

Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín, Colombia

Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015

Depression and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindio, Colombia, 2015

Deisy Viviana Cardona-Duque^I, Óscar Adolfo Medina-Pérez^{II}, Sandra Milena Herrera Castaño^{III} y Paula Andrea Orozco Gómez^{IV}

^IPsicóloga Especialista. Docente. Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín, extensión Armenia, Armenia, Colombia. deisy.cardona@tau.usbmed.edu.co

^{II}Licenciado en Filosofía y Letras, Especialista. Docente Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Medellín, Colombia. oscar.medina@unad.edu.co

^{III}Psicóloga. Especialista. Hospital Departamental Universitario del Quindío "San Juan de Dios", Armenia, Colombia. sandrismherrera@gmail.com

^{IV}Terapeuta Respiratoria. Hospital Departamental Universitario del Quindío "San Juan de Dios", Armenia, Colombia. docencia@hospitalquindio.gov.co

RESUMEN

Introducción: La Terapia Antirretroviral ha sido una repuesta efectiva ante la infección por VIH; sin embargo, al ser esta una enfermedad crónica algunas variables psicológicas pueden interferir en la adaptación al tratamiento y calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Identificar indicadores de depresión y factores asociados en un grupo de personas viviendo con VIH/sida en Quindío, Colombia.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal en un grupo de 70 adultos diagnosticados con VIH que se encontraban en tratamiento antirretroviral en Quindío-Colombia. La información se obtuvo a través de los cuestionarios de depresión y ansiedad de Beck, el cuestionario MOS de apoyo social y una encuesta sobre información sociodemográfica, aspectos familiares y de salud.

Resultados: El promedio de edad se ubicó en 38,2 años (DE 12,6), 64,5% fueron

hombres, 44,9% eran solteros, 30% puntuó niveles moderados o graves de depresión. El tener relación de pareja actuó como factor protector de la depresión: por cada paciente con relación de pareja y niveles moderados o graves de depresión, había 6 separados o viudos ($P = 0,006$; $RP = 5,769$; $IC\ 95\%: 1,349 - 24,674$). Tener niveles altos o moderados de ansiedad estuvo asociado con la depresión ($P = 0,004$; $RP = 2,750$; $IC\ 95\% 1,391 - 5,436$).

Conclusiones: La depresión puede afectar con frecuencia a las personas que viven con VIH y los altos niveles de ansiedad se asocian a ella. Contar con una relación de pareja podría favorecer el estado de ánimo en estos pacientes, probablemente porque es fuente de apoyo social.

Palabras clave: Ajuste emocional, ansiedad, apoyo social, depresión, terapia antirretroviral altamente activa, VIH.

ABSTRACT

Introduction: Antiretroviral Therapy has been an effective response to HIV infection, however, some psychological variables can interfere with adaptation to treatment and quality of life of patients because this is a chronic disease.

Objective: To identify indicators of depression and associated factors in a group of people living with HIV / AIDS in Quindío, Colombia.

Material and Methods: A cross-sectional study was performed in a group of 70 adults diagnosed with HIV were receiving antiretroviral treatment in Quindío, Colombia. The information was obtained through questionnaires Beck's depression and anxiety, the questionnaire MOS social support and a survey on socio-demographic information, family and health aspects.

Results: The average age stood at 38,2 years old; (DE 12,6) 64.5% were men, 44,9% were single, 30% scored moderate or severe levels of depression. Having relationship acted as a protective factor of depression: for each patient relationship and moderate or severe levels of depression, there were 6 separated or widowed ($P = 0,006$; $RP = 5,769$; $IC\ 95\%: 1,349 - 24,674$). High or moderate levels of anxiety were associated with depression ($P = 0,004$; $RP = 2,750$; $IC\ 95\% 1,391 - 5,436$).

Conclusions: Depression can affect often people living with HIV and high levels of anxiety associated with it. Having a relationship could favor the mood in these patients, probably because it is a source of social support.

Keywords: Antiretroviral therapy, highly active; anxiety; depression; emotional adjustment; HIV; social support.

INTRODUCCIÓN

Actualmente una de las prioridades mundiales en salud pública es la atención y respuesta a la infección por VIH, condición que afecta la salud de millones de personas en el mundo y que demanda esfuerzos intersectoriales para ser abordada^{1,2} El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se caracteriza por afectar el sistema inmunológico, donde se hospeda, altera su función y genera déficit en su respuesta, de modo que el organismo no puede responder de manera adecuada ante los agentes patógenos que le amenacen. Esto genera un estado de desprotección, en el cual hay alto riesgo de enfermar y pueden aparecer las denominadas enfermedades o infecciones oportunistas, cuando este llega a su etapa más avanzada conlleva al

síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). Su transmisión puede darse principalmente a través de vía sexual (fluidos vaginales, anales o bucales), vía materno-filial (fluidos vaginales o leche materna) y por contacto con sangre infectada.³

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta afección se considera una epidemia mundial, por lo cual detener su curso ha sido incluido como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.^{4,5} Los indicadores actuales estiman a finales de 2014 había en el mundo cerca de 37 millones de personas viviendo con VIH/sida (PVVS), la incidencia para ese año fue de 2 millones de casos y hubo 1,2 millones de muertes relacionadas con sida.^{5,6} En 2015 se reportó una estimación de 36,7 millones.⁷

Ahora bien, en América Latina para finales de 2013 se estimaron 1,6 millones de PVVS, alrededor de 75% de ellos distribuidos en Brasil, México, Colombia y Venezuela; entre las muertes relacionadas con Sida, Colombia ocupó el segundo lugar (15%).⁸ Para junio de 2015, la cifra ascendió a 1,7 millones de PVVS y 87 000 nuevas infecciones, con una cobertura de tratamiento antirretroviral (TAR) de 47 % en adultos.⁶

En Colombia se notificaron 7 624 casos en 2012 y 8 208 casos en 2013. Para ese año la tasa de personas viviendo con VIH/Sida fue de 25,6 por cada cien mil hombres y de 9,4 por cada cien mil mujeres, afectada en mayor medida la población joven. En los últimos años, Quindío se ha ubicado dentro de los primeros departamentos colombianos con tasas más altas y mayores proporciones de incidencia de infección por VIH; la cobertura de TAR ha sido de 90% en esta región.^{9,10}

El TAR ha sido una respuesta efectiva ante el VIH. Se estima que 15,8 millones de personas se benefician de él actualmente, esto ha hecho que disminuyan las muertes relacionadas con Sida (en 24%) y las nuevas infecciones (en 35%) y se espera que en 2030 se eviten más de 20 millones de muertes y nuevos casos, promoviendo bienestar en las PVVS a través de este.¹ No obstante, existen variables de distinta naturaleza que pueden intervenir en este proceso, por lo que la adhesión a dicho tratamiento se constituye en una urgencia de salud pública. En este sentido, el abordaje del VIH requiere una perspectiva amplia, que incluya intervenciones dirigidas a aquellos factores psicológicos y sociales involucrados con su implementación, eficacia y efectividad. Esto, debido a que la infección por VIH tiene implicaciones importantes para la vida de las personas, pues adquiere el carácter de una enfermedad crónica,¹¹ presentándose como un estresor permanente que impacta el funcionamiento general del individuo y su contexto, exigiendo la adopción de nuevas conductas y hábitos, y un proceso de ajuste emocional y cognitivo que estaría mediando la puesta en marcha y mantenimiento de los comportamientos de adhesión al TAR y, por consiguiente, la calidad de vida de las PVVS.¹²⁻¹⁴

Los pacientes que presentan afectaciones crónicas en su salud pueden experimentar crisis al momento de recibir su diagnóstico y atraviesan un proceso de adaptación psicológica, que se espera les permita finalmente aceptar su nueva condición y realizar cambios duraderos en su vida.¹⁵ Además de ello, en las PVVS el estrés agudo experimentado ante la comunicación del diagnóstico puede influir en el funcionamiento inmunológico,¹⁶ a lo que se suma el hecho de enfrentarse a estresores particulares (sociales –como estigmatización–, económicos, físicos, psicológicos) que pueden afectar su salud.¹⁷⁻¹⁸

Aparecen entonces reacciones como la desorientación, ansiedad y síntomas depresivos, los cuales estarían relacionados con la percepción de control sobre la salud,¹⁹ la esperanza de vida, los síntomas experimentados e incluso con las implicaciones físicas, psicológicas y sociales del tratamiento.^{19,20}

De acuerdo con Ballester, el perfil psicológico de las PVVS se caracteriza por experimentar mayor ansiedad y depresión y menor autoestima que otros pacientes. Distintos investigadores han identificado presencia de ira, irritabilidad, preocupación, negación, miedo, reacciones somáticas, problemas de sueño y estados emocionales negativos en estas personas, que pueden interpretarse como estrés agudo. Los síntomas de ansiedad y depresión se han reportado con mayor frecuencia.^{12,17} Esta última se ha descrito como uno de los principales problemas comórbidos a la infección por VIH (entre 2 y 4 veces más que en población general) con una prevalencia entre el 20 y 79%.²¹ En Colombia se ha identificado que los altos niveles de ansiedad y depresión en estos pacientes, correlacionan negativamente con la percepción de control.²² Asimismo, se ha reportado su asociación con el tipo de estrategias de afrontamiento que utilicen los sujetos.²³

Este tipo de estudios adquiere relevancia en la medida que permite comprender el papel fundamental desempeñado por variables psicológicas, en este caso particular la depresión, en el deterioro de la calidad de vida de las PVVS, la mayor progresión de la infección y la baja adhesión al TAR.²¹ Se ha estimado que los pacientes con VIH y depresión presentan mayor probabilidad de ser no-adherentes frente a quienes reportan depresión leve o mínima.¹⁸ Esta variable se ha relacionado con mayores consultas en el sistema de salud, consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo en esta población.¹⁹ Sumado a ello, la interacción entre los estados emocionales negativos y el funcionamiento del sistema inmune es otro factor clave que sustenta la pertinencia de la evaluación del estado de ánimo en estas personas, la depresión, ansiedad y afrontamiento disfuncional han sido asociados con la evolución de la infección y menor recuento de linfocitos,¹⁶ pero los pacientes que presentan mejor ajuste psicológico pueden tolerar mejor el TAR y percibir mayor bienestar.^{24,25}

En este orden de ideas, se hace necesario realizar estudios que permitan conocer las características psicológicas de las PVVS, para que la respuesta al VIH pueda ser enfocada de manera integral, ya que dicha condición conlleva múltiples reacciones en el ser humano.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es identificar indicadores de depresión y factores asociados en un grupo de personas viviendo con VIH/sida en Quindío, Colombia, en el año 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional-analítico de corte transversal, en una institución de salud en Quindío, Colombia durante 2015.

Se contó con la participación voluntaria de 70 adultos con diagnóstico de VIH, usuarios de la institución. Estos fueron seleccionados a través de un muestreo intencional donde se establecieron como criterios de inclusión: tener la mayoría de edad, encontrarse en tratamiento antirretroviral y aceptar voluntariamente la participación. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con un estado de salud crítico que no les permitiese comprender el instrumento u otorgar el consentimiento, tener menos de un mes de iniciado el tratamiento y no querer ser parte del estudio.

La recolección de la información se realizó en 2015.

La principal variable de estudio fue depresión, y como factores asociados se analizaron las variables: ideación suicida, percepción de apoyo social, ansiedad, características sociodemográficas y aspectos referidos al diagnóstico y atención psicológica.

En el proceso de evaluación se utilizaron diferentes instrumentos. En primer lugar, una encuesta sobre información sociodemográfica, en la cual se preguntó el sexo, estrato socioeconómico (tomando la etiqueta 0, 1 y 2 que incluye habitantes de calle y estratos bajos, y la 3, 4 y 5 que cubre estratos medios y altos), religión, escolaridad y estado civil. Igualmente se indagó la percepción de apoyo familiar, atención psicológica y aspectos de salud (tiempo del diagnóstico de VIH, consumo de sustancias).

Se utilizó además el Inventario de Depresión de Beck, el cual evalúa la presencia de síntomas depresivos y su severidad, a través de afirmaciones que elige el sujeto (con puntuaciones entre 0 y 3), en las cuales se pregunta por indicadores cognitivos y somáticos referidos a la depresión y cuya sumatoria permite obtener un puntaje entre 0 y 63; los puntos de corte para definir la intensidad de los síntomas son: de 0-9 puntos, depresión ausente; de 10-18 leve; de 19-29 moderada y de 30 en adelante, grave.²⁶⁻²⁷ Dentro de este instrumento, el ítem 9 refiere la ideación suicida, por su importancia como indicador de salud mental, en este estudio se reportan las respuestas de los pacientes a dicho ítem, siguiendo las puntuaciones estándares del test 0,1, 2, 3, tomando 0 y 1 como ideación suicida ausente/leve y 2 y 3 como moderada/grave.

Para identificar síntomas de ansiedad fue aplicado el Inventario de Ansiedad de Beck, conformado por 21 afirmaciones que indican factores subjetivos y neurofisiológicos de esta variable, con opciones de respuesta que van de 0-3 (en absoluto; levemente, no me molesta mucho; moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo; severamente, casi no podía soportarlo). Los rangos de interpretación sugeridos en la adaptación española indican ansiedad mínima, de 0-7; leve, de 8-15; moderada, de 16-25 y grave, de 26-63.²⁸

La percepción de apoyo social, se identificó por medio del cuestionario del Estudio de Desenlaces Médicos –MOS– de apoyo social, que fue creado por Sherbourne y Stewart (1991) y validado en Colombia.²⁹ En este se indica el tamaño de la red social (apoyo estructural) y el apoyo funcional (percepción de apoyo emocional/informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva), a través de 1 pregunta abierta sobre el número de amigos y familiares cercanos, y 19 preguntas con opciones de respuesta entre 1 y 5 puntos (nunca/pocas veces/algunas veces/la mayoría de las veces/siempre), para una sumatoria total que puede ir de 19-95 puntos.

Se contó con revisión y aval de Comité de Bioética. El proceso de aplicación se llevó a cabo a través de entrevista individual y utilizando consentimiento informado por escrito, en el cual se explicaron los objetivos y procedimientos del estudio, el carácter voluntario de la participación, la confidencialidad del proceso, la no remuneración y el derecho a retiro en cualquier momento; se realizó devolución de resultados a cada paciente, a la institución se presentó informe general. Se remitieron con especialistas y/o centros de atención pertinentes, los casos que reportaron indicadores de depresión y ansiedad graves o ideación suicida presente.

Se utilizó Epidat versión 3,1 para el análisis estadístico. En el análisis univariado se calcularon frecuencias absolutas y relativas para el caso de las variables cualitativas. En el caso de las cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central, de dispersión y de posición. Para realizar los análisis bivariados, se calcularon razones de prevalencia (RP) para identificar asociación estadística, tomando un nivel de significancia para valores $p < 0,05$. Las variables depresión y ansiedad se dicotomizaron al momento de ser analizadas, como depresión ausente/leve y moderada/grave, ansiedad mínima/leve y moderada/grave. En el test de apoyo social se asumieron como altas las puntuaciones del último cuartil, y bajas, aquellas ubicadas en los tres primeros cuartiles.

RESULTADOS

En total 70 personas contestaron la encuesta, con edades entre 18 y 66 años; se ubicó el promedio en 38,2 años (DE 12,6). El 50% de los pacientes tenía 38 años o menos; 25% presentaba una edad máxima de 28 años, y 75% reportó una edad menor a 47 años.

La mayoría de los participantes fueron hombres (64,5%). Se encontraron mayores proporciones en aquellos que pertenecen a los estratos 0, 1 y 2 (82,3%), quienes profesan el catolicismo o protestantismo (82,9%), aquellos que tienen como máximo estudios secundarios (43,9%), los solteros (44,9%), quienes tenían 2 años o menos de haber sido diagnosticados (38,2%), aquellos que muchas veces o siempre se sienten apoyados y comprendidos por sus familiares (71,4%). Todos afirmaron acudir periódicamente al psicólogo y 30% afirmó consumir sustancias actualmente. (Tabla 1)

En relación con la variable depresión, 30% de los participantes reportó niveles moderados o graves de síntomas y en el ítem correspondiente a ideación suicida, se identificaron niveles ausentes o leves en 95,7% de ellos. Alrededor de 74% presenta niveles mínimos o leves de ansiedad y baja percepción de apoyo social. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según variables sociodemográficas, psicológicas y de salud

Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estrato						
0,1,2	31	77,5	20	90,9	51	82,3
3,4,5	9	22,5	2	9,1	11	17,7
Religión						

Profesa (Catolicismo, protestantismo)	36	81,8	22	84,6	58	82,9
No profesora/otro	8	18,2	4	15,4	12	17,1
Escolaridad						
Máximo hasta 5° primaria	14	35,0	11	42,3	25	37,9
Estudios secundarios	17	42,5	12	46,2	29	43,9
Estudios técnicos o profesionales	9	22,5	3	11,5	12	18,2
Estado civil						
Casado, unión libre, relación actual	14	31,8	11	44,0	25	36,2
Soltero	23	52,3	8	32,0	31	44,9
Separado/viudo	7	15,9	6	24,0	13	18,8
Tiempo del Diagnóstico de VIH						
2 años o menos	19	44,2	7	28,0	26	38,2
3-5 años	8	18,6	3	12,0	11	16,2
6-10 años	9	20,9	6	24,0	15	22,1
Más de 10 años - 22 años	7	16,3	9	36,0	16	23,5
Siente que su familia lo apoya y comprende en el tratamiento						
Nunca/algunas veces	4	9,1	4	15,4	8	11,4
Muchas veces/siempre	32	72,7	18	69,2	50	71,4
Ellos no saben del diagnóstico	8	18,2	4	15,4	12	17,2
Frecuencia visita psicólogo						
Semanal o mensual	13	46,4	12	57,1	25	51,0
Bimestral, trimestral, otro	15	53,6	9	42,9	24	49,0
Consumo actual de sustancias						
Sí	17	38,6	4	15,4	21	30,0
No	27	61,4	22	84,6	49	70,0
Depresión						
Leve o ausente	29	65,9	20	76,9	49	70,0
Moderada o grave	15	34,1	6	23,1	21	30,0
Ideación suicida						
Ausente/Leve	40	93,0%	26	100	66	95,7
Moderada/Grave	3	7,077	0	0,0	3	4,3
Ansiedad						
Mínima/Leve	30	68,2	20	76,9	50	71,4
Moderada/Grave	14	31,8	6	23,1	20	28,6
Percepción de apoyo social						
Bajo	37	84,1	17	65,4	54	77,1
Alto	7	15,9	9	34,6	16	22,9

Al analizar la sumatoria total de los ítems que evalúan los síntomas cognitivos de la depresión, se halló mayores puntuaciones crudas en aquellos que se refieren al sentimiento de castigo, presencia de llanto y culpa. En los que atañen a síntomas fisiológicos, sobresalieron la disminución del deseo sexual, alteraciones en el sueño y sensación de cansancio.

Análisis bivariado

Se realizó un análisis bivariado para establecer si algunos factores sociodemográficos, familiares y de salud se asocian con altos niveles de depresión.

Tan solo en ansiedad se hallaron diferencias estadísticas: se encontró que el riesgo de tener niveles graves o moderados de depresión es casi tres veces en aquellos pacientes que puntuaron en niveles moderados o graves de ansiedad (P = 0,004; RP = 2,750; IC 95% 1,391 – 5,436).

En las demás variables no se encontró significancia estadística, pero destaca que quienes consumen en la actualidad alguna sustancia tienen casi el doble de riesgo de tener niveles moderados o altos de depresión, que aquellos que no consumen. La probabilidad de encontrar ideación suicida moderada o grave, es 2,4 veces en aquellos pacientes que tienen depresión grave o moderada. En estado civil, tomando como referencia a los casados o los que tienen algún tipo de relación, se encontró que los separados y viudos tienen un riesgo seis veces mayor, y los solteros cinco. No se calcularon los riesgos en estrato y apoyo social, puesto que había casillas en cero (Tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre depresión y características sociodemográficas, psicológicas y de salud

Características	Depresión				P	RP	IC 95%	
	Moderada o grave		Leve				Inf.	Sup.
	No.	%	No.	%				
Sexo								
Hombre	15	71,4	29	59,2	,334	1,477	,655	3,331
Mujer	6	28,6	20	40,8		1	-	-
Estrato								
0,1,2	15	100,0	36	76,6	-	-	-	-
3,4,5	0	0,0	11	23,4	-	-	-	-
Religión								
Profesa (Catolicismo, protestantismo)	18	85,7	40	81,6	,680	1,241	,433	3,556
No profesa/otro	3	14,3	9	18,4	-	1	-	-
Estudios técnicos o profesionales	2	11,1	10	20,8	,863	1	-	-
Estudios secundarios	10	55,6	19	39,6		2,069	,530	8,069
Máximo hasta 5º primaria	6	33,3	19	39,6		1,440	,339	6,106
Casado, unión libre, relación actual	2	10,0	23	46,9	,006	1	-	-

Soltero	12	60,0	19	38,8		4,838	1,191	19,644
Separado/viudo	6	30,0	7	14,3		5,769	1,349	24,674
2 años o menos	5	25,0	21	43,8	,134	1	-	-
3-5 años	4	20,0	7	14,6		1,890	,623	5,736
6-10 años	4	20,0	11	22,9		1,386	,438	4,383
Entre 11 y 22 años	7	35,0	9	18,8		2,275	,867	5,965
Ellos no saben del diagnóstico	4	19,0	8	16,3	,558	1	-	-
Muchas veces/siempre	13	61,9	37	75,5		,780	,308	1,970
Nunca/algunas veces	4	19,0	4	8,2		1,500	,520	4,323
Sí	9	42,9	12	24,5	,127	1,750	,871	3,513
No	12	57,1	37	75,5	-	1	-	-
Moderada/Grave	2	10,0	1	2,0	,144	2,444	1,002	5,963
Ausente/Leve	18	90,0	48	98,0	-	1	-	-
Bajo	21	100,0	33	67,3	-	-	-	-
Alto	0	0,0	16	32,7	-	-	-	-
Ansiedad								
Moderada/Grave	11	52,4	9	18,4	,004*	2,750	1,391	5,436
Mínima/Leve	10	47,6	40	81,6	-	1	-	-

* Diferencias estadísticamente significativas (P < 0,05).

DISCUSIÓN

Este estudio confirma la presencia de síntomas depresivos en PVVS y su concomitancia con síntomas de ansiedad, sugiere además que el hecho de tener una relación de pareja tendría un papel favorable respecto a la depresión. Estos aspectos resultan relevantes porque la caracterización del perfil psicológico de estas personas, puede aportar al diseño de intervenciones dirigidas al mejoramiento de su calidad de vida, ya que su nivel de ajuste psicológico se ha relacionado con mejor respuesta al TAR, percepción de salud y bienestar,³⁰ cobra sentido entonces identificar los estados emocionales que puedan favorecer u obstaculizar el proceso de vivir con VIH.

De acuerdo con hallazgos del presente estudio, alrededor de una tercera parte de los participantes manifiesta niveles moderados o graves de depresión y ansiedad, lo que indica que la mayor parte del grupo ha logrado ajuste emocional al momento de la evaluación; no obstante, revela que un número importante de ellos puede estar atravesando dificultades emocionales. En esta población las emociones negativas pueden suceder debido a múltiples situaciones, distintos estudios evidencian que el vivir con una enfermedad crónica se puede percibir como un hecho altamente estresante, al momento del diagnóstico y a lo largo de la vida, por los problemas físicos que pueden ocurrir, las demandas económicas, las implicaciones de los tratamientos (el TAR es altamente riguroso), las transformaciones que se van presentando en los estilos y proyecto de vida, metas y hábitos.^{12,13,23}

Asimismo, el autoconcepto y sentido de vida pueden ser sensibles a la percepción de deterioro de las actividades o disminución de posibilidades, lo que estaría relacionado con síntomas depresivos.²⁰ Los síntomas físicos, la esperanza de vida, las condiciones que rodean el tratamiento y la asunción del nuevo rol, también pueden impactar de manera negativa a los pacientes.¹⁵ Otro aspecto particular que afrontan las PVVS es el estigma ante el VIH, lo que puede conllevar discriminación, pérdidas afectivas y laborales, afectando su estado de ánimo y ocasionando mayor estrés debido al hecho de sentir que deben ocultar sus síntomas y tratamiento.³¹

Al comparar estos resultados con otros estudios, se encuentra similitud con la prevalencia general de depresión en PVVS, que se ha ubicado en 35%;²¹ se aproximan a las proporciones encontradas en pacientes chilenos,¹⁸ pero difieren de los hallazgos en población colombiana, los cuales refieren bajos niveles en pacientes de las ciudades de Medellín²³ y Cali,^{22,32} asociados con el uso de estrategias de afrontamiento (cognitivas, religiosas y búsqueda de apoyo), el apoyo social (familiar e institucional) y la percepción de control sobre la salud. Cabe resaltar que, al igual que en Chile,¹⁸ esta investigación identificó alta frecuencia de sentimientos de culpa, afectación del sueño y del deseo sexual, y sensación de cansancio en los pacientes que reportaron depresión, lo que resultaría importante analizar en investigaciones posteriores sobre cognición en quienes viven con VIH, puesto que es un factor clave que incide en la conducta y emociones y, por ende, en la adaptación a la enfermedad y tratamiento. Se sugieren estudios mixtos que profundicen en esta línea; igualmente es necesario realizar estudios longitudinales que analicen la trayectoria de los síntomas depresivos en la infección por VIH, para este caso, llamó la atención- aunque sin significancia estadística- el hecho de que la depresión moderada o grave se presentó en mayor proporción entre quienes tenían más tiempo de conocer su diagnóstico.

Por otro lado, se halló asociación estadísticamente significativa entre depresión y estado civil, de manera que quienes tienen una relación de pareja presentaron más bajos síntomas, aspecto confirmado por otros estudios;²¹ probablemente esto se relacione con la percepción de apoyo social, el cual actúa como favorecedor de la calidad de vida, afrontamiento de estados emocionales y adhesión al tratamiento en esta población.^{20,33} Otra variable que indicó asociación estadística fue la ansiedad, la cual se ha reportado en otras investigaciones como síntoma frecuente en PVVS, probablemente relacionado con reacciones de temor, alarma e incertidumbre frente al tratamiento y evolución de la infección, lo que inicialmente es adaptativo pero posteriormente puede llegar a convertirse en factor de riesgo para la prolongación de emociones negativas y aparición de síntomas físicos.³⁴ En mujeres colombianas con VIH, se han identificado indicadores clínicos de ansiedad correlacionados con bajos niveles de percepción de control sobre la salud y sobre eventos estresantes de la vida.³²

Se hallaron mayores proporciones de depresión en hombres y en quienes refirieron consumir sustancias. En hombres españoles se encontró el mismo patrón, por lo que se hace pertinente realizar estudios que puedan aclarar el papel de la variable sexo en la presencia de depresión, ya que en PVVS su comportamiento es contrario al de la población general;¹⁷ en mujeres colombianas con VIH se ha reportado baja proporción.³² Por su parte, se ha mencionado que la depresión no tratada se constituye en un factor de riesgo para el abuso de sustancias y automedicación,²¹ y cuando alcanza niveles graves aumenta el riesgo de ideación suicida (en este caso su frecuencia fue muy baja).

Todo lo descrito hasta aquí permite comprender el papel fundamental de las variables psicológicas en la infección por VIH. Adicionalmente, se sabe que los estados emocionales negativos conllevan afectación del sistema inmune,³⁵ la depresión entonces puede influir en la respuesta inmunológica asociándose con mayor carga viral en PVVS.^{16,21} De igual modo, se ha señalado ampliamente como una variable predictora de comportamientos de adhesión, ligada con menor ajuste al TAR.^{16,21,24} Estos elementos son cruciales debido a que pueden generar mayor progresión de la enfermedad y representar menor calidad de vida, salud y bienestar en estos pacientes, permeando incluso sus diferentes contextos de funcionamiento. Se considera que la depresión es una comorbilidad del VIH,²¹ la cual requiere ser tratada para favorecer la efectividad del TAR y prevenir otro tipo de afectaciones físicas y/o mentales. Investigaciones futuras podrían aportar en gran medida al diseño de dichas intervenciones.

Finalmente, se sugiere tener en cuenta las limitaciones del presente estudio al momento de extrapolar sus resultados a otros contextos. En primer lugar, el tipo de muestreo fue no probabilístico, pues no todos los pacientes pudieron participar del estudio por razones de residencia o imposibilidad de contacto telefónico, debido a esto también se afectó el tamaño de la muestra y no fue posible realizar análisis multivariado.

CONCLUSIONES

Se identificó presencia de depresión moderada/grave en un tercio de los participantes, acompañada de síntomas de ansiedad y una alta proporción de bajo apoyo social percibido; los hombres presentaron las mayores proporciones de elevados niveles de depresión. El hecho de contar con una relación de pareja se presentó como posible factor protector para la depresión y los niveles moderados o altos de ansiedad se comportaron como factor de riesgo.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios posteriores que consideren la mediación de las estrategias de afrontamiento y los antecedentes psiquiátricos, en la frecuencia e intensidad de estados emocionales negativos en PVVS, así como la articulación de estos hallazgos con la intervención interdisciplinar en VIH, para el mejoramiento de la calidad y esperanza de vida en estas personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. 2015.
2. Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA. Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA 2015 [Internet]. Ginebra: OMS; 2015.
3. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA [Internet]. 2015.

4. ONUSIDA. Informe Mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013 [Internet]. Suiza: 2013.
5. ONUSIDA. El sida en cifras 2015 [Internet]. Suiza: 2015.
6. ONUSIDA. Hoja informativa 2015. Estadísticas Globales [Internet]. 2015.
7. ONUSIDA. Hoja Informativa 2016. Estadísticas mundiales — 2015 [Internet]. 2016.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The gap report [Internet]. Geneva: 2014.
9. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Informe GARPR 2014. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida: Informe Nacional República de Colombia [Internet]. 2014.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Epidemiológico, situación del VIH/Sida Colombia 2013 [Internet]. Bogotá D.C.: 2013.
11. Rely K, Martínez Valverde S, Salinas Escudero G. Análisis de Minimización de Costo e Impacto Presupuestario del Tratamiento ARV con Abacavir / Lamivudina para el VIH / SIDA en México. Value Heal Reg Issues [Internet]. Elsevier; 2013;2(3):368–74.
12. Muñoz-Moreno J, Fuster-Ruiz M, Fumaz C, Ferrer M, Molero F, Jaen Á, *et al.* Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas. Med Clin (Barc). 2014;142(10):438–44.
13. Martín Alfonso L, Grau Abalo J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicol y Salud. 2004;14(1):89–99.
14. De Oliveira E Silva AC, Reis RK, Almeida Nogueira J, Gir E. Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2014;22(6):994–1000.
15. Oblitas Guadalupe LA. Psicología de la salud y calidad de vida. Tercera. México: Cengage Learning; 2010.
16. De Flores T. Impacto emocional y cambios inmunológicos en la notificación diagnóstica de seropositividad. An Psicol. 1994;10(2):135–43.
17. Teva I, Bermúdez M de la P, Hernández-Quero J, Buela-Casal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. Salud Ment. 2005;28(5):40–9.
18. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. Rev Chil Infectología. 2014;31(3):323–8.
19. Remor E-A, Ulla S, Arranz P, Carrobles JA. ¿Es la percepción de control un factor protector contra el estrés emocional en personas VIH+? Psiquies. 2001;22(3):111–6.
20. Vinaccia Alpi S, Fernández H, Quiceno J, López Posada M, Otalvaro C. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. Ter psicológica. 2008;26(1):125–32.

21. Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infectología* [Internet]. 2010;27(1):65-74.
22. Arrivillaga Quintero M, Martínez López J, Ossa Toro A. Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensam Psicológico* [Internet]. 2006;2(7):55-71.
23. Gaviria A, Quiceno J, Vinaccia S, Martínez L, Ojalvaro M. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH / Sida. *Ter Psicológica*. 2009;27(1):5-13.
24. Piña López JA, Dávila Tapia M, Sánchez-Sosa JJ, Togawa C, Cázares Robles Ó. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;23(6):377-83.
25. Robles ÓC, Piña López JA, Sánchez-Sosa JJ. Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes. Un análisis en función del estadio clínico de infección. *Av en Psicol Latinoam* [Internet]. 2010;28(1):85-98.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
27. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100.
28. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud* [Internet]. 2014;25(1):39-48.
29. Londoño Arredondo N, Rogers H, Castilla Tang J, Posada Gómez S, Ochoa Arizal N, Jaramillo Pérez M, *et al*. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res* [Internet]. 2012;5(1):142-50.
30. Tavera M. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Rev Peru Epidemiol*. 2010;14(3):01-7.
31. Leone S, Lara M. Relación estigma y calidad de vida en la adhesión al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. *Eureqa*. 2014;11(2).
32. Arrivillaga, M correa, D. Varela, M. Holguín LTJ. Variables psicologicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un estudio correlacional. *Univ Psychol*. 2006;5(118):659-67.
33. Pereira Paschoal E, Camargo Do Espírito Santo C, Tosoli Gomes AM, Dos Santos ÉI, De Oliveira DC, Munhen De Pontes AP. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2014;18(1):32-40.
34. Edo MT, Ballester R. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2006;11(2):79-90.

35. Klinger JC, Herrera JA, Díaz ML, Jhann AA, Ávila GI, Tobar CI. La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. Colomb Med [Internet]. 2005;36(2):120-9.

Recibido: 19 de abril de 2016.

Aprobado: 1 de noviembre de 2016.