, 8.
- Pompeo, M.D. (1994). *A comparison of suicidality between male homosexual and male heterosexual street youth in Los Angeles*. M.S.W. Thesis, California State University, Long Beach, MAI 30, p. 98, 70
- Plott, R., Benton, S., y Winslade, W. (1989) Suicide of AIDS patients in America: a preliminary report, *Medicine*, 85, 40-43.
- Rundell, J.R., Kyle, K.M., Brown, G.R. et al. (1992). Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screen program. *Psychosomatics*, 33, 24-27.
- Schneider, S. G. (1989). *Suicidal ideation in gay and bisexual men as predicted by AIDS-related life stressors, social support and pre-existing chronic depression*. PH.D. Thesis, University of California, Los Angeles, DAI, 50; 3713
- Schoenfeld, E. M. (1991). *Suicidal ideation and behavior across the human immunodeficiency virus disease spectrum*. PH.D Thesis, California School of Professional Psychology, DAI, Vol. 52-09B, p. 4985, 101 pages. Publication No. 9132151
- Velandia, M. (1999). *Alternativa vital: Manual de consejería pre y post prueba en VIH y en SIDA*. Bogotá: Fundación apoyémonos.
- Velásquez G. y Gómez R. (1996) SIDA, enfoque integral. Corporación para las Investigaciones Biológicas (CIB), Medellín.

