

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estados emocionales de pacientes con VIH en el Hospital Enrique
Garcés, en estado de latencia en diferentes áreas de la población**

Valeria Estefania Pasquel Carrillo

**Michelle Argüello, B.A., Directora de Trabajo de
Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de
Sicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Estados emocionales de pacientes con VIH en el Hospital Enrique Garcés, en estado de latencia en diferentes áreas de la población

Valeria Estefania Pasquel Carrillo

Michelle Argüello, B.A.
Director del Trabajo de Titulación

Gustavo Villacreses, Sic.Clin.
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Lellany Coll, D.H.Sc.
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Teresa Borja, PhD.
Directora del Programa

Carmen Fernández-Salvador, PhD.
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Valeria Estefania Pasquel Carrillo

C.I.: 1718388927

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: mayo de 2015

DEDICATORIA

A mi madre Yolanda, por todo el apoyo recibido, por su motivación para seguir cumpliendo mis metas y sus consejos, siendo una madre ejemplar. A mi padre Juan, por su ejemplo de perseverancia, de seguir a pesar de los obstáculos que se dan en el camino. A mi hermano Oscar, por escucharme en todo momento. A mi familia, por su cariño y por compartir momentos significativos de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento a mi Directora Y Mentora de Tesis Michelle Arguello, por la realización de este proyecto, su gran ayuda, dedicación y tiempo.

A mis profesores, por transmitirme sus conocimientos, ser ese apoyo y motivación estos 5 años de carrera.

A mis compañeros, por su amistad y por esos momentos inolvidables.

A mi amiga, Isabel Griffin, por su ayuda y por compartir conmigo esos buenos y malos momentos que se dieron en estos 5 años.

RESUMEN

Estudio transversal de tipo analítico, realizado en el Hospital Enrique Garcés conformado por pacientes que acuden a consulta externa del área de infectología con el diagnóstico de VIH positivo. Se utilizaron dos instrumentos de medición, la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de Zung, pues tiene como objetivo conocer los estados emocionales que tienen los pacientes de VIH positivo en estado de latencia, en comparación a las variables de género, edad, carga viral y tratamiento. Por tal motivo, se entrevistaron 30 pacientes, donde se encontró que los pacientes no tienen altos niveles de ansiedad y depresión, en esta etapa de la infección. En cuanto las variables se obtuvieron que a menor edad mayor sea el nivel de depresión, encontrando una fuerte correlación negativa; en carga viral se encontraron diferencias significativas.

Palabras claves: *VIH positivo, latencia, depresión, ansiedad, género, edad, carga viral, tratamiento.*

ABSTRACT

This transversal study was made with HIV patients who attend to the Hospital Enrique Garcés in the city of Quito. Two measuring instruments were used, the self-administered Zung Depression Scale and Zung Anxiety Scale, the aim of this study was to get to know the emotional states, that the HIV patients can have, compared to the variables gender, age, viral load and treatment. Therefore, 30 HIV patients were interviewed, where it was found that patients do not have high levels of anxiety and depression, at this stage of the infection. As the variables were obtained that the lower the age the higher the level of depression; significant differences in viral load and finally obtained treatment no differences were found significant.

Key words: HIV, gender, age, viral load, treatment depression, anxiety.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	11
Antecedentes	12
El problema.....	12
Hipótesis.....	13
Pregunta de investigación.....	14
Contexto y marco teórico.....	15
Definición de términos.....	18
Presunciones del autor del estudio.....	18
Supuestos del estudio.....	19
 REVISIÓN DE LA LITERATURA	 20
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	20
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	20
Formato de la revisión de la literatura.....	20
 METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	 41
Justificación de la metodología seleccionada.....	41
Herramienta de investigación utilizada.....	41
Descripción de participantes.....	42
Fuentes y recolección de datos.....	43
 ANÁLISIS DE DATOS	 45
Detalles del análisis.....	45
Importancia del estudio.....	56
Resumen de sesgos del autor.....	57
CONCLUSIONES	58
Respuestas a las preguntas de investigación	58
Limitaciones del estudio.....	59
Recomendaciones del estudio.....	60
Resumen general.....	60
REFERENCIAS	63
ANEXOS A: Escala de Autovaloración de Depresión	73
ANEXOS B: Escala de Autovaloración de Ansiedad.....	74

TABLAS

Tabla no.1 : Resumen de los datos por género.....	46
Tabla no.2: Resumen de los datos por edad.....	47
Tabla no.3: Resumen de los datos de carga viral.....	47
Tabla no.4 : Resumen de tabla de tratamiento.....	48
Tabla no. 5: Resumen de análisis estadístico de resultados de depresión.....	49
Tabla no. 6: Resumen de análisis estadístico de resultados de ansiedad.....	50
Tabla no.7: Resumen análisis estadístico anova one way entre el género y el nivel de depresión.....	50
Tabla no.8: Resumen análisis estadístico anova one way entre el género y el nivel de ansiedad.....	51
Tabla no.9: Resumen análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad.....	51
Tabla no.10: Resumen análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre edad y el nivel de depresión.....	52
Tabla no.11: Resumen análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre edad y el nivel de ansiedad.....	52
Tabla no. 12: Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre la carga viral y el nivel de depresión.....	53
Tabla no. 13: Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre la carga viral y el nivel de ansiedad.....	54
Tabla no. 14: Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre el tipo de tratamiento y el nivel de depresión.....	54
Tabla no. 15: Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre el tipo de tratamiento y el nivel de ansiedad.....	55

FIGURAS

Figura no.1: Resumen de los datos por género.....	46
Figura no.2: Resumen de los datos por edad.....	47
Figura no.3: Resumen de los datos de carga viral.....	48
Figura no.4: Resumen de los datos por tratamiento.....	48
Figura no.5: Resumen de los resultados generales de depresión.....	49
Figura no.6: Resumen de los resultados generales de ansiedad.....	50

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

En la actualidad, se ha podido observar los avances que ha habido en la medicación de antirretrovirales en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las cuales, han ayudado a la mejoría de la expectativa de vida del paciente. Pero qué sucede con las variables psicológicas, las cuales influyen en la evolución de la infección, qué atención y avances hay en esa área de gran importancia; que, según demuestra el estudio de Villa y Vinaccia, (2006), nos mencionan cómo los estados emocionales influyen en que el paciente tenga una buena adherencia al tratamiento y acepte esta nueva condición de vida, pues al no empezar un tratamiento y un nuevo régimen de vida, se dará un avance de la enfermedad. Por tal motivo, se debe de prestar atención en cómo influyen los estados emocionales sobre los pacientes con VIH, ya que numerosos estudios como los de Remor (2003), el cual presenta hallazgos, donde los estados emocionales, son parte del curso de la infección, observándose en la sintomatología del paciente, el descenso de células CD4, y mortalidad, la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, que se agravan por el poco apoyo familiar y social del paciente, donde será necesario un abordaje terapéutico. El poder conocer cómo la ansiedad y la depresión se encuentran presentes en la etapa de latencia del paciente será de gran ayuda, pues en este estadio de la infección, el paciente deberá de tener una buena adherencia a la toma de los antirretrovirales, ya que en este estado los síntomas de infección de VIH, no se manifiestan como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y el paciente deberá de tener el apoyo necesario tanto físico como emocional. En la investigación, se desea conocer cómo edad, género, carga viral y tratamiento tienen un impacto sobre los estados emocionales del paciente en etapa de latencia.

Antecedentes

El interés por los pacientes con VIH positivo se originó, por una falta de información en el Ecuador, sobre el nivel de impacto de los estados emocionales y cómo estos afectan a su salud. Los pacientes deben estar en constante supervisión, ya que, deberán de mantener un sistema inmunológico alto, pues la célula que trabaja en el sistema inmunitario será la atacada por el VIH, por este motivo, el apoyo médico y psicológico que tenga la persona es muy importante y necesaria en esta etapa de la infección, como se lo menciona en el estudio de Edo y Ballester (2006), el cual habla de los estados emocionales que se pueden encontrar en el paciente, y cómo este necesitará un abordaje terapéutico específico. Por ello es necesario investigar los estados emocionales de los pacientes afectados con VIH es necesario de investigar, pues al hacerlo se podrá tener profesionales más capacitados y centros de salud equipados para intervenir en los aspectos psicológicos de esta población, logrando un abordaje terapéutico óptimo y enfocado en sus necesidades.

El problema

El problema central es la falta de información respecto a la importancia y afección psicológica de los pacientes afectados por VIH, y el poco apoyo que reciben en esta área.

Se tendrá como objetivo del estudio, lograr conocer los estados emocionales que tenga un paciente con VIH, en estado de latencia, ya que, en esta etapa los pacientes se encuentran en un estado en el que las células CD4, están ligeramente disminuidas, es decir no se manifiesta el virus, y es necesario que el paciente comience un tratamiento médico y psicológico, pues al hacerlo mejorará su calidad y expectativa de vida; a más de esto se desea que los pacientes con VIH, sean más conscientes de su salud emocional, pues al hacerlo, tendrán una mejor adherencia al tratamiento. Además se ha logrado ver la falta de conocimiento en los centros de salud, por lo que éste estudio, se desea destacar las

necesidades emocionales de esta población con el fin de brindar apoyo psicológico adecuado, ya que, es indispensable para que el paciente pueda afrontar y aceptar su enfermedad.

Hipótesis

Se ha planteado en el estudio conocer si la edad, el género, la carga viral y el tratamiento tienen en relación con la depresión y ansiedad, de un paciente con VIH en estado de latencia, pues se ha visto que en la actualidad, se es difícil encontrar un centro de salud que tenga conocimiento de los estados emocionales de pacientes con VIH en estado de latencia, deseando ratificar la importancia de la intervención psicológica en estos pacientes donde podrán implementar estrategias y técnicas en hospitales, de esta manera, se tomará conocimiento de la salud mental, al igual que su salud física. Logrando brindar apoyo psicológico adecuado que es necesario para enfocarse en las necesidades emocionales del paciente.

Por esta razón, se han planteado las siguientes hipótesis en el estudio, cómo las hipótesis principales tendremos:

H1: Los pacientes con VIH positivo tienen depresión en etapa de latencia, cumpliendo con los criterios presentados en el cuestionario de depresión de Zung.

H2: Los pacientes con VIH positivo tienen ansiedad en etapa de latencia, cumpliendo con los criterios presentados en el cuestionario de ansiedad de Zung.

Sin embargo, se dio la importancia de realizar un análisis estadístico complementario incluyendo, las variables género, edad, carga viral y tratamiento.

H1: Los pacientes con VIH positivo del sexo femenino tienen un mayor índice de depresión que los de sexo masculino.

H2: Los pacientes con VIH positivo del sexo femenino tienen un mayor índice de ansiedad que los de sexo masculino.

H3: A mayor es el nivel de depresión en el paciente con VIH positivo hay un mayor nivel de ansiedad.

H4: Los pacientes con VIH positivo a menor edad de diagnóstico tienen menores expectativas por ende mayores niveles de depresión. Considerando una correlación negativa entre las variables edad y nivel de depresión.

H5: Los pacientes con VIH positivo a menor edad de diagnóstico tienen mayor preocupación por el futuro, por ende mayores niveles de ansiedad. Considerando una correlación negativa entre las variables edad y nivel de ansiedad.

H6: Los pacientes con carga viral en niveles detectables tienen un mayor nivel de depresión.

H7: Los pacientes con carga viral en niveles detectables tienen un mayor nivel de ansiedad.

H8: Los pacientes que reciben un tratamiento de Atripla tienen niveles de depresión menor que con el resto de tratamientos.

H9: Los pacientes que reciben un tratamiento de Atripla tienen niveles de ansiedad menor que el resto de tratamiento.

Preguntas de investigación

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes con VIH positivo del sexo femenino tienen un mayor índice de depresión que los de sexo masculino?

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes con VIH positivo del sexo femenino tienen un mayor índice de ansiedad que los de sexo masculino?

¿Cómo y hasta qué punto los paciente con VIH con un mayor nivel de depresión tienen un mayor nivel de ansiedad?

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes con VIH positivo diagnosticados a menor edad tienen menores expectativas por ende mayores niveles de depresión?

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes con VIH positivo diagnosticados a menor edad tienen mayor preocupación por el futuro por ende mayores niveles de ansiedad?

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes con carga viral en niveles detectables tienen un mayor nivel de depresión?

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes con carga viral en niveles detectables tienen un mayor nivel de ansiedad?

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes que reciben un tratamiento de Atripla tienen niveles de depresión menor que con el resto de tratamientos?

¿Cómo y hasta qué punto los pacientes que reciben un tratamiento de Atripla tienen niveles de ansiedad menor que con el resto de tratamientos?

Contexto y marco teórico

La información que se presentará para la revisión de la literatura o marco teórico será extraída, en su mayoría, de bases de datos académicas y *peer review journals*, además se encontrara información relevante en libros que tratarán los temas de la investigación, las cuales han sido citadas y mencionadas en la sección de referencias.

Varios estudios sobre los pacientes con VIH positivo, se habla de la prevalencia de los estados emocionales, cómo en los Estados Unidos, la mitad de los pacientes de una muestra de 2864 presenta un 60% en trastorno depresivo (Bing, 2001), en Canadá, en el estudio de Dew y colaboradores (1997) una muestra de 113 hombres presentan un 54.2% de depresión y en China, en el estudio de Jin Hua (2006) un 79% presentaron síntomas de depresión mayor, de una muestra de 203 participantes con VIH positivo.

A más de esto, se han encontrado estudios que mencionan que desde hace 15 años la frecuencia de la depresión es de gran interés en esta infección, especialmente, el trastorno de depresivo mayor que varía desde 0 a 47%, donde se incluirá insomnio, fatiga y poco apetito en los pacientes (Romero, 2009).

En cuanto la ansiedad, para los pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia humana, es un estado emocional, que no limita al paciente, ya que será un activador fisiológico, por lo contrario, limitará su sistema inmunológico debilitándolo, presentándose en los diferentes estadios de la infección, y esto será un problema, puesto que la ansiedad, se relaciona con la toma de los antirretrovirales (Quintero, López & Ossa, 2006); en donde Ingersoll (2004), encontró que 120 personas con VIH, sufría trastornos de ansiedad que se relacionaba con el riesgo de evitar la toma de antirretrovirales.

Además, se encontró en el estudio presentado por Ballester (1999), que los aspectos psicológicos que tiene el paciente con VIH positivo, dependerá del estadio de la infección que se encuentre pasando, ya que serán de carácter transitorio y algunos de estos estados emocionales desaparecerán a los pocos días o se prolongarán en el tiempo (Edo & Ballester, 2006).

La sintomatología de ansiedad y depresión que presentan los pacientes con VIH positivo, serán los estados de ánimo más comunes y de mayor frecuencia, que se podrán presentar a lo largo de la infección, donde su presencia se asociará con factores psicosociales, como es el apoyo familiar, la percepción personal de su enfermedad y el deterioro físico que se dará por consecuencia de la evolución de la infección (Edo & Ballester, 2006).

En cuanto a las variables, se ha encontrado en el estudio de Gatti y colaboradores (2011), que de los 61 hombres entrevistados un 82% presenta una depresión, mientras que de las 139 mujeres un 78,4% la tenían a nivel clínico; en cuanto a ansiedad, se ha encontrado en el estudio de Romero (2009), que un 29.72% de hombres presentan ansiedad de los 27 participantes, mientras que el sexo femenino presentó un 11.28% de las 13 participantes. En cuanto al uso del tratamiento antirretroviral, se encontró que un 20,8% de hombres y un 10,6% de mujeres, presentaba depresión y en cuanto a ansiedad, se encontró un 39,1% en mujeres y un 30,6% en hombres, en una muestra de 2.863 participantes, 1.096 eran mujeres y 1767 hombres (Bayon y colaboradores, 2012).

El propósito del estudio.

Este estudio se está realizando con el fin de conocer los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con VIH positivo, en el Hospital Enrique Garcés, en donde se comparará con las variables de género, edad, carga viral y tratamiento; y tendrá como finalidad identificar las necesidades de los pacientes en estado de latencia para así aumentar la conciencia de dichos estados emocionales; para que en un futuro se pueda brindar más apoyo a nivel psicológico a estos pacientes.

El significado del estudio.

Este estudio es significativo, porque beneficiará la población con VIH positivo del Hospital Enrique Garcés, puesto que, al tener la información de las variables que afectan al estado emocional se lo podrá brindar un mejor servicio en éste hospital y posteriormente en los centros de salud del país, pues ellos empezarán a tomar en cuenta las necesidades psicológicas que tendrá el paciente cuando acuda a ellos. Tendrá también, un beneficio para la sociedad, ya que, se logrará aumentar la conciencia en los profesionales

involucrados en esta área de trabajo respecto a las necesidades psicológicas de la población infectada con VIH positivo y promover de esta manera que los centros de salud brinden un apoyo asertivo y oportuno.

Definición de términos

Etapa de latencia.- Según Castro y colaboradores (2007), es el tiempo en el que el virus se encuentra latente en el organismo, es decir, en este periodo el paciente se encuentra asintomático.

CD4.- Según Castro y colaboradores (2007), es una proteína que se encuentra en algunas células CD4, siendo una parte esencial del sistema inmunitario.

Antirretrovirales.- Según Castro y colaboradores (2007), son fármacos inhibidores del virus de inmunodeficiencia humana que destruye o evita la réplica de retrovirus.

Ansiedad.- es una respuesta emocional que se da en la supervivencia de una persona, la cual varía dependiendo del estímulo que se ese momento se dé, el cual irá acompañado de sentimientos de nerviosismo, miedo, inquietud (Estrés y ansiedad, 2010).

Depresión.- Según Alberdi y colaboradores (2006), trastorno mental, en el cual está presente la angustia, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos de sueño y apetito, fatiga y falta de concentración que puede darse por periodos.

Presunciones del autor del estudio

En el estudio se cree, que los pacientes deseen participar, y que llenarán los cuestionarios con buena predisposición y contestando con verdad y realidad de su situación actual. Se presume también, que se devuelva la encuesta en el periodo de tiempo indicado,

para que, se logre obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos presentados en el estudio. De igual manera, se presume que la muestra de personas usada servirá en la recolección de datos. Finalmente, se presume que la recolección de datos se dé en el tiempo indicado, contestando con verdad y sea la necesaria para obtener la información deseada, logrando tener resultados significativos.

Supuestos del estudio

Se supone como pionero para identificar las necesidades psicológicas de los pacientes con VIH, la importancia de este estudio será el mejorar la intervención psicológica en pacientes con VIH positivo, en la concientización sobre su salud emocional. Todo esto, con el fin de implementar estas estrategias y técnicas en hospitales y hacer conciencia en la salud mental del paciente, lo cual se podrá dar gracias a los resultados que se obtenga en la finalización de la investigación.

A continuación se presentará la revisión literaria, la cual profundizará los temas, más trascendentales de la investigación, siendo el virus inmunodeficiencia humana, la depresión en pacientes con VIH, y la ansiedad en pacientes con VIH; continuando con la metodología del estudio, el análisis de datos y finalizando con las conclusiones de la investigación.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La información que se dará a continuación, se ha realizado por medio de la investigación de artículos extraídos de revistas académicas, a más de libros académicos, los cuales nos hablan sobre los temas de interés, que nos ayudarán para la siguiente revisión literaria, y en su totalidad, la información fue extraída por revistas indexadas o *peer review journals*, las cuales son debidamente indicados en la sección de referencias.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Los temas de revisión a continuación presentados, han sido escogidos de los artículos científicos investigados; de esta manera, se ha podido escoger los temas más importantes y relevantes que hablan sobre los estados emocionales que presenta un paciente con VIH. Al igual, de ser escogidos por la necesidad de explicar la teoría, con una base científica. Posteriormente, se dio la búsqueda, selección y recopilación de la información que se utilizará, en la revisión.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño que se ha dado en esta revisión ha sido escogido por temas y subtemas, mediante la selección de artículos académicos, como fuente de información, a más de libros, que tratan el tema.

Tema 1. VIH.

Origen.

Según el estudio de Castro y colaboradores (2007), el origen del VIH, ha sido un tema difícil y polémico desde que fue identificado en los 80's, ya que en este año se

descubrió el primer caso de infección por VIH/SIDA; desde ese entonces lo que se ha sabido del VIH, es que será un virus perteneciente a la familia lentivirus; el cual se caracteriza por invadir el sistema inmune de la persona.

Puesto que, en el estudio presentado por Afani (2004), desde el primer caso dado en los 80's, la enfermedad ha ido avanzando, pues se han encontrado más de 40 millones de personas infectadas con VIH positivo, y se ha estimado que se puede encontrar 14.000 casos nuevos al día, donde un 95% ocurrirán en países en vías de desarrollo.

Además, se debe de conocer el origen del VIH, pues se han podido encontrar estudios donde nos han nombrado los lugares como Haití y África, en el que se hablan de mosquitos monos o cerdos, los cuales pertenecen a estos países siendo los portadores de estos virus. Se pudo encontrar una investigación reciente, que trata de dar respuestas sobre este gran enigma que será su origen, donde nos encontramos con la investigación de Keele y colaboradores, (2006), que nos hablará de cómo dos equipos de científicos, rastrearon su origen llegando a una subespecie de chimpancés, encontrados en África central y sudoccidental, donde obtuvieron la evidencia necesaria de este virus, que fue introducido a los humanos por medio de chimpancés, la subespecie *Pan troglodytes*, el cual alberga el virus (virus de inmunodeficiencia simiesco). Un humano pudo haber estado en contacto con uno de estos chimpancés, ya sea cazándolos, exposición a su sangre o manipulando la carne para cocinarla, lo que puede explicar el contagio.

Al darse esta investigación, Korber y colaboradores (2000), ellos decidirán realizar pruebas para conocer que el primer VIH, que evolucionó del virus dado por los chimpancés, el cual se dio en algún momento entre el año 1915 y 1941, pero fue en 1931 el año más exacto; pues este año pudo haber estado el virus establecido a una pequeña población, ya sea una aldea alejada, hasta que por medio de la migración dada por las grandes ciudades o viajes, se dará la propagación del virus por el mundo.

Definición.

Debemos de conocer que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), será una amenaza de la salud pública, el cuál será una reconocida pandemia mundial, la cual sorprende con hallazgos dados por investigaciones que tratan de conocerla, por tal motivo, se ha llegado a conocer que el sida será provocado por el virus conocido cómo virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que pertenecerá a la categoría de virus llamados retrovirus, el cual se ha dado por su intervención con el orden en que se reproducirán las células que infectan, las cuales darán el proceso de transcripción inversa (Crooks & Baur, 2010).

Este es un virus, conocido por atacar y destruir a una persona y esto se deberá por su interacción con los linfocitos CD4 en el cuerpo, el cual algunas veces serán las llamadas células cooperadoras F4, las que acompañen a una persona sana, coordinando su sistema inmunológico, enfrentado a las enfermedades, pues estas podrán ser causantes de que una persona con VIH, tenga una vulnerabilidad en su cuerpo, pues esta será propensa a una variedad de infecciones oportunistas, los que darán una disminución de efectividad en su sistema inmunológico (Crooks & Baur, 2010).

La infección, al atacar al sistema inmune de la persona, lo irá debilitando, haciéndolos vulnerables, ante una serie de infecciones, el cual sin un tratamiento, podrá poner en peligro su vida, logrando que el virus se multiplique rápidamente, desarrollando en SIDA (OMS, 2015).

Incidencia y estadística.

Cuando se habla de incidencia, el VIH según Stall y Mills (2006), encontraron más de un millón de casos de sida en Estados Unidos y 525000 personas que han muerto por esta enfermedad desde que se les dio su diagnostico en 1981, por tal motivo, en este estudio se cree que la cifra en este país sea de 1.2 millones de infectados. En consecuencia,

Rosen (2006) nos habla de que casi la mitad de estadounidenses estarán infectados y no lo saben.

En el Ecuador, según el INEC (2011), se han podido encontrar 3.438 casos a nivel nacional, donde el 62,53% son hombres y un 37,47% mujeres, este número fue registrado, según los egresos hospitalarios por VIH, según sexo.

Cuando se habla de población, se ha podido encontrar que la población más vulnerable son adolescentes, infectados de esta enfermedad, por factores de riesgo como son: el tener varias parejas sexuales, el no uso de preservativos, abuso de sustancias, las cuales incrementan estas conductas de riesgo (Aronowitz y colaboradores., 2006).

En cuanto a la población, que será representada por estos grupos minoritarios étnicos y raciales, será los casos donde se den las tasas más altas de sida, pues ellos son vulnerables, ya que, tendrán un menor acceso a servicios de salud, barreras culturales o idioma que limitan su acceso a información, ya sea acerca de estrategias de prevención de las conductas de riesgo a contraer VIH, cómo el uso de drogas inyectadas (Robinson y colaboradores 2005: Rosen, 2006).

Según Lonergan y Hern (2006), el número de mujeres infectadas con VIH ha avanzado con rapidez; un ejemplo es África donde las mujeres de 15 a 24 años son tres veces más probables que se infecten que los hombres de su edad (Lampthey y colaboradores, 2006)

Pero según investigaciones de Betts (2001), el VIH es más fácil que se transmita de hombre a mujer que de mujer a hombre, la explicación a esto será que en el semen del hombre se encuentre un alta concentración de VIH que en los fluidos vaginales y superficie mucosa de la mujer la cual quedara expuesta al VIH dado en la eyaculación que permanecerá en un tiempo considerablemente mayor de lo que queda el pene expuesto a secreciones vaginales (Betts, 2001).

Trasmisión y Riesgo.

En trasmisión, el VIH se ha podido encontrar en el semen, sangre, secreciones vaginales, saliva, orina y leche materna de individuos infectados, a más de esto se ha encontrado en cualquier otro fluido corporal, como es la sangre, el líquido cefalorraquídeo y el líquido amniótico. Pero donde encontramos mayor concentración de virus en el semen y secreciones vaginales, lo cual se transmite con los fluidos secretados durante el sexo vaginal o anal o el contacto oral-genital con una persona infectada, siendo esta la causa de que se den un 80% de infecciones de VIH en el mundo, luego también se dará mediante agujas contaminadas compartidas (Crooks y Baur, 2010).

Debemos de saber que el virus también se puede transmitir de madre a hijo, el cual se propaga perinatalmente de una mujer infectada a su hijo antes de alumbramiento, a su bebe durante parto normal o después al amamantarlo (Richardson y colaboradores, 2003).

En cuanto a probabilidad de trasmisión, dependerá de la carga viral de la persona infectada. Al darse el acto sexual dependerá de su dosis viral y la ruta de exposición por VIH, pues la medida que tenga su carga viral determina la cantidad de virus individuales que hayan en un mililitro de sangre, por tanto, entre más virus haya más probabilidad de infección; si la persona está en su etapa final de sida, su carga viral es avanzada, por lo tanto podrá transmitir la infección; pero se debe de recordar que en el periodo inicial llamado infección primaria, que dura unos meses, según este estudio, es un periodo que también tiene carga viral alta, dándose un estado de infección creciente (Pilcher y colaboradores, 2004; Wawer y colaboradores, 2005).

Por esta razón, el acto sexual será la actividad donde el VIH entre directamente a la sangre, ya sea por pequeños desgarres dados en las paredes vaginales o tejido rectal, el cual pasara por la mucosa, esto tendrá altas concentraciones (Seppa, 2005).

Investigaciones también nos hablan de la transmisión adquirida en el sexo oral, el cual pasará mediante el semen o las secreciones vaginales, que entran en contacto con los tejidos mucosos de la boca (X. Liu y colaboradores, 2003). Por esto, es recomendable el uso de preservativo para esta práctica.

Según Courville y colaboradores (1998), el riesgo de transmisión por saliva, lagrimas y orina, será bajo; siendo finalmente el uso de agujas contaminadas y el acto sexual la forma de transmisión más alta de VIH.

Sintomatología.

Los síntomas que se dan en el VIH, durante su etapa inicial, serán la gripe, dolores musculares, erupciones en la piel, pérdida del apetito, fatiga, diarrea y nódulos linfáticos inflamados, en donde se puede ver como su sistema inmunológico va fallando por el virus; algunas veces se pueden encontrar otros síntomas presentes como pérdida de peso, sudoración en la noche, dolor de cabeza, candidiasis bucal, sangre en heces. Una de las manifestaciones más frecuentes en las personas infectadas es la candidiasis bucal y problemas en garganta, los cuales se darán de manera repetitiva (Lamprey y colaboradores, 2006).

Los síntomas, irán variando, según el estadio de infección, por la que esté pasando él paciente, pues si la infección, ha ido debilitando el sistema inmunitario, se observarán hinchazón de ganglios linfáticos, pérdida de peso y fiebre; en cuanto a enfermedades graves, estará presente la tuberculosis, meningitis, cáncer como por ejemplo, tumores o sarcomas de Kaposi, las cuales se darán debido al sistema inmunológico debilitado, que tenga el paciente ese momento (OMS, 2015).

Efecto emocional.

En los pacientes con VIH, también encontraremos una variedad de prejuiciosos, culpas, miedos, angustias, las cuales se darán por el temor de enfrentarse a la infección, ya

sea por el miedo a quedarse solo, a la muerte, al rechazo, la discriminación, la crítica, los secretos, pues algunas veces es difícil tener el apoyo familiar que es tan necesario en estos momentos (ONUSIDA, 2008).

Por este motivo, algunas veces los pacientes se sentirán aislados, débiles, tristes; todo dependerá de cómo el paciente con VIH decide sujetarse a su vida, desde el instante que conoce su diagnóstico, aceptando la idea de ser VIH positivo, con esto disminuirá su angustia (Yalom, 2009).

Las intervenciones psicológicas, serán necesarias en una persona con VIH, pues el paciente podrá tener un apoyo, cuando conozca su diagnóstico, de emergencia, cuando tenga una situación estresora, de seguimiento, para conocer como se encuentra con la toma de medicación; de educación, logrando que el paciente sea consciente de esta nueva etapa en su vida y los cuidados que debe tener; el cual se podrá dar con un enfoque cognitivo-conductual, humanista o psicoanalítico, donde el profesional tendrá múltiples metas a lo largo de las intervenciones que debe de hacer, dependiendo de las necesidades del paciente (González, 2009).

Tratamiento.

Muchos científicos trabajan constantemente en la creación de una cura para el sida, lo cual ha llevado a la creación de medicamentos antirretrovirales, que exterminan o neutralizan el virus, por lo tanto se han ido creando estrategias diseñadas para controlar el virus y su multiplicación y propagación en el sistema inmunológico y demás órganos del cuerpo. Encontramos medicamentos dados en 1990, con la función de impedir que el virus copiara el material genético y produjera más virus en la persona infectada; en 1996 se dio un avance en terapia en donde el medicamento ayuda a disminuir la carga viral siendo indetectable (Louis y colaboradores, 1997; Wong y colaboradores, 1997).

Según la OMS (2013), se encontró que el uso de antirretrovirales, ayudaría a disminuir el riesgo de que el virus se transmita a una pareja sexual no infectada, reduciendo un 96%, siendo el caso de que la pareja se encuentre una persona infectada con VIH positivo y otra VIH negativa.

El nombre de los medicamentos dados para el tratamiento, es el de terapia antirretroviral. Su objetivo es el de reducir la carga viral a niveles imperceptibles y mantenerla a largo plazo, lo que ayudará a una restauración y preservación del sistema inmunológico de la persona infectada. Este proceso también es llamado reconstitución inmunológica, de esta manera, el paciente logrará tener una mejor vida, reduciendo las enfermedades oportunistas; por tal motivo, el tratamiento generalmente se basa en una combinación de 3 medicamentos que consiste en el inhibidor de proteasa junto a 2 nucleósidos (Danós y colaboradores, 2007).

En cuanto a las combinaciones podemos hablar de un régimen, de tres a más medicamentos, se debe de recordar que no cura la infección de VIH, sino por el contrario ayuda a las personas infectadas a vivir una vida más prolongada y sana, pues se evita que se convierta en SIDA. La toma de medicamentos dependerá de las necesidades de la persona seropositiva y cómo estos actúen en la persona, pues algunas veces se dan efectos secundarios, cómo diarrea, mareo, fatiga, dolor de cabeza, náusea y problemas de nervios.

Los medicamentos más utilizados se puede encontrar la Atripla (combinación de tres medicamentos en una tableta), Kaletra o Aluvia (son la combinación de Lopinavir y Ritonavir), el cual será dos tabletas al día, donde en un inicio se tomarán hasta cuatro tabletas al día (Castro, 2007).

La Atripla, es una pastilla que contiene tres medicamentos. Su composición el efavirenz, emtricitabina y tenofovir, fabricado por Gilead Sciences y Bristol-Myers, siendo el primer medicamento antirretroviral que contenga un régimen entero, el cual fue

aprobado en el año 2006, para ser parte de los esquemas del tratamiento antirretroviral de pacientes con VIH, al tomar la Atripla su carga viral se disminuye, dando un resultado de bajos niveles de virus y un aumento en el conteo de células CD4, lo que ayudará al paciente, el cual se sentirá sano por más tiempo (Infored SIDA, 2012).

En cuanto a los efectos secundarios de Atripla, se habla de que en un comienzo se pueden dar malestares como cefaleas, presión alta o agotamiento en general; entre los más comunes están los sueños vividos, ansiedad, diarrea, salpullido, náuseas, mareos, insomnio, vómitos y pérdida de apetito, los cuales pueden desaparecer con el tiempo (Infored SIDA, 2012).

La kaletra o aluvia es una combinación de lopinavir y ritonavir, dos comprimidos, que se tomarán dos veces al día, dependiendo del peso de la persona. Ésta es la dosis normal, pero para pacientes con resistencia será de cuatro tabletas al día, este medicamento será fabricado por Abbott, la cual fue aprobada en el año 2000 (Infored SIDA, 2014).

Sus efectos secundarios, serán la diarrea, fatiga, dolores de cabeza y náusea, son estos los más comunes, lo que puede causar la kaletra es aumento del nivel de grasas en la sangre, el cual con el tiempo puede desarrollar una enfermedad cardíaca y páncreas (Infored SIDA, 2014).

Se conoce que algunos antirretrovirales como el efavirenz y otros medicamentos, han tenido efectos adversos en la persona que los tome, siendo de tipo neuropsiquiátrico como la depresión, y las ideas de suicidio (Ferrando & Freyberg, 2008).

Por tal motivo, en la actualidad se trata de incentivar a la prevención del VIH, donde se habla del sexo seguro, dado por la educación y el cambio de conducta, hablando de estrategias donde se reduzca el riesgo, pues algunas conductas llamadas de riesgo serán las que incrementen la vulnerabilidad a la infección. Según Johnson y colaboradores, hay cuatro puntos a seguir para reducir el riesgo de VIH, 1) el uso correcto del condón, 2)

comunicación en la pareja, 3) reducir número de parejas sexuales 4) mejorar conocimiento general (Johnson y colaboradores, 2003).

Tema 2. Depresión en pacientes con VIH.

Definición.

En el estudio de Romero (2009), se habla de dos conceptos de depresión. El primero es dado por Natch y Recaimer, el cual describe que la depresión es un estado patológico en el que se habla de un sufrimiento psíquico consciente y de culpa; el segundo concepto traído en este estudio es ver a la depresión como un sentimiento, en el que se encuentra la pérdida de interés por su entorno, donde se observa la falta de esperanza.

La depresión en los pacientes con VIH, se ha visto como un estado emocional el cual cumplirá un papel trascendente en sus vidas, pues según el estudio de Galindo y Ortega (2010), el que un paciente tenga depresión se podrá relacionar con una menor calidad de vida, el paciente no mantendrá un compromiso con la toma de medicación, alejándose del tratamiento, en donde tendrá una mayor mortalidad.

Se debe de tomar en cuenta que la depresión, se dará en cualquier etapa de la infección, dependiendo del apoyo por el cual este atravesando el paciente con VIH positivo. Algunos profesionales de la salud, han mencionado que es normal la aparición de la depresión en la persona, especialmente esta se podrá dar junto con el progreso de la enfermedad (Romero, 2009).

Prevalencia.

Según el estudio de Gatti y colaboradores (2011), se ha podido encontrar que la depresión tiene una prevalencia significativa alta en los pacientes con VIH positivo, en donde menciona que está influenciando en el paciente generando una falta de interés en los cuidados médicos, a más de no adherirse al tratamiento.

Cuando hablamos de prevalencia, se ha podido encontrar que en pacientes con VIH, s de un 35%, con una variabilidad de 29 y 79%, lo cual dependerá de la población que será estudiada ese momento, el periodo de tiempo en el cual se desee investigar, así como los instrumentos que se utilizaran en el estudio (Jin y colaboradores, 2006).

Estudios de su prevalencia reflejan los siguientes datos: En Estados Unidos, se halló en una muestra de pacientes con VIH, un 36% en el último año (Bing y colaboradores, 2001); en América Latina, el estudio de Noqueira y colaboradores (2006) y Antakly de Melo y Malgebier (2006) que proviene de Brasil, dio una prevalencia de depresión del 21,8%, siendo una muestra de hombres y mujeres; mientras que en la que solo fue conformada por mujeres obtuvo un 25,8%; en China, según Jin y colaboradores (2006), se reportó un 79%, donde se dio un trastorno depresivo crónico y Gibbie y colaboradores (2007) en Australia encontraron un 15%.

Según estudios longitudinales, dados por Atkinson y Grant en 1994 en los pacientes con VIH, podemos encontrar comunidades de riesgo, las cuales sufren de tasas altas en depresión, estas son personas como homosexuales, en donde esta tasa de depresión va entre el 10% y 25%.

Una depresión podrá ser negativa para un paciente con VIH, pues no tiene los recursos necesarios, ya sean psicológicos y fisiológicos, para afrontarla, por tanto esto será un reto para ellos, que ya luchan contra una enfermedad que amenaza su vida.

Consecuencias.

La depresión en los pacientes con VIH, puede causar un deterioro funcional y sufrimiento, lo cual será negativo para la calidad de vida de un paciente con VIH positivo, tal es la razón, que será necesario un tratamiento a tiempo y no logre ser de interferencia para la mejoría del paciente y su adherencia al tratamiento (McEnany y colaboradores, 1998).

Según estudios encontrados, también se ha hallado que un paciente con VIH, al tener depresión, podrá tener mayor probabilidad a no adherirse al tratamiento y de no seguir los consejos médicos (Penzak y colaboradores, 2000), de esta manera afectaría su calidad y cantidad de vida.

Belkin y colaboradores (1992), descubrieron que los pacientes con VIH diagnosticados de depresión tienen un alto riesgo, al presentar ideas suicidas e intentos suicidas, por tal motivo es necesario que tengan la atención necesaria en los centros de salud.

En la depresión, se pueden dar distorsiones cognitivas, las cuales causan un malestar en el paciente, el cual será psicológico y emocional, que dependerá de la relación entre el pensar, sentir y actuar de la persona; pues según Castillo y colaboradores (1997), el paciente al conocer su diagnóstico, se dará un evento llamado activador, pues generará estrés en la persona, dando un impacto emocional, ya que en este momento se pueden dar sentimientos de vergüenza, discriminación.

Por esta razón, en los centros de salud deben de tener un registro de cómo está el paciente, dándose una entrevista clínica, donde se logre examinar y poder determinar si tiene depresión.

Las personas con VIH, al recibir su diagnóstico, tendrán riesgo a desarrollar depresión mayor. Al existir diferentes tipos de depresión, en la persona infectada se puede dar una baja rápida en su recuento de linfocitos CD4 (Burack y colaboradores, 1992), mientras que según (Belkin y colaboradores, 1992), se ha visto una serie de síntomas físicos y depresivos en la persona infectada de esta manera se acelera el curso de la enfermedad de VIH.

Existen investigaciones de cómo la depresión afectará el sistema inmune de la persona infectada, pues lo volverá susceptible a infecciones oportunistas, dando de esta

manera un efecto negativo en estos pacientes, afectando sueño, cambiando sus patrones, el causante de que él paciente logre tener cambios de estado de ánimo (Nemeroff, 1989).

Sintomatología.

Cuando un paciente con VIH, es diagnosticado con depresión, es normal que aparezcan trastornos de sueño, fatiga, disminución en su apetito y un estado de ánimo deprimido; por lo tanto es necesario indagar en cómo se encuentra un paciente con VIH (DSMIV, 1994).

Los pacientes, al tener depresión, también manifiestan cambios en su conducta, como es el aislarse, ira, y estarán expuestos a cambios en su sistema nervioso, que son parte de este estado de ánimo, como es la inapetencia, insomnio, polifagia y cambios en su peso (Colibazzi y colaboradores, 2006), y alteraciones cognitivas, como la dificultad de concentración y falla de memoria. Pero a más de esto debemos de recordar que la depresión será un trastorno difícil de diagnosticar, por lo que se debe de prestar atención a los criterios ya establecidos para una población general como los encontraremos en el DSMIV (Rush y colaboradores, 1995).

Al darse un diagnostico confirmatorio a un paciente con VIH, este tendrá alteraciones emocionales, donde la depresión, se introduce como una sensación que se da por una culpabilidad, ya que estará llena de pensamientos confusos. Se podrá ver un patrón de pensamientos, como es la preocupación, culpa y auto evaluaciones negativas, pues este será un detonante para la persona, ya que al tener altos niveles de depresión, se disminuye la función inmunológica, acelerando la progresión de la enfermedad, por esto se verá una disminución de supervivencia (Arrivillaga y colaboradores, 2006).

Por esto según Kessler y colaboradores (1993), los niveles de depresión encontrados en pacientes con VIH, son aparees tanto en hombres como en mujeres, pero en la investigación de Cook y colaboradores (2002), se obtuvo que las mujeres con VIH

positivo, tendrán altos niveles de sintomatología depresiva, tendiendo menos probabilidad de adherirse al tratamiento.

Además, se considera que los pacientes con VIH que suelen ser vulnerables a tener depresión son aquellos que se preocupan por su situación actual de salud, en donde se halla una incomodidad por su diagnóstico positivo y por no tener un apoyo espiritual o creencia religiosa (Yi y colaboradores, 2006).

Debemos de saber que la depresión, puede afectar al paciente con VIH positivo, con efectos presentes sobre su sistema glandular, donde se pueden observar sintomatologías como los cambios de peso, amenorrea, disminución de la libido, poca energía, pérdida de interés en actividades, a más de encontrar cambios biológicos, como son los trastornos de sueño y vigilia, y los problemas en temperatura corporal (Lee y colaboradores, 1990).

El diagnóstico de depresión en personas con VIH es confuso, debió a la sintomatología que puede ser constitutiva por la infección o infecciones oportunistas, siendo difícil un diagnóstico preciso, pero gracias a estudios realizados se ha logrado conocer que la depresión tendrá puntos específicos como son trastornos de sueño, falta de deseo sexual, falta de apetito, cambios de nivel de energía, agotamiento y capacidad de pensar con claridad; los cuales alteran el curso de vida de una persona, siendo periodos de depresión, donde el sujeto en este caso la persona con VIH, etiqueta este periodo como depresión (Tsujimoto y colaboradores, 1990).

Según algunos hallazgos, diagnosticar un episodio de depresión será difícil, por esto según Millikin y colaboradores (2003), realizaron un estudio para conocer como la fatigabilidad se asocia en el diagnóstico de depresión, obteniéndose como resultado que que la fatiga de un paciente con VIH presenta o no depresión.

Como nos habla Reynolds y colaboradores (1990), los trastornos de sueño, serán uno de los primeros signos que se dan en la depresión de forma temprana; en donde al examinar a un grupo de personas con VIH, se ve como el sueño es afectado tanto por la enfermedad como por la depresión. Norman y Cohn (1988) describen que la estructura del sueño en sujetos con VIH, el no será tan eficaz, pues se despertarán durante la noche, a más de no tener un sueño profundo, lo que podría darse a causa de la toma de medicación, como un efecto secundario. Por este motivo, el médico especialista cambia de esquema, pero si al no ser el medicamento causante de esto, se podrá deber a depresión.

El estudio realizado por Burack y colaboradores (1992), evaluó un grupo de 277 varones, en donde se dio un seguimiento longitudinal, teniendo como objetivo determinar la presencia de la sintomatología depresiva en la aparición del VIH prediciendo la disminución en el conteo de linfocitos CD4 o avance de la enfermedad, donde 65 participantes tuvieron calificación como deprimidos al empezar el estudio, en el que se encontró relaciones entre la depresión y las funciones inmunológica.

A más de este estudio, encontramos el estudio longitudinal de Lyketsos y colaboradores (1993), que tuvo el mismo objetivo del estudio antes mencionado. Conformado por un grupo de 1890 varones, donde el 21.3% de los participantes estaba deprimido al iniciar el estudio, presentaban un recuento de CD4 inferior, encontrando una muestra, en la cual la muestra manifestó más síntomas relacionados al VIH, concluyendo que la sintomatología del trastorno puede acompañar a los síntomas dados por el VIH y de esta manera disminuir la función inmunológica.

Tratamiento.

En cuanto a un tratamiento farmacológico, para los pacientes con VIH, es complicado pues se debe de conocer las lesiones que ha sufrido el tejido cerebral debido a

la enfermedad, que algunas veces se encuentra en la fase avanzada (Fernancez & Levy, 1994).

Para iniciar un tratamiento farmacológico con antidepresivos, deberá de ser planeado por los médicos de cada paciente, ya que primer momento podría ser rechazado por los médicos, pues interfiere con la toma de antirretrovirales, y será una opción si el paciente no se adhiera a ellos, también se deberán de tomar en cuenta los efectos adversos que puedan tener al iniciar el tratamiento (Shippy y colaboradores, 2004).

El tratamiento, que se da en los pacientes con VIH, será el mismo que el de la población en general u otros subgrupos que tengan enfermedades crónicas, en el cual se podrá dar una orientación basada en diversas modalidades, que combinará la farmacoterapia, psicoterapia e intervenciones psicosociales; por esto si el médico especialista lo recomienda, se podrá dar el uso de un tratamiento farmacológico con antidepresivos, que deberá de ser monitorizado desde su inicio, pues se dará el uso de medicación cuando se dé una sintomatología depresiva grave, la cual tendrá una discapacidad en el área laboral, ideación suicida o intentos suicidas, por lo tanto es necesario un manejo con el psiquiatra (Wolff y colaboradores, 2010).

En cuanto a psicoterapia, es recomendable una intervención que reducirá su malestar emocional, como es la terapia cognitiva, el entrenamiento de habilidades de afrontamiento o la terapia familiar, en donde el paciente logra tener apoyo que necesita ese momento (Ballester, 2003).

Tema 3. Ansiedad en paciente con VIH.

Definición.

La ansiedad, según Romero (2009), es una reacción global, la cual se presenta en el organismo cuando enfrenta una situación que es amenazante, que incluirá aspectos

emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos; la cual será patológica por su intensidad, la forma en que se da, persistencia y recurrencia; estando conformada por dos componentes, la presentación de manifestaciones somáticas y la que estará presente en síntomas afectivos y cognitivo-conductuales.

Según Arrivillaga y colaboradores (2006), el tener ansiedad, corresponderá a la situación por la cual este pasando el paciente infectado ese instante, pues al recibir su diagnóstico pasa por un momento crítico que ocasiona alteraciones emocionales y cognitivas, en donde la ansiedad entrará como una emoción anticipatoria.

Un paciente con VIH, al presentar ansiedad, puede apoyarse al tener una relación positiva con la religiosidad y un apoyo terapéutico, el cual servirá a la persona como un afrontamiento a la ansiedad ante la idea de la muerte, dándose una mejora en la vida que lleva el paciente con VIH positivo (Bakke- Friedland, 1999).

Sintomatología.

Entre las manifestaciones somáticas, encontramos: la diarrea, los mareos, molestias gástricas, taquicardia, temblores, urgencia urinarias, entre otros; mientras que en los síntomas cognitivos-conductuales y afectivos: tenemos el nerviosismo, la inquietud, el deseo de huir, sensación de muerte (Romero, 2009).

Según Arrivillaga y colaboradores (2006), la ansiedad tendrá una serie de sentimientos de tensión y anticipación de ir acompañada por una activación fisiológica, la que estará relacionada con los estímulos externos e internos del paciente.

En el DSMIV (1994), se habla de la ansiedad con una serie de caracterizaciones, como son los aspectos comunes, empezando desde lo fisiológico, donde se encuentran las palpitations, sudoración, taquicardia, hipertensión, diarrea, mareos, temblores; lo

conductual, donde se ven las conductas de evitación; y lo cognitivo, donde está la hipervigilancia, ideas catastróficas.

Los trastornos de ansiedad, se darán al conocer el diagnóstico, o en la espera de los resultados, ya sea para conocer si son seropositivos o como se encuentra su carga viral en ese momento. Por este motivo, la ansiedad puede tener una variedad de sintomatología dependiendo de la situación en este atravesando la persona con VIH, encontrándonos con nerviosismo, pérdida de apetito, insomnio; hasta trastornos de pánico, fobias o cuadros obsesivo-compulsivos (Pimentel y Bisso, 2000). Además, de esto se deberá de tomar en cuenta la vulnerabilidad psicológica del paciente, donde dependerá como está el paciente ese instante, ya sea en el ámbito familiar, social o laboral (Pimentel y Bisso, 2000).

Un paciente con VIH positivo al tener ansiedad, tendrá una serie de pensamientos confusos, su memoria presentará fallos ya sea en obtención o retención y encontremos deterioros en la concentración; también se podrá encontrar un patrón en sus pensamientos, como son los elementos de preocupación y auto evaluaciones negativas (Broadbent y colaboradores, 1982).

Un paciente con VIH, tendrá que estar presente en situaciones de estrés, generando un impacto en su funcionamiento personal, social y emocional, donde vemos como respuesta a la ansiedad, la cual será inevitable y será la causante de síntomas, que no formaran parte de la enfermedad, dando un malestar en la persona infectada (Limonero, 1997).

En los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, se ha podido encontrar presente el síndrome de la lipodistrofia, el cual se da como una consecuencia secundaria de algunos medicamentos antirretrovirales y se define por cambios físicos y químicos, con manifestaciones como una redistribución de la grasa corporal, lo cual ocasiona en la persona un deterioro de su apariencia física, dándose complicaciones en su autoestima,

afectando sus relaciones sociales, como consecuencia estará presente la ansiedad y depresión (García y Front, 2004; Ruiz y colaboradores, 2008; Remor, 2002).

Consecuencias.

Los pacientes con VIH, al tener ansiedad, pueden tener una disminución en el sistema inmunológico, siendo un problema que se verá reflejado en la toma de antirretrovirales; Ingersoll (2004), en un estudio con una muestra de 120 adultos, determinó como la ansiedad fue un factor de riesgo pues se vio la evitación de toma de medicación, donde se vio la no adherencia, un aumento en la carga viral y una disminución de células CD4, todo esto generado por la ansiedad.

Entre los temores que tiene el paciente, se encuentra el miedo de contagiar a otros, reinfectarse, no poder controlar emociones, el desarrollo futuro de la enfermedad, donde es necesario una intervención para poder conocer la intensidad y frecuencia de estos temores que tiene la persona con VIH, para lograr manejar estas situaciones, y que pueda enfrentarse a ellas, logrando orientar su vida, aceptando su estado actual, y que logre tener las herramientas para manejar situaciones que podrán darse en un futuro (Huete, 2002).

Una persona, al presentar estrés, tendrá una liberación de los neurotransmisores, los cuales generan cambios conductuales en los pacientes lo que permite afrontar estímulos estresantes, los cuales podrán ser extensos, donde se verán alteraciones en el sistema inmunológico, generando vulnerabilidad a enfermedades oportunistas (Pavón, 2004).

Se debe de tomar en cuenta según, Remor y colaboradores, 2001, que la ansiedad con relación a la infección por VIH, varía pues depende del estadio de la infección. Se ha determinado que si la persona tiene un debido conocimiento de la infección, los niveles de ansiedad bajan, si el paciente siente control sobre su enfermedad, tiene la fuerza para afrontarla.

En un estudio, dada por Van-Servellen y colaboradores (2002), se tuvo como resultado que un 50% de pacientes con VIH positivo, presentaban ansiedad; a más de esto (Siegel y colaboradores, 1998), encontró en su estudio que las mujeres presentarán una dificultad a acoplarse a la infección por VIH que los varones, por esto tendrán altos niveles de ansiedad.

La ansiedad, esta se podrá presentar por el miedo a la muerte que tiene la persona al conocer su diagnóstico de VIH positivo, lo cual será una reacción emocional, que se da por esta señal de peligro y amenaza en su vida, la que podrá ser real o imaginaria, desencadenándose en estímulos situacionales o ambientales (Templer, 1970).

Al recibir el diagnóstico de VIH, será normal el que se presente elevados niveles de ansiedad, depresión, o tentativas suicidas; por otro lado esto podrá darse por el impacto emocional, cuando tengan aspectos como las dudas, diagnóstico seropositivo, el rechazo por parte de las personas que sean significativas para la persona diagnosticada de VIH, el poder contraer enfermedades oportunistas, la discriminación, el desempleo, el tratamiento, estadios terminales, entre otros (Vera-Villaruel y colaboradores, 2004).

Algunas investigaciones, han mencionado como la ansiedad es un factor que se dará junto al progreso que tendrá el virus de inmunodeficiencia, la cual se relaciona con la ira y el avance del VIH a etapa de SIDA (Leserman, y colaboradores, 2002).

Incidencia.

Las mujeres según Sánchez y colaboradores (2006), serán las más propensas a tener una situación con impacto emocional al ajustarse al diagnóstico VIH positivo que han recibido, más que los varones; puesto que tendrá más preocupación por su salud, lo que genera ansiedad.

Además, se encontraron mayores niveles de ansiedad, en aquellas personas que no reciben el apoyo de su familia, al no poder compartirles del diagnóstico que han recibido; y

en lo sujetos que tienen temor de una muerte prematura (Kirchberg y Moore, 1995), la cual se dará por el deterioro cognitivo que tenga el paciente con VIH, ante la idea de la muerte.

Tratamiento.

En cuanto tratamiento, es necesario la utilización de técnicas para reducir la ansiedad, cómo son un entrenamiento en relajación, imaginación guiada por él terapeuta, preparación en destrezas de afrontamiento, donde se abarca el optimizar el ámbito social del paciente con infección por VIH (Ballester, 2003).

El uso de medicación para disminuir los síntomas ansiosos de la persona, se ha tratado de evitar el uso de benzodiazepinas, pues será una mala combinación con los medicamentos antirretrovirales, ya que se ha observado un riesgo de dependencia y abuso; por esto se ha recomendado el uso de hipnóticos – sedantes como la eszopiclona o zolpidem; pero siempre se deberá de tener un seguimiento con el médico especialista en este caso el área de Psiquiatría, logrando saber cómo esta interactuando la medicación en el metabolismo hepático de la persona con VIH positivo (Sánchez y Tomatoe, 2014).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio transversal tipo analítico, pues no involucra seguimiento, y permite, por medio de la relación de los resultados conseguidos en la intervención buscar una diferencia significativa entre los niveles de depresión y ansiedad y las variables de género, estado civil, edad, carga viral y tratamiento.

Se utilizaron dos test, el primero la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Zung, 1965), y el segundo cuestionario será la Escala de Ansiedad de Zung (Zung, 1965), los cuales constarán de 20 preguntas, se utilizó una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

Justificación de la metodología seleccionada

La metodología aplicada en esta tesis, buscará determinar las nueve hipótesis que se han planteado. Se utilizarán correlaciones, las cuales poseen ventaja de ser más estructuradas, logrando explorar describir y asociar variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) y Anova one way, pues es un análisis estadístico que te permite ver la influencia de una variable independiente sobre la dependiente (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Herramienta de investigación utilizada

Para obtener los datos utilizaron dos test. El primero la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Zung, 1965), el cual será un cuestionario que cuantificara la sintomatología de la depresión, además tendrá una similitud del cuestionario de depresión de Hamilton, debido al componente somático-conductual, este cuestionario estará formado por 20 frases relacionadas con depresión, las cuales tienen preguntas donde la mitad de ellas son de términos positivos y la otra mitad términos negativos, donde se pondrá énfasis en la sintomatología somática y cognitiva, del paciente. El paciente al realizar la encuesta

no responderá por la intensidad de síntomas sino por la frecuencia, donde se usará la escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre) (Rivera y colaboradores, 2007).

El segundo cuestionario será la Escala de Ansiedad de Zung (Zung, 1965), el cual constará de 20 preguntas, cada pregunta se refiere a manifestaciones características de ansiedad, como son los síntomas y los signos, donde el paciente responderá por frecuencia no por intensidad, utilizaremos de igual manera una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre) (Zung, 1965).

Descripción de participantes

Número.

El universo total de los participantes serán todos los pacientes que padecen de VIH del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito que se atienden por consulta externa, teniendo un aproximado de 200 pacientes. De la lista total de pacientes atendidos se tomará una muestra de 30 sujetos, la cual es significativa para el número total de la población.

Género.

La muestra estará conformada por 15 mujeres y 15 hombres con la finalidad de tener resultados equivalentes, por ende de los 30 participantes un 50% serán mujeres y un 50% hombres.

Edad.

Se incluirá participantes que tengan entre 18 a 50 años, pues según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el 25,9% de los pacientes infectados por el VIH tienen entre 15-29 años y el 21.9% tienen entre 30-49 años (2011); por lo que se abarcaría casi el 47,88% de la población. En el estudio se tuvo un promedio de edad de 33 años.

Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico en el estudio no es relevante, pues no se lo tomo como variable. Sin embargo, se debe considerar que son pacientes de consulta externa del Hospital Enrique Garcés de Quito.

Características especiales relacionadas con el estudio.

Como características es el buscar pacientes que sean VIH positivo de consulta externa del Hospital Enrique Garcés de Quito.

Fuentes y recolección de datos

Los datos serán recolectados mediante dos cuestionarios, los cuales son auto-administrados, a más de esto se llenarán los cuestionarios en el consultorio de Psicología Clínica del departamento de Infectología del Hospital Enrique Garcés. La toma de ambos cuestionarios y el leer el consentimiento informado será de aproximadamente una hora, sin embargo no existe un límite de tiempo para la aplicación de los test. Cada uno de los cuestionarios busca medir aspectos emocionales de los pacientes con VIH.

Se utilizará la escala Autoaplicada de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de Zung (Zung, 1965). Todos ellos se realizarán el momento de la intervención y permitirán medir los estados emocionales.

En cuanto a la validez y confiabilidad de los instrumentos, un estudio realizado, habla de que son los instrumentos más utilizados por tener un lenguaje fácil de entender, y ser utilizados en la investigación. La escala de ansiedad de Zung presenta un índice bastante alto en fiabilidad y validez donde obtuvo una confiabilidad de la media tuvo un Cronbach global de 0.85. En cuanto a la escala de depresión de Zung, se da un alto índice de fiabilidad y validez, encontrando una confiabilidad satisfactoria, un Alpha Cronbach de 0.79, a más de esto en este estudio se habla de la óptima validez de constructo y

confiabilidad para personas con VIH que tienen los instrumentos (Rivera y colaboradores, 2007).

Los resultados serán almacenados con toda la confidencialidad posible y se protegerá la identidad de los pacientes en todo momento. De la misma forma, se evitará revelar datos que los identifique, como menciona el código de ética para psicólogos clínicos. Los datos se guardarán en la computadora personal del investigador que tiene clave de acceso y solo podrán ser revisados y leídos por el mismo investigador y el director de tesis, si fuera necesario (psicólogo supervisor). Los cuestionarios serán guardados en una carpeta, donde el investigador tendrá acceso.

Una vez terminado el estudio y el análisis de datos estos serán archivados en el mismo lugar por 5 años como lo menciona la ley ecuatoriana en caso de que sean solicitados por los pacientes. Posteriormente serán eliminados de los archivos, al igual que los test que serán eliminados.

Los datos no serán publicados en ningún medio de difusión masiva, serán utilizados como parte de la tesis de grado, estableciendo un número para referirse al participante, evitando su identificación.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Los cuestionarios de depresión y ansiedad de Zung, como antes mencionado, fueron aplicados a los pacientes con VIH positivo de consulta externa del Hospital Enrique Garcés de Quito. Los datos obtenidos cumplieron un proceso ordenado de tabulación y análisis para llegar a las conclusiones que se presentarán posteriormente.

Ambos cuestionarios fueron tabulados de forma individual por la autora de la tesis en una tabla estadística en el programa Excel, donde se contabilizaron todos los datos proporcionados por los pacientes. A cada uno de los pacientes se le asignó un número de identificación al azar, se inició la tabla con los datos demográficos, donde se encontraba su edad, género, tipo de tratamiento y carga viral. Posteriormente, se contabilizó las respuestas dadas por los encuestados a ambos cuestionarios.

La codificación de los resultados se dio en base a la categorización dada por la Escala Autoplicada de depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de Zung (Zung, 1965). El puntaje total obtenido de la suma de todos los ítems se considera: “25-49 rango normal, 50-59 ligeramente deprimido/ansioso, 60-69 moderadamente deprimido/ansioso, 70 o más, severamente deprimido/ansioso” (Zung, 1965, p.63-70). Los resultados fueron estudiados en el programa de análisis estadístico MiniTab15. Los resultados obtenidos se presentan a continuación en forma resumida, iniciando con el análisis de los datos demográficos.

Las tablas que se presentan a continuación tendrán los resultados correspondientes: En la Tabla 1. Se da un resumen de los datos de género; Tabla 2. Un resumen de los datos por edad; Tabla 3. Un resumen de las cargas virales del paciente; Tabla 4. Un resumen de los tipos de tratamiento; los cuales nos permiten comprobar las hipótesis planteadas, mediante la Tabla 5. Análisis estadístico de los resultados de depresión; Tabla 6. un análisis estadístico de los resultados de ansiedad; Tabla 7. la cual tuvo un resultado análisis

estadístico ANOVA one way entre el género y el nivel de depresión, Tabla 8. Con un análisis estadístico ANOVA one way entre el género y el nivel de ansiedad, Tabla 9. Con un análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad, Tabla 10. Con un análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre edad y el nivel de depresión, Tabla 11. Con un análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre edad y nivel de ansiedad, Tabla 12. Con un análisis estadístico ANOVA one way entre la carga viral y el nivel de depresión, Tabla 13. Con un análisis estadístico ANOVA one way entre la carga viral y el nivel de ansiedad, Tabla 14. Con un análisis estadístico ANOVA one way entre tipo de tratamiento y nivel de depresión y finalmente la Tabla 15. Con un análisis estadístico ANOVA one way entre tipo de tratamiento y nivel de ansiedad.

Según la variable género los pacientes de este estudio son:

Tabla 1. Resumen de los datos por género		
Género	Número	Porcentaje
Masculino	15	50%
Femenino	15	50%
Total	30	100%

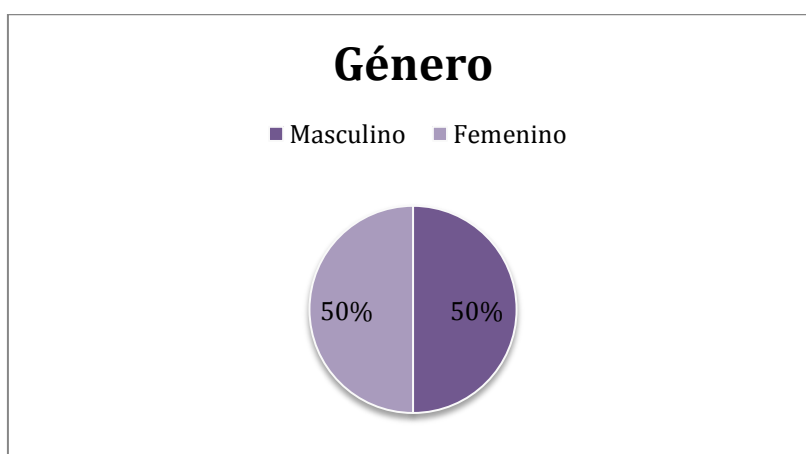


Figura 1. Resumen de los datos por género.

De forma general, el 50% de la muestra es de sexo masculino mientras que el 50% es de sexo femenino.

Según la variable edad, los pacientes de este estudio son:

Tabla 2. Resumen de los datos por edad

Edad	Número	Porcentaje
20-30	11	36,7
31-40	12	40
41-50	7	23,3
Total	30	100%

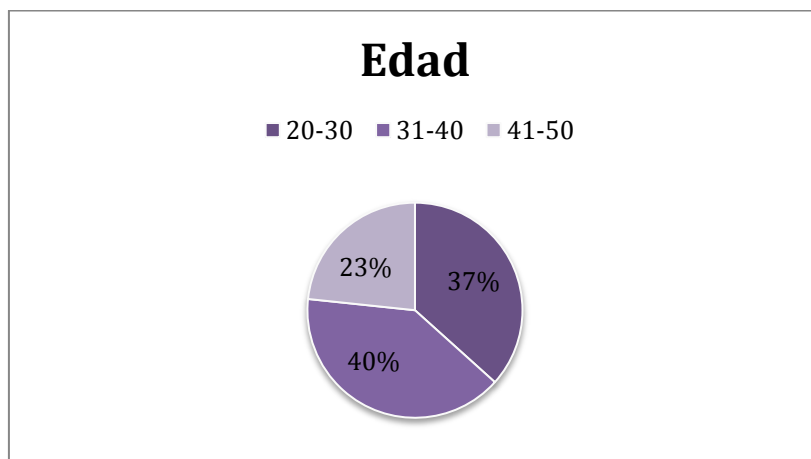


Figura 2. Resumen de los datos por edad.

De forma general, el 40% de la muestra corresponde a una edad de 31-40, el 37% será el de una edad de 20-30 años, mientras que un 23% corresponderá a una edad de 41-50 años.

Según la carga viral los pacientes de este estudio:

Tabla 3. Resumen de los datos de carga viral

Carga Viral	Número	Porcentaje
Indetectable	20	66,67
Detectable	10	33,33
Total	30	100%

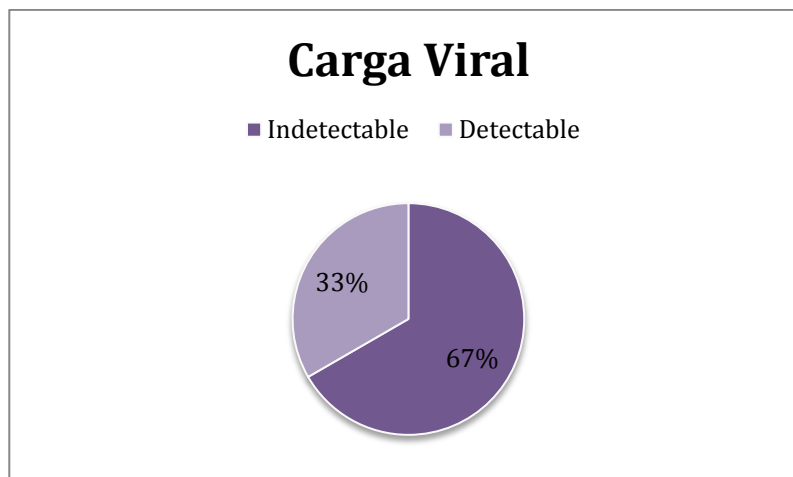


Figura 3. Resumen de los datos por carga viral.

De forma general, el 67% de la muestra presenta una carga viral indetectable, mientras que un 33% de la muestra tendrá una carga viral detectable.

Según los datos obtenidos el tratamiento recibido por los pacientes de este estudio:

Tabla 4. Resumen de Tabla de Tratamiento

Tabla de Tratamiento	Número	Porcentaje
Aluvia	8	26,67
Atripla	17	56,67
Efavirenz	2	6,67
Tenofovir	3	9,99
Total	30	100

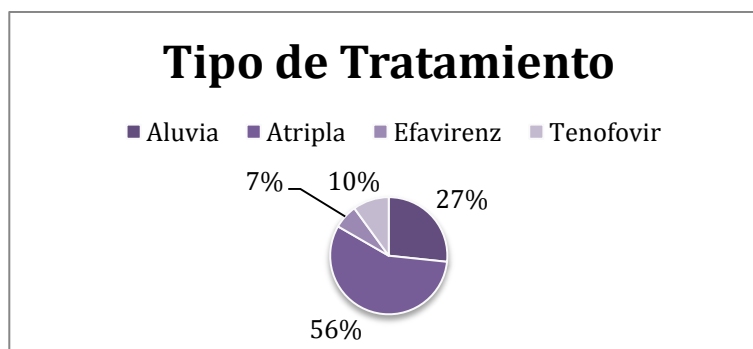


Figura 4. Resumen de los datos por tratamiento.

De forma general, un 56% de la muestra tomará Atripla, un 27% Aluvia, un 10% tomará Efavirenz y finalmente un 7% tomara Tenofovir.

Después del análisis estadístico de los datos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5. Resumen de análisis estadístico de resultados de depresión

Puntaje	Equivalencia	No. De pacientes	Porcentaje
25-49	Normal	26	87%
50-59	Ligeramente deprimido	4	13%
	Moderadamente deprimido	0	0%
60-69	deprimido	0	0%
70 o mas	Severamente deprimido	0	0%

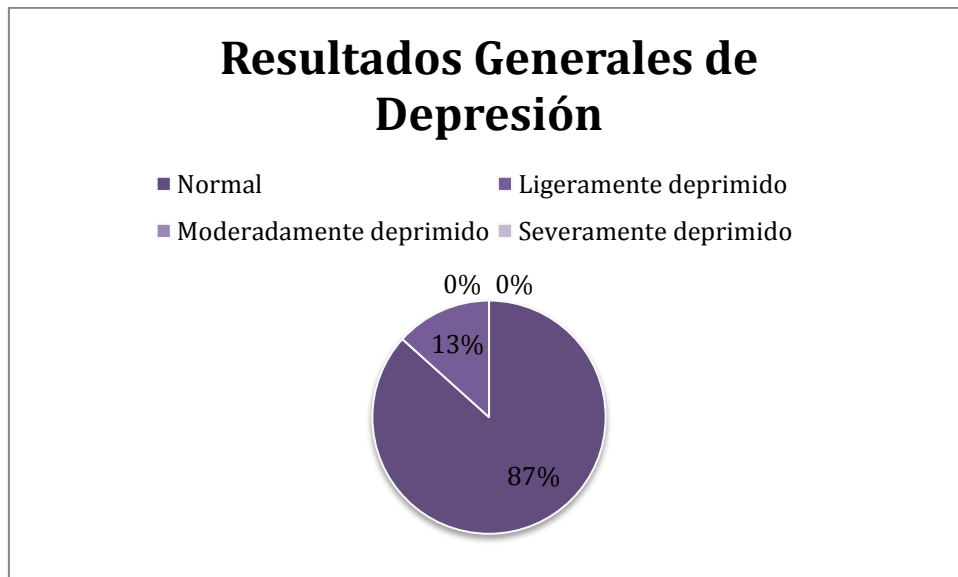
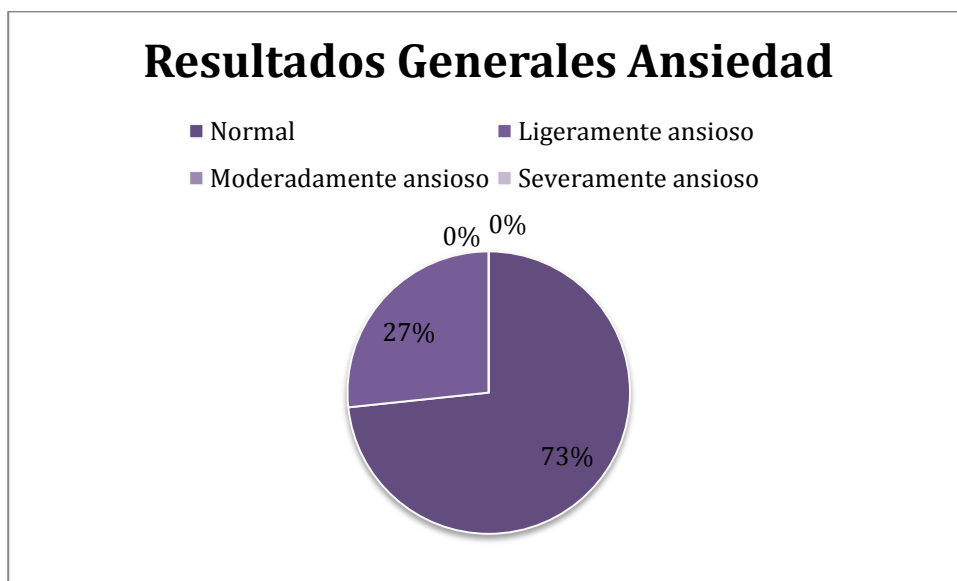


Figura 5. Resumen de los resultados generales de depresión.

De forma general, un 87% no tuvo depresión, mientras que un 13% obtuvo un resultado de ligeramente deprimido.

Tabla 6. Resumen de análisis estadístico de resultados de ansiedad

Puntaje	Equivalencia	No. De pacientes	Porcentaje
25-49	Normal	22	73%
50-59	Ligeramente ansioso	8	27%
60-69	Moderadamente ansioso	0	0%
70 o mas	Severamente ansioso	0	0%

*Figura 6. Resumen de los datos resultados de ansiedad.*

De forma general, un 73% no tuvo ansiedad, mientras que un 27% obtuvo un resultado ligeramente ansioso.

Tabla 7. Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre el género y el nivel de depresión

Género vs. Nivel de Depresión	
Masculino	X= 40,87
Femenino	X= 37,73
F:	0,80
P	0,379

Hipótesis 1: Los pacientes con VIH positivo del sexo femenino tienen un mayor índice de depresión que los del sexo masculino.

Para comprobar la hipótesis de que el sexo influye en el índice de depresión se aplicó un ANOVA one way. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre el sexo de los pacientes con VIH positivo y el índice de depresión ($F=0,80$; $p> 0,05$). Dichos resultados indican que las pacientes femeninas con VIH positivo no tienen un mayor índice de presión que los pacientes del sexo masculino.

Tabla 8. Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre el género y el nivel de ansiedad
Género vs. Nivel de ansiedad

Masculino	X= 40,33
Femenino	X= 40,00
F:	0,01
P	0,931

Hipótesis 2: Los pacientes con VIH positivo del sexo femenino tienen un mayor índice de ansiedad que los de masculino

Para comprobar la hipótesis de que el sexo influye en el índice de ansiedad se aplicó un ANOVA one way. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre el sexo de los pacientes con VIH positivo y el índice de ansiedad ($F=0,01$; $p> 0,05$). Dichos resultados indican que las pacientes masculinos con VIH positivo no tienen un mayor índice de ansiedad que los pacientes del sexo femenino.

Tabla 9. Resumen análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre el nivel de depresión y el nivel de ansiedad

Depresión vs. Ansiedad	
r:	0,738
P	0,00

Hipótesis 3: A mayor es el nivel de depresión en los pacientes con VIH positivo hay un mayor nivel de ansiedad en los mismos.

Para comprobar la hipótesis de que a mayor es el nivel de depresión en los pacientes con VIH positivo hay un mayor nivel de ansiedad en los mismos se aplicó un análisis de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos de la correlación de Pearson no dan soporte a la hipótesis de que existe una fuerte correlación positiva entre ambas variables ($r= 0,738$) Dicha correlación indica el nivel de depresión marcado por los pacientes no tiene ninguna relación con el nivel de ansiedad.

Tabla 10. Resumen análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre edad y el nivel de depresión

Edad vs. Depresión	
r:	-0,022
P	0,907

Hipótesis 4: Los pacientes con VIH positivo a menor edad de diagnóstico tienen menores expectativas por ende mayores niveles de depresión. Se considera que existe una correlación negativa entre las variables edad y nivel de depresión.

Para comprobar la hipótesis de que las personas con diagnóstico de VIH positivo mientras más edad menor es el nivel de depresión se aplicó un análisis de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos de la correlación de Pearson dan soporte a la hipótesis de que existe una fuerte correlación negativa entre la variable edad y la variable depresión ($r= -0,022$) Dicha correlación indica que entre menor es la edad del paciente mayores son los niveles de depresión.

Tabla 11. Resumen análisis estadístico coeficiente de correlación de Pearson entre edad y el nivel de ansiedad

Edad vs. Ansiedad	
-------------------	--

r:	0,081
P	0,671

Hipótesis 5: Los pacientes con VIH positivo a menor edad de diagnóstico tienen mayor preocupación por el futuro por ende mayores niveles de ansiedad. Se considera que existe una correlación negativa entre las variables edad y nivel de ansiedad.

Para comprobar la hipótesis de que las personas con diagnóstico de VIH positivo mientras más edad menor es el nivel de ansiedad se aplicó un análisis de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos de la correlación de Pearson no dan soporte a la hipótesis de que existe una fuerte correlación negativa entre la variable edad y la variable ansiedad ($r= 0,081$) Dicha correlación, sin embargo, indica que entre mayor es la edad del paciente mayores son los niveles de ansiedad.

Tabla 12. Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre la carga viral y el nivel de depresión

Carga Viral vs. Nivel de Depresión	
Detectable	X= 46,20
Indetectable	X= 35,85
F:	10,31
P	0,003

Hipótesis 6: Los pacientes con carga viral en niveles detectables tienen un mayor nivel de depresión.

Para comprobar la hipótesis de la carga viral en la sangre del paciente tiene un efecto sobre el nivel de depresión se aplicó un ANOVA one way. Los resultados indican

que efectivamente existen diferencias significativas entre la carga viral de los pacientes con VIH positivo y el índice de depresión ($F=10,31$; $p < 0,05$). El Análisis Bonferroni indica que los pacientes con una carga viral Detectable ($X= 46,20$) tienen un mayor nivel de depresión que los pacientes que tienen una carga viral Indetectable ($X=35,85$).

Tabla 13. Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre la carga viral y el nivel de ansiedad

Carga Viral vs. Nivel de Ansiedad	
Detectable	$X= 46,50$
Indetectable	$X= 37,00$
F:	6,97
P	0,013

Hipótesis 7: Los pacientes con carga viral en niveles detectables tienen un mayor nivel de ansiedad.

Para comprobar la hipótesis de la carga viral en la sangre del paciente tiene un efecto sobre el nivel de ansiedad se aplicó un ANOVA one way. Los resultados indican que efectivamente existen diferencias significativas entre la carga viral de los pacientes con VIH positivo y el índice de ansiedad ($F=6,97$; $p < 0,05$). El Análisis Bonferroni indica que los pacientes con una carga viral Detectable ($X= 46,50$) tienen un mayor nivel de ansiedad que los pacientes que tienen una carga viral Indetectable ($X=37,00$).

Tabla 14. Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre el tipo de tratamiento y el nivel de depresión

Tipo de Tratamiento vs. Nivel de Depresión	
Aluvia	$X= 41,14$
Aluvia-Atripla	$X= 32,00$
Atripla	$X=39,71$

Efavirenz	X=52,00
Kivexa-Efavirenz	X=30,00
Tenofovir	X=34,00
F:	0,88
P:	0,508

Hipótesis 8: Los pacientes que reciben un tratamiento de Atripla tienen niveles de depresión menor que con el resto de tratamientos.

Para comprobar la hipótesis de que el tipo de tratamiento tiene efecto sobre el índice de depresión se aplicó un ANOVA one way. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre el tipo de tratamiento que reciben los pacientes con VIH positivo y el índice de depresión ($F= 0,88$; $p> 0,05$). Dichos resultados indican que los pacientes que reciben un tratamiento con Atripla en esta muestra no tienen un menor índice de depresión.

Tabla 15. Resumen análisis estadístico ANOVA one way entre el tipo de tratamiento y el nivel de ansiedad

Tipo de Tratamiento vs. Nivel de Ansiedad	
Aluvia	X= 43,00
Aluvia-Atripla	X= 36,00
Atripla	X=41,12
Efavirenz	X=54,00
Kivexa-Efavirenz	X=29,00
Tenofovir	X=28,67
F:	1,73
P:	0,165

Hipótesis 9: Los pacientes que reciben un tratamiento de Atripla tienen niveles de ansiedad menor que con el resto de tratamiento

Para comprobar la hipótesis de que el tipo de tratamiento tiene efecto sobre el índice de ansiedad se aplicó un ANOVA one way. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre el tipo de tratamiento que reciben los pacientes con VIH positivo y el índice de ansiedad ($F= 1,73$; $p> 0,05$). Dichos resultados indican que los pacientes que reciben un tratamiento con Atripla en esta muestra no tienen un menor índice de ansiedad.

Importancia del estudio

Este estudio pretende demostrar los factores relacionados al desarrollo de ansiedad y depresión y las variables género, edad y tratamiento en pacientes con VIH positivo de la ciudad de Quito. Por tal motivo, este estudio tiene gran importancia tanto para el área de salud física como psicológica, ya que las variables mencionadas afectan sin duda la recuperación del paciente a largo plazo.

Todas estas variables mencionadas, tienen que ser tomadas en cuenta el momento de tratar con un paciente que este diagnosticado con un enfermedad crónica como es el VIH. Potencialmente esta investigación podría contribuir a abrir una rama de exploración en el tratamiento psicológico de los pacientes VIH positivo, y cómo manejar de mejor forma, las variables psicológicas que se presentan en el transcurso del síndrome. Es el inicio para futuras investigaciones y más amplias tanto en el hospital Enrique Garcés como para la ciudad de Quito.

Según, los resultados obtenidos en este estudio son importantes porque muestran una tendencia del estado emocional que tienen los pacientes de VIH, en la actualidad. Es fundamental considerar estos resultados como una puerta, para estudios siguientes.

Es un gran aporte para el Hospital Enrique Garcés, en su área de infectología especializada en el trato de pacientes con VIH. Los datos ratifican los estados emocionales de los pacientes y las variables que intervienen, por lo que sirven para implementar las estrategias para mejorar la nueva forma de vida del paciente con VIH, que al mismo tiempo influirá en la longevidad del enfermo. Conociendo qué estados emocionales se dan en esta etapa sintomatológica y qué tratamientos antirretrovirales pueden estar mejorando estos estados de ánimo, se ayudaría ampliamente a los pacientes.

De igual manera, contribuye a centros de salud especialmente en aquellos que trabajen con VIH positivo.

Resumen de sesgos del autor

Los participantes fueron seleccionados de forma aleatoria, en una muestra igualitaria, tomando las mismas encuestas tanto en hombres como en mujeres, de manera individual sin afectar los resultados obtenidos, sin embargo el autor puede haber, inconscientemente, emitido algún comentario, expresión gestual o haberse expresando en una manera que haya activado la reactividad de los pacientes ante las preguntas de los cuestionarios.

CONCLUSIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

En cuanto a las preguntas de investigación, se ha encontrado que, las dos primeras preguntas planteadas que hacen referencia si el sexo femenino tiene un mayor índice de depresión y ansiedad que en los de sexo masculino, se obtuvo un resultado con no diferencias significativas, es decir, no existió una diferencia que justifique las preguntas planteadas, encontrando que en los pacientes de VIH de sexo femenino tienen las misma depresión y ansiedad que los pacientes de sexo masculino en esta etapa de la enfermedad.

Estos datos no concuerdan con el estudio de Centers for Disease Control and Prevention (2002), se observó un aumento significativo de casos en mujeres con este diagnóstico, encontrando un 36% de lo 1,7 millones de personas que están con el virus de inmunodeficiencia humana en América Latina, las cuales podrán estar propensas a tener ansiedad y depresión debido al rol importante que mantienen en el hogar, en cuanto la variable de ansiedad, en el estudio de Morrison (2002), se encontró que las mujeres mostraban mas síntomas ansiosos que los hombres, sin embargo los hallazgos encontrados en el estudio no nos muestran una diferencia significativa.

En la tercera pregunta, se decidió conocer si un paciente con VIH positivo, al tener depresión, podría tener ansiedad de igual forma. Como resultado no se encontró ninguna relación, por tal razón, un paciente en esta etapa pasará por cambios personales, los cuales dependerán de la situación por la cual este pasando la persona para que se dé uno de estos estados de ánimo y la magnitud en que se expresen.

Es importante considerar, que en los pacientes con VIH, también se podrá encontrar la ira, el miedo, la irritabilidad, las cuales a veces se enmascaran la depresión que pueden llegar a tener los pacientes con VIH positivo.

En la cuarta pregunta, se habla si los pacientes con VIH positivo a menor edad de diagnostico tienen mayor depresión, para lo cual se tuvo como resultado que los pacientes con menor edad tendrán mayores niveles de depresión, lo cual puede ser consecuencia del cambio en su estilo de vida, el paciente tendrá que hablar con la familia sobre su diagnostico, a más de empezar con un tratamiento, el cual dependerá de su carga viral.

En la quinta pregunta, se habla si los pacientes con VIH positivo, a menor edad tendrán mayores niveles de ansiedad, para lo cual se tuvo como resultado que los pacientes con VIH no presentaban ansiedad, encontrando que la edad del paciente no tendrá una correlación con los niveles de ansiedad.

En la sexta y séptima pregunta, si los pacientes con carga viral en niveles detectables tienen un mayor nivel de depresión y ansiedad, se encontraron que si existen diferencias significativas. Se vio que el paciente con una carga viral indetectable no tenían niveles altos de ansiedad y depresión, por lo que se asume que la carga viral influye en un paciente, encontrado que el paciente con una carga viral indetectable tiene sistema inmune superior, tiene la infección bajo control, por tal motivo, el paciente está estable y no tiene esta preocupación constante sobre su salud (Muñoz, 2013).

En la octava y novena pregunta, si los pacientes con un tratamiento con Atripla tendrán niveles de depresión y ansiedad menores que con otros tratamientos, no se encontraron diferencias significativas, lo cual nos muestra que el uso de medicamentos no interfiere con los estados emocionales, a más de que en la muestra no se encontraron un menor índice de ansiedad y depresión.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio serán el lugar donde se tomó la muestra, siendo el área de infectología del Hospital Enrique Garcés, lo cual no permitirá el generalizar los

resultados obtenidos, pues se necesita la investigación en más centros de salud, ya que esta solo se limita a los pacientes de VIH de consulta externa del Hospital.

Además, se encontró como limitación la dimensión de la muestra que será significativa para el estudio realizado, ya que se baso en el número de pacientes con VIH positivo de consulta externa que son atendidos en el Hospital, pero para una población en general es pequeño, por tal razón no es óptimo generalizar los datos obtenidos.

Por las limitaciones antes mencionadas, se espera que el estudio realizado, sea de ayuda para un aporte de información a futuras investigaciones sobre el tema, al cual no se lo tome como una conclusión definitiva y generalizable a la población.

Recomendaciones para futuros estudios

Este estudio es un estudio pionero en su área, que sirve como base para futuras investigaciones. Se desea que los investigadores se dirijan a más centros de salud que estén a cargo de pacientes con VIH positivo, lo cual permite tener resultados más sustanciales, logrando tener una muestra con resultados definitivos para la realidad Ecuatoriana.

Además, será importante el entrevistar a los pacientes, lo cual permite tener una mejor investigación sobre los estados emocionales, lo que sintieron en el transcurso de la enfermedad, al momento del diagnóstico, el afrontar la realidad, el contar sobre su diagnóstico a su familia, que se encuentran presentes el momento de la entrevista, lo que permitirá una mejor comprensión, un contraste entre los datos de encuestas y el testimonio de los pacientes, logrando tener un estudio que aporte como un beneficio en la vida de los pacientes.

También sería recomendable comparar estos resultados con un estudio, en el cual se investigue cómo la depresión y la ansiedad pueden intervenir en la adherencia al

tratamiento con antirretrovirales, lo que puede afectar a la recuperación del paciente, y a la evolución del VIH en Sida, disminuyendo de esta forma su cantidad y calidad de vida.

Resumen general

Se realizó el estudio en el área de infectología del Hospital Enrique Garcés, ubicado en el Sur de Quito, estuvo conformado por una muestra de 30 pacientes con VIH positivo de consulta externa del Hospital, de edades comprendidas entre 18-50 años.

Siendo un estudio transversal de tipo analítico, el cual no involucra seguimiento. Tuvo como objetivo estudiar pacientes en estado de latencia; comparando su nivel de depresión y ansiedad, con los datos demográficos como el género, edad, estado civil, al igual que su carga viral y tratamiento de cada paciente encuestado.

Para esto se aplicó dos instrumentos de medición, la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad del mismo autor (Zung, 1965), con los cuales se obtuvo información sobre los estados emocionales de los pacientes con VIH positivo.

Este estudio se realizó de la falta de información en el Ecuador, respecto a los estados emocionales por los cuales atraviesan los pacientes con VIH positivo. Esta desinformación ocasiona que se dé poco acompañamiento terapéutico y se resta importancia a los tratamientos psicológicos. Por esta razón, la investigación busco determinar los estados emocionales y las variables influyentes. Mediante, los resultados obtenidos se desea mejorar la salud emocional del paciente, la cual es muy importante en esta etapa de su enfermedad.

En las hipótesis planteadas, se encontró que en cuanto a género y niveles de ansiedad y depresión no existen diferencias significativas, en la edad se encontró que a menor edad mayor es el nivel de depresión, encontrando una fuerte correlación negativa un $r = -0,022$, mientras que en ansiedad hallamos lo contrario a mayor edad, mayores serán los niveles de

ansiedad; en carga viral se encontraron diferencias significativas, donde se encontró que en niveles detectables se tuvo un mayor nivel de depresión $X= 46,20$, al igual que un mayor nivel de ansiedad $X= 46,50$, y finalmente en tratamiento no se obtuvo diferencias significativas, pues en la muestra no tienen un menor índice de ansiedad y depresión.

En cuanto a la hipótesis principal, se obtuvo que los pacientes con VIH positivo en estado de latencia, no presentaron niveles altos de ansiedad y depresión, encontrando que solo un 13% obtuvo un resultado de estar ligeramente deprimido y un 27% ligeramente ansioso.

En el estudio, se encontró que los pacientes del Hospital Enrique Garcés, en estado de latencia no presentan altos niveles de ansiedad y depresión, puesto que, su carga viral indetectable es de un 60%, gracias a su buena adherencia en el tratamiento con medicamentos antirretrovirales, teniendo un control de su infección, la cual mantiene un sistema inmune estable.

Por esta razón, este estudio sugiere que las investigaciones futuras sobre el tema, tengan una muestra más grande, la cual se dé en diferentes centros de salud donde se atiendan pacientes con VIH positivo, logrando determinar resultados generalizables a la población, para que en un futuro se pueda brindar más apoyo psicológico a estos pacientes.

REFERENCIAS

- Afani, A., Ayala, M., Meyer, A., Cabrera, R., & Acevedo, W. (2005). Resistencia primaria a terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH/SIDA en Chile. *Revista Médica Chile*, 295-301.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión, *Guías Clínicas*. 6(11), 1-6.
- American Psychiatric Association. (1994). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *DSMIV*, Edición 4. Washington DC: APA.
- Antakly de Melo, V., & Malgebier, A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasil de Psiquiatria*, 28: 10-17.
- Aronowitz, T., Rennells, R., & Todd, E. (2006). Ecological influences of sexuality on early adolescent African American Females. *Journal of Community Health Nursing*, 23, 113-122.
- Arrivillaga, M., López, J., Ossa, A. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 55-71.
- Atkinson, J. H., & Grant, I. (1994). Natural history of neuropsychiatric manifestations of HIV disease. *Psychiatric Clinics of North America*, 17:17-33.
- Ballester, R. (1999). Sida: prevención y tratamiento psicológico en la infección por VIH y Sida. *UNED-Fundación Universidad Empresa*, Madrid.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, Vol. 15(4), 517-523.
- Bakke-Friedland, K. (1999). Relations among death anxiety, intrinsic religiosity, social support and HIV disease progression. *Disertation Abstracts Internacional Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (2-B), 0817.
- Bayon, C., Robertson, K., Wolf, E., et al. (2012). The prevalence of a positive screen for anxiety and/or depression in HIV-1 infected women across Western Europe and Canada. *The Cranium study*, Maryland, 1.
- Belkin, G.S., Fleishman, J., & Stein M.D. (1992). Physical symptoms and depressive symptoms among individuals with HIV infection. *Psychosomatics*, 33:416-427.
- Betts, M.R. (2001). Analysis of total human immunodeficiency virus (HIV)-specific CD4 (+) and CD8 (+) T-cell responses: relationship to viral load in untreated HIV infection. *Journal of Virology*, 75(4), 11983-11991.

- Bing, E., Burnam, A., Longshore, D., Fleishman, J., Donald, C., & London, A. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus infected adults in the United State. *Archives of General Psychiatry*; 58: 721-728.
- Broadbent, F., Cooper, P., FitzGerald, P., & Parkes, K. (1982). The Cognitive Failures Questionarie (CFQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Burack, J. H., Barrett, D., Stall, R. (1992). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV infected men. *JAMA*, 270: 2568-2573.
- Castillo, F., Corporán, V., & Caffaro, N. (1997). Depresión y Ansiedad: Valoración de los síntomas predominantes en un grupo de personas VIH positivo y en un grupo de personas con Cáncer. *Tesis de grado para optar por el título de licenciado en psicología*, Universidad Católica de Santo Domingo; D.N.
- Castro, J., Gutiérrez, R., & Villena, J. (2007). Actualización para el médico no especialista en el tratamiento del VIH. *Acta Med Per*, 208-222.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). HIV/AIDS surveillance report 2002. *Centers for Disease Control and Prevention*.
- Colibazzi, T., Hsu, T., & Gilmer, S. (2006). Human inmunodeficiency virus and depression in primary care: A clinical review. *Prim Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry*; 8: 201-211.
- Cook, J., Cohen, M., Burke, J., Grey, D. et al (2002). Effects of depressive symptoms and mental health quality of life on use of highly active antiretroviral therapy among hiv-seropositive women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 401-409.
- Crooks, R., & Baur, K. (2010). Nuestra sexualidad. *Cengage Learning*, México D.F
- Courville, T.M., et al. (1998). What is the Risk for the Family of HIV-Positive Children?. *Clinical Pediatric*, 37: 175-178.
- Danós, J., Gutiérrez, R., & Villena, J. (2007). Actualización para el médico no especialista en el tratamiento del VIH. *Acta Med Per*, 24(3), 208-222.
- Dew, M.A., Becker, J.T., Sanchez, J., et al. (1997). Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychological Medicine* 27: 395-409.
- Edo, M. & Ballester R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, Vol. 11, No 2, pp. 79-90.
- Estrés y ansiedad, (2010). Estrés y ansiedad. *McGraw-Hill*, 51-68.
- Fernancez, F., & Levy, J., (1994). Psychopharmacology in HIV spectrum disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 17: 135-148.

- Ferrando, S.J. & Freyberg, Z. (2008). Neuropsychiatric aspects of infectious diseases. *Critical Care Clinics*, 24(4), 889-919.
- Galindo, J., & Ortega, M. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona#11 del Instituto Mexicano Seguro Social. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 30(4), 129-133.
- García, M., & Font, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Psicología y Salud*, 14(1), 5-11.
- Gatti, G. P., Díaz, A. E., Mulugueta, S., & Simi, M. R. (2011). Prevalencia de depresión en pacientes HIV-SIDA Del Hospital Adventista Del Séptimo día de La ciudad de Kayne, Botswana, África. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 48-56.
- Gibbie, T., Hay, M., Hutchison, C., & Mijch, A. (2007). Depression, social support and adherence to highly active antirretroviral therapy in people living with HIV/ AIDS. *Sexual Health*, 4(4), 227- 232.
- González, I., Hoyos., A., Martínez., L., & Lama., A. (2009), Intervención educativa sobre ITS- VIH/Sida en estudiantes de la enseñanza preuniversitaria: IPVC Carlos Marx. *Revista Electrónica*, 32(4).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de La Investigación. México D.F.: *McGraw Hill*.
- Huete, E., (2002). Psicología de los afectados por el VIH/Sida. *Revista Española de Drogodependencias*, 27(3), 310-324.
- INEC (2011). El SIDA, una amenaza para todos. *Anuarios de estadísticas vitales- Nacimientos y defunciones- INEC 2011*, Egresos Hospitalarios.
- Infored SIDA. (2012). Atripla (efavirenz+emtricitabina+tenofovir). *Biblioteca Nacional de Salud*. México, Hoja Número 439E.
- Infored SIDA. (2014). Lopinavir + ritonavir (kaletra). *Biblioteca Nacional de Salud*. México, Hoja Número 446.
- Ingersoll, K. (2004). The impact of psychiatric symptoms, Drug use, and Medication Regimen on Noadherence to HIV Treatment. *AIDS Care*, 16(2), 199-211.
- Jin, H., Hampton, J., Yu, X., Heaton, R., Shi, C, & Marcotte T. (2006). Depression and suicidality in China. *Journal of Affective Disorders*, 94(1), 269-275.
- Johnson, B.T., Carey, M., Marsh, K., et al. (2003). Interventions to reduce sexual risk the human immunodeficiency virus in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(4), 381-388.
- Keele, B., Van Heuverswyn, F., Li, Y. et al. (2006). "Chimpanzee reservoirs of pandemic and non pandemic HIV-1". *Science*, 313 (5786), 523-526.

- Kessler, R., McGonagle, K., Swartz, M., Blazer, D. & Nelson, C. (1993). Sex and depression in the national comorbidity survey: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Kirchberg, T., & Moore, M. (1995). Death concern and religious beliefs among gays and bisexuals of variable proximity to AIDS. *Omega: Journal of Death and Dying*, 30(2), 105-120.
- Korber, B., Muldoon, M., Theiler, J., Gao, F., Gupta, R., Lapedes, A., & Bhattacharya, T. (2000). Timing the ancestor of the HIV-1 pandemic strains. *Science*, 288(5472), 1789-1796.
- Lamphey, P., Johnson, J., & Khan, M. (2006). The global challenge of HIV and AIDS. *Population Bulletin*, 61, 3-24.
- Lee, K., Shaver, J., & Giblin, E. (1990). Sleep patterns related to menstrual cycle phase and perimenstrual affective symptoms. *Sleep*, 13:403-409.
- Leserman, J., Petito, J., Gu, H., & Gaynes, B. (2002). Progresion to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and physiological predictors. *Psychological Medicine*, 32, 1059-1073.
- Lyketosos, C.G., Hoover, D., Guccione, M. (1993). Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. *JAMA*, 270: 2563-2567.
- Limonero, J.T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3, 37-46.
- Liu, J., Cai, W., Zhao, J., Raymond, H., & Feng, Y. (2003). HIV prevalence and related risk factors among male sex workers in Shenzhen, China: results from a time-location sampling survey. *Sexually Transmitted Infections*, 86(1), 15-20.
- Lonergan, H., & Hern, G. (2006). Refresher course on sexually transmitted diseases. *Emergency Medicine*, enero, 33-46.
- López, I. D. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 30(4), 129.
- Louis, J.K., Hsu, L., Osmond, D., Katz, M., Schwarcz, S. (1997). Trends in causes of death among persons with acquired immunodeficiency syndrome in the era of highly antiretroviral therapy. San Francisco. *Journal of Infectious Diseases*, 186(7), 1023-1027.
- McEnany, G., Hughes, A. & Lee K. (1998). Depresión y HIV: una perspectiva de intervención sobre una compleja relación. *Revista de Toxicomanías*, 15, 15-33.
- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D. et al. (2002). Depressive and Anxiety Disorders in Women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (5), 789-796.

- Millikin, C., Rourke, S., & Halman C., (2003). Fatigue in HIV/AIDS is associated with depression and subjective neurocognitive complaints but not neurophysiological functioning. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(2), 201-215.
- Muñoz, J., et al, (2013). Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas. *Medicina Clínica*, Barcelona, 1-7.
- Nemeroff, C.B, (1989). Clinical significance of psychoneuroendocrinology in psychiatry: Focus on the thyroid and the adrenal. *Journal Clinical Psychiatry*, 50:13-20.
- Noqueira, L., De Fatima P., Crosland, M., (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*, 18: 529-536.
- Norman, S.E., Cohn, M.A., Duara, R., (1988). Sleep disturbances in HIV seropositive patients. *JAMA*, 260:922.
- ONUSIDA, (2008). Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008. *ONUSIDA*: Ginebra
- Pavón, R., Hernandez, M., Loria, S., & Sandoval, L. (2004). Interacciones neuroendocrinoimmunológicas. *Salud Mental*, 27: 19-25.
- OMS, (2013). VIH/SIDA. *Organización Mundial de la Salud*, No360.
- Penzak, S.R., Reddy, Y.S., & Grimsley, S.R, (2000). Depression in patients with HIV infection. *American Journal of Health System Pharmacy*, 57(4), 376-386.
- Pilcher, C., Tien, H., Eron, J., et al. (2004). Brief but efficient: Acute HIV infection and the sexual transmisión of HIV. *Journal of Infectious Diseases*, 189, 1785-1792.
- Pimentel, M., & Bisso, A. (2000). Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/Sida asintomáticos y sintomáticos. *Boletín de la Sociedad Peruana De Medicina Interna*, 13, 8-12.
- Quintero, M., López, J., & Ossa A. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 2. No 7, pp. 55-71.
- Remor, E., Carrobles, J., Arranz, P., Martínez, D., & Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y Sida. *Psicología Conductual*, 9(2), 323-336.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Reynolds, C., Kupfer, D., & Thase, M. (1990). Sleep, gender and depression: An analysis of gender effects on the electroencephalographic sleep of 302 depressed outpatients. *Biological Psychiatry*, 28(8), 673-684.

- Richardson, B., & col. (2003). Breastmilk infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 infected mothers. *Journal of Infectious Diseases*, 187: 736-740.
- Rivera, B., Corrales, A., Caceres, O. & Pina, J. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en personas con VIH. *Terapia psicológica*, 25(2), 135-140.
- Robinson, B., Scheltema, K., & Cherry, T. (2005). Risky sexual behavior in low-income African American women: The impact of sexual health variables. *Journal of sex research*, 42, 224-237.
- Romero, J. M. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42 (1-4).
- Rosen, T., (2006). Sexually transmitted diseases 2006: A dermatologist's view. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73, 537-550.
- Ruiz, A., Rodriguez, A., & Betancor, V. (2008). Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de La calidad de vida. *Psicothema*, 20, 273-278.
- Rush, A., Keller, M., Bauer, M., Dunner, D., Frank, E., & Klein, D. (1995). Trastornos de ánimo. *Pichot, López-Ibor, Valdés, Barcelona*.
- Sánchez, P., Aparicio, M., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.
- Sánchez, M., & Tomatote, D., (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Revista Neuropsiquiatría*, 77(2), 70-77.
- Seppa, N. (2005). Defense mechanism: Circumcision averts some HIV infections. *Science News*, 168, 275.
- Shippy, R., Mendez, D., Jones, K., Cernul, I., & Karpiak, S. (2004). S-adenosylmethionine (SAM-E) for the treatment of depression in people living with HIV/AIDS. *BMC Psychiatry*, 4 (1), 38.
- Siegel, K., Karus, D., Raveis, V. & Haven, D. (1998). Psychological adjustment of women with HIV/AIDS: Racial and ethnic comparasions. *Journal of Community Psychology*, 26, 439-455.
- Stall, R., & Mills, T., (2006). A quarter century of AIDS. *American Journal of Public Health*, 96, 959-961.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Tsujimoto, T., Yamada, N., Shimoda, K. (1990). Circadian rhythms in depression, *Journal of affective disorders*. 18 (3), 193-197.

- Van- Servellen G., Aguirre, M., Sarna, L., & Brecht, M. (2002). Differential predictors of emotional distress in HIV- infected men and women. *Western Journal of Nursing Research*, 24(1), 49-72.
- Vera-Villaroel, P., Pérez, V., Moreno, E., & Allen de F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 55-67.
- Villa, I., & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida. *Psicología y Salud*, 16(1), 52-62.
- Waver, M., Gray, R., Sewankambo, N. et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191, 1403-1409.
- Wolff, C., Alvarado, R., & Wolff, M., (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de La depresion en pacientes con infección por VIH. *Revista Chile de Infectología*,27(1): 65-74.
- Wong, J.K., Hezareh, M., Gunthard, H.F., et al. (1997). Recovery of replication-competent HIV despite prolonged suppression of plasma viremia. *Science*, 278(5341), 1291-1295.
- Yi, M., Mrus, J., Wade, T., Ho, M., Hornung, H., & Cotton, S. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S5), 21-27.
- Yalom, I., (2009). Mirar al sol. La superacion del miedo a la muerte. México: *Emecé*.
- Zung, W., (1965). Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung. *Luffi*.1-14.

ANEXO A: Escala de Autovaloración de Depresión

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN De Depresión

POR W. W. K. ZUNG

Fecha: ____/____/____

Número _____ Edad: ____ Sexo: _____

Carga viral: _____

Tratamiento: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico.				
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.				
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.				
4	Duermo mal.				
5	Tengo tanto apetito como antes.				
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.				
7	Noto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.				
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.				
10	Me canso sin motivo.				
11	Tengo la mente tan clara como antes.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.				
14	Tengo esperanza en el futuro.				
15	Estoy más irritable que antes.				
16	Me es fácil tomar decisiones.				
17	Me siento útil y necesario.				
18	Me satisface mi vida actual.				
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.				

ANEXO B: Escala de Autovaloración de Ansiedad

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN De Ansiedad

POR W. W. K. ZUNG

Fecha: ____/____/____

Número _____ Edad: ____ Sexo: _____

Carga viral: _____

Tratamiento: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.				
2	Me siento con temor sin razón.				
3	Despierto con facilidad o siento pánico.				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder				
6	Me tiemblan las manos y las piernas.				
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11	Sufro de mareos.				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16	Orino con mucha frecuencia.				
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.				
18	Siento bochornos.				
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche				
20	Tengo pesadillas.				