



Alteraciones Psicológicas de los pacientes con VIH

Miriam Jacqueline Muñoz Aucapiña
Cristina Virmane González Osorio
Johana Consuelo Domenech León
Lesly Diana Galindo Cuenca

compAs

Alteraciones Psicológicas de los pacientes con VIH

Autores:

Miriam Jacqueline Muñoz Aucapiña
Cristina Virmane González Osorio
Johana Consuelo Domenech León
Lesly Diana Galindo Cuenca

Alteraciones Psicológicas de
los pacientes con VIH

Autores:

Miriam Jacqueline Muñoz Aucapiña
Cristina Virmane González Osorio
Johana Consuelo Domenech León
Lesly Diana Galindo Cuenca



Primera edición: noviembre 2018
© Ediciones Grupo Compás 2018
ISBN: 978-9942-33-090-1

Diseño de portada y diagramación:
Grupo Compás
Este texto ha sido sometido a un proceso de
evaluación por pares externos
con base en la normativa del editorial

Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las
sanciones en las leyes, la producción o
almacenamiento total o parcial de la presente
publicación, incluyendo el diseño de la portada,
así como la transmisión de la misma por
cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico,
como químico, mecánico, óptico, de grabación
o bien de fotocopia, sin la autorización de los
titulares del copyright.

Cita.

Muñoz, M, González, C, Domenech, J. Galindo, L (2018) Alteraciones Psicológicas de
los pacientes con VIH , Editorial Grupo Compás, Guayaquil Ecuador, 72 pag

Prólogo

El libro hace una reseña desde la investigación estableciendo que en el Ecuador los casos de VIH/SIDA se encuentran en aumento, es importante poder distinguir las manifestaciones psicológicas frecuentes en VIH/SIDA, y la fase de la enfermedad con que ingresa cada paciente; las cuales debido a la falta de atención oportuna podrían llegar en fases tardías a la atención médica. El objetivo Determinar las alteraciones psicológicas de los pacientes con VIH del Hospital de Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña" en la Ciudad de Guayaquil de mayo a agosto 2018. El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal. Se tomó una muestra aleatoria de 113 pacientes. Se evidencia los rangos de edades de la población en estudio, siendo con mayor porcentaje los adultos jóvenes, correspondiendo de éste modo el 35% a pacientes entre edades de 30 a 35 años, se puede observar también que existe un gran porcentaje en edades de 24 a 29 años. Se puede demostrar que el 79% corresponde al sexo masculino y con un 21% femenino, el 70% de los pacientes con VIH de la consulta externa del hospital de Infectología son de bajo nivel socioeconómico, 30% nivel medio y con 0% alto. Se encontró que un 86% de pacientes con VIH tienen más de 1 año con la enfermedad, 9% tiene de 9 a 12 meses, 2% de 6 a 9 meses, 2% de 3 a 6 meses y 1% de 1 a 3 meses. Como conclusión el estudio es

para el personal profesional de enfermería, debido a que nuestra atención debe ser integral y holística, eso incluye la atención al paciente en su esfera biopsicosocial y no solo la afectación médica.

ÍNDICE

Prólogo	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Desarrollo de la investigación	8
Teorías y antecedentes de la temática expuesta	14
ASPECTOS GENERALES DEL VIH	18
DEFINICIONES	20
IMPACTO PSICOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DEL VIH.....	25
Alteraciones Psicológicas más frecuentes	38
Ideas de suicidio	44
Problemas de autoestima.....	49
Análisis de la investigación	54



INTRODUCCIÓN

El VIH, continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, que ha cobrado ya más de 35 millones de vidas, desde el primer paciente que se registró en 1981, hasta la actualidad, 35 millones de personas han fallecido por esta enfermedad y sólo en el año 2016 hubo un millón de muertes por causas relacionadas a ese mal. Además, 36.900 millones de personas viven con el problema actualmente a escala global. El 54% de los adultos y el 43% de niños infectados están bajo tratamiento antirretroviral de por vida. Según datos registrados por la OMS.

En la actualidad según el MSP en el Ecuador 39. 224 personas viven con esta enfermedad y según el estudio Global Burden of Disease (carga mundial de la enfermedad), levantado por el Instituto para la medicón y evaluación de la Salud de la Universidad de Washington, en EE.UU., Ecuador se ubica entre los cinco países de América Latina con

más contagios de VIH en el período 2005-2015. Eso según una nota de la BBC. (1)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas. Todas estas condiciones médicas irreversible del VIH generan un desequilibrio emocional, debido a las implicaciones físicas, médicas y psicosociales

Por lo cual es imperioso tener en cuenta a cada una de estas necesidades y no solamente enfocar los aspectos de salud, ya que es una población que necesita una atención integral que incluya la parte psicológica y emocional, lo cual ayudará a

mejorar la calidad de vida de las personas y devolverles el equilibrio emocional que implica el ser diagnosticado con VIH positivo y por consiguiente conseguir resultados favorables terapéuticos.

Por lo antes mencionado, se considera necesario investigar los efectos psicológicos en personas diagnosticadas con VIH con el objetivo principal de identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes en los pacientes diagnosticados con VIH positivo, con un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo con la aplicación de cuestionarios y test validados con la intención de generar futuros trabajos en respuesta a lo identificado.



Desarrollo de la investigación

El estudio propuesto se relaciona con la línea de investigación Salud y Bienestar Humano con la sublíneas Salud pública. El VIH/SIDA es un problema de salud pública que a nivel mundial ha causado cifras de mortalidad elevadas, dejando para el 2016 alrededor de 37 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo de las cuales alrededor de 2,6 millones son pertenecientes a niños y niñas menores de 15 años (2)

Las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes seropositivos se han convertido en un problema social relevante, debido a que el alcance de la afectación aborda no solo al individuo, sino al entorno familiar, laboral y social, debido a que sus pensamientos, emociones y sentimientos son alterados al recibir el diagnóstico de padecer el virus de inmunodeficiencia humana, el mismo que al no contar con un soporte social afectivo adecuado, el paciente va desencadenando sentimientos negativos de ira, tristeza, miedo, ansiedad, resignación, evasión y

culpa, los cuales se podrían convertir en positivo contando con la identificación temprana de estas alteraciones promoviendo el apoyo de la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y del personal de salud produciendo como resultado un mejor afrontamiento y manejo o en el curso de la enfermedad. (3)

El Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de Ministerio de Salud Pública, es una unidad de salud de tercer nivel ubicado en Julián Coronel y José Mascote esquina en Guayas-Guayaquil, atiende un promedio semestral de 11.891 pacientes de los cuales presentan diagnóstico de VIH. Durante las pasantías pudimos observar que los pacientes mencionados presentaban actitudes emocionales variantes frente a su enfermedad, motivo por el cual nos propusimos identificar cuáles son las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes con VIH positivo, considerando que nuestra atención profesional de Enfermería es proporcionada desde el enfoque holístico e integral.

A pesar de que la enfermería y la psicología son dos campos separados, ambos están muy vinculados, ya que para cumplir nuestra labor en mejorar y recuperar de manera adecuada los problemas de salud de los pacientes, debemos entender el comportamiento y el estado emocional que presentan, es decir debemos proporcionar cuidados terapéuticos competentes sumados al apoyo psicológico, con la identificación de ciertos patrones de riesgo en su estado emocional los cuales algunos de ellos se alivian brindando consuelo y estimulando un pensamiento positivo en nuestros pacientes.

La infección por VIH hoy en día es considerada una enfermedad crónica, y si bien, la mortalidad y morbilidad se han reducido de manera importante, las repercusiones psicosociales de la enfermedad generan dolorosas consecuencias en el paciente. Vivir con el virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA, es una situación en la que interviene no solo la salud física, sino la salud mental y una serie de factores psicosociales que afectan constantemente la estabilidad emocional y la dimensión psicológica del individuo que padece esta dura enfermedad.(4)

Como enfermeras profesionales somos entes proveedores de cuidados, pero no debemos olvidar que cuando se aplica el concepto de cuidado, se debe tomar en cuenta que éste deberá ser holístico, resaltando el hecho de que las enfermeras debemos conservar en nuestra mente a la persona de manera integral, y esforzarse por comprender la zona de preocupación del paciente que guarda relación con sus esferas biológica, psicológica, social y cultural. Para brindar este apoyo psicológico que requieren los pacientes, las enfermeras profesionales debemos tener el conocimiento previo de las alteraciones psicológicas que presentan estos pacientes sumado a la sensibilidad necesaria para poder cubrir las necesidades que el individuo demanda día con día, convirtiéndose el paciente en este estudio el beneficiario directo más importante.



Teorías y antecedentes de la temática expuesta

Dentro de las investigaciones sobre el tema en referencia se encontró el tema "caracterización psicológica de personas con VIH" (María Gamba Janota) Digna Edelsys Hernández Meléndrezii) El objetivo de la investigación era caracterizar desde una perspectiva psicológica a las personas con VIH atendida en dos hospitales de Angola, en el período marzo-mayo de 2007. Se realizó un estudio descriptivo en personas con VIH de los hospitales Esperança y Militar de Luanda. Se seleccionaron, mediante muestreo simple aleatorio 80 pacientes de cada institución, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 20-60 años de edad, sin alteraciones mentales y con más de 3 meses de diagnóstico. Se estudiaron las variables: depresión, ansiedad, autovaloración, actitud y satisfacción, medidas a través de la aplicación de cinco instrumentos. La información se procesó con medios computarizados y los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos. Resultados: la totalidad de los pacientes tenía algún grado de ansiedad, con predominio de

la categoría alta en que clasificó el 80 % de las personas atendidas en el hospital Esperanza y el 95 % de las del Militar; en tanto que la depresión grave afectó al 81,25 y 92,50 %, respectivamente. La autovaloración inadecuada se presentó en el 58,75 y 66,25 % en ambos grupos, mientras que el 63,75 y 62,50 % también en ambos grupos tenía actitudes negativas; el 55 y 68,75 % se encontraban insatisfechos con la atención recibida. Solo hubo diferencias significativas entre los grupos en la variable ansiedad. Conclusiones: en los estudiados predominó la ansiedad alta, la depresión grave, la autovaloración inadecuada, las actitudes negativas y la insatisfacción con la atención recibida (5)

Además se encontró el artículo "Calidad de vida, aspectos psicológicos y social en pacientes con infección VIH avanzada" (I. Martín Suárez, R. Cano Monchul, P. Pérez de Ayala, M. Aguayo Canela, F. Cuesta, P. Rodríguez, E. Pujol de la Llave) Fundamento: La infección VIH avanzada conlleva un importante deterioro físico, psíquico y de

calidad de vida para el paciente. Las introducciones de nuevas estrategias de tratamiento probablemente impliquen un beneficio global para los pacientes. Se realiza este estudio con el objetivo de estudiar en pacientes VIH avanzados; la situación clínica, la prevalencia de alteraciones psicológicas (ansiedad y depresión), la calidad de vida y el impacto sobre estas variables de la introducción de nuevos fármacos antirretrovirales. Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado entre enero de 1996 y junio de 1997 con 52 pacientes VIH avanzados (recuentos CD4 menores de 200 cel/ μ l). Se realiza 2 entrevistas clínicas con un intervalo de 12 meses introduciéndose tras la primera un cambio de estrategia de tratamiento antirretroviral. Para la valoración la calidad de vida se utiliza el MOS SF-36. Para la valoración de la ansiedad y depresión se utilizaron el STAI y la escala de Beck respectivamente. Resultados: Existe un importante deterioro físico al inicio del estudio con un 84,6% de pacientes polisintomáticos. Encontramos una elevada prevalencia de ansiedad (76,9%) y

depresión (86,6%) que alcanza criterios de gravedad en el 75% y 25% de los casos respectivamente. La calidad de vida se ve comprometida severamente con afectación de la mayoría de las dimensiones del SF-36 conservándose la función social. La introducción del cambio de estrategia terapéutica produce una reducción de polisintomáticos a 54,8% ($p=0,05$), de la gravedad de la ansiedad ($p=0,009$) y depresión ($p=0,05$) y mejoría en la percepción de salud general ($p=0,03$) y alteraciones de rol físico ($p=0,02$). Conclusiones: La infección VIH avanzada conlleva una alta carga sintomática con una elevada prevalencia de trastornos de la esfera psicológica y deterioro de la calidad de vida. Las nuevas estrategias de tratamiento antirretroviral inducen una mejoría global a los pacientes, pero hace necesario un abordaje de los trastornos psicológicos.

Es un estudio similar se pudo encontrar como antecedente el artículo "Resentimiento y depresión en pacientes con VIH- SIDA" realizado por los

autores (Raul Delgado Arenas, Miguel Ángel Pérez Pérez, Noemi Teresa Julca Vera) los cuales indican e su resumen: El propósito del estudio fue determinar la relación que existe entre resentimiento y depresión en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) -Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016 del distrito de El Agustino. El enfoque empleado fue el cuantitativo y el método que se aplicó, el hipotético deductivo. La técnica de recolección fue la encuesta y su instrumento fue el Test de resentimiento elaborado por León y Romero, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se concluyó que existe una relación significativa baja entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA seleccionados, con valor del $Rho = 0.367$ ($sig = 0.033 < 0.05$).

ASPECTOS GENERALES DEL VIH

Se puede encontrar entonces que hay una necesidad de apoyo y acciones ajustadas a la situación de vida de un paciente. Estas acciones

deben contribuir a aumentar el nivel de apoyo emocional y de influir positivamente en el nivel de satisfacción con la cantidad de apoyo social que recibe el paciente, a su vez, ofrecer una mejor convalecencia, por parte de las personas que se encuentren a su alrededor. El aislamiento personal o la percepción de falta de soporte social, a mediano o largo plazo, pueden provocar estados de depresión crónica, muy prevalente entre las personas con VIH, si se la compara con la población general. (6)

La realidad de nuestro País Ecuador es que cuenta con una serie de problemáticas que afectan el pleno desarrollo de la población, siendo una de ellas el VIH la cual se ha propagado de manera alarmante, es por ello que resulta preocupante para la población en general, formar parte de las estadísticas de personas diagnosticadas con VIH, ya que está inmersa indiscriminadamente en todos los sectores de la sociedad. Esto sin tomar en cuenta los estigmas a que se ven expuestos debido a los patrones culturales y cogniciones erróneas

que están arraigadas en la sociedad la condición médica irreversible del VIH positivo genera un desequilibrio emocional, debido a las implicaciones físicas, médicas y psicosociales que esta conlleva.

Las experiencias del impacto, proceso, aceptación y vivencia de la infección por el VIH pueden ser diferentes dependiendo de la edad, el origen, el nivel educativo, la orientación sexual, el nivel de conocimientos sobre el VIH, entre otros aspectos. Para un correcto diagnóstico de las alteraciones psicológicas y psiquiátricas, hay que tener en cuenta las características individuales de los pacientes, de su entorno social y familiar. (7)

DEFINICIONES

El VIH/SIDA es una importante causa de defunción y discapacidad, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. El ONUSIDA estima que en 2007 vivían con el VIH 33 millones de personas. La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de

sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y de SIDA, interfieren con su tratamiento, y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH.

El VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica. Las personas con VIH suelen sufrir cuando el paciente y la familia reciben la noticia del diagnóstico positivo, se pueden vivir una serie de consecuencias emocionales que conllevan un estado de shock, donde ocurren reacciones emocionales muy variadas, dependiendo de los recursos sociales o emocionales con los que se cuente, según revisiones en la literatura las alteraciones psicológicas más frecuentes que presentan los pacientes son:

- Depresión
- Ansiedad
- Ideas de suicidio
- Culpabilidad
- Problemas de autoestima

Pero las consecuencias psicológicas en pacientes con VIH-SIDA van más allá de problemas personales, pues también se extienden al ámbito social y laboral, como la vivencia de discriminación en el trabajo o tendencia al aislamiento, por lo que el contacto con familia y amigos puede disminuir. Al poco tiempo de haber recibido el diagnóstico, algunos pacientes pasan por una fase de duelo, donde en un inicio puede darse la negación, pasando por una fase de enfado o resentimiento, una fase de tristeza y por último la aceptación del diagnóstico, donde comienza una verdadera adaptación a la nueva condición de vida.

IMPLICACIONES DERIVADAS DEL DIAGNÓSTICO VIH.

Las reacciones ante el diagnóstico positivo del VIH se ven acompañadas por una serie de implicaciones, que no se limitan al individuo portador del virus, sino que abarcan el contexto social del mismo, pero además incluye el ámbito emocional, sexual y cognitivo de la persona.

Implicaciones Sociales: Se refiere al hecho que la persona con diagnóstico VIH positivo tiende a disminuir la interacción con otras personas, se

muestra aislada de los demás, incluso de su propia familia, además tratan de ignorar las reacciones que la sociedad expresa con relación al tema.

Implicaciones Emocionales: Estas incluyen ansiedad, miedo, culpa y depresión. La ansiedad se manifiesta con un estado constante de alerta y malestar y se acompaña de reacciones físicas tales como: sudoración, palpitaciones, tensión muscular, presión en el pecho, entre otras. Estas reacciones físicas en ocasiones son erróneamente atribuidas al diagnóstico seropositivo, lo cual a su vez provoca que aparezcan más signos de ansiedad. En cuanto al miedo este suele asociarse al temor de ser rechazado por los demás, lo cual puede resultar desesperanzador. La culpa generalmente se experimenta por la forma en que el individuo se juzga a sí mismo, centrándose en sus prácticas sexuales, que puede incluir infidelidad, falta de protección, promiscuidad, homosexualidad a pesar de haber sido practicados de manera voluntaria genera culpabilidad debido a las opiniones de los demás al respecto o también por el hecho de

pensar en la posibilidad de haber contagiado a alguien antes de saber el diagnóstico.

Implicaciones Sexuales: La actividad sexual se ve disminuida debido a las concepciones que las relaciones sexuales originan vacío e insatisfacción emocional, o que su diagnóstico es un castigo por sus prácticas sexuales, por lo que se crea culpabilidad y esto puede ser lo que detenga el contacto sexual, aunque puede darse también por algunos trastornos funcionales como la impotencia, además pueden incluir temor a contagiar a otras personas, aunque se utilicen métodos de protección.

Implicaciones Cognoscitivas: Algunas de las reacciones son esperadas ante la ansiedad y depresión que acompañan al diagnóstico tales como: altos grados de distracción, deterioro de la memoria, mala concentración, alteración de la orientación y confusión general. Los efectos de los trastornos del sistema nervioso originados por el VIH en la conducta se manifiestan por alteraciones afectivas que producen respuestas inadecuadas a crisis o acontecimientos médicos y sociales,

trastornos de la personalidad que originan cambios de carácter no predecibles; síndromes como la demencia que incluyen defectos en el habla, falta de seguridad cognoscitiva creciente y estados de delirio.

IMPACTO PSICOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DEL VIH

Ante el diagnóstico de seropositividad la primera reacción de la persona infectada es generalmente la de una reacción catastrófica con una fuerte carga emocional por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. El diagnóstico de VIH-SIDA produce sobre los enfermos, idénticos trastornos psicológicos que cualquier otra enfermedad que lleva indefectiblemente a la muerte. Las personas responden de diferente forma al enterarse de que están infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el nivel de intensidad con el cual se viven los problemas emocionales derivados de la infección por VIH y el SIDA, depende de factores, tales como:

- La estructura de la personalidad y mecanismos de adaptación y defensa.
- La historia previa del individuo.
- El modo usual de afrontar las situaciones de estrés y crisis.
- Los antecedentes psicopatológicos (depresión, ideas o intentos suicidas, reacciones psicóticas, consumo sintomático de alcohol y drogas).
- La existencia o no de una red de soporte socio-emocional (vínculos familiares, de amigos, pertenencia a grupos religiosos, organizaciones comunitarias, entre otras.) y de cómo utilizar estos recursos.

Son diversas las emociones y sentimientos que presentan las personas infectadas con el VIH, sin embargo, entre las más comunes se destacan: sentimientos de ira, depresión, fatiga, temor y culpa. Cabe mencionar que estos sentimientos no representan etapas de la enfermedad, ni siguen un orden establecido. En algunas personas sobresalen más algunos, los sienten con mayor intensidad; en cambio para otras les resultará menos intenso o quizás no experimenten alguno de ellos.

Como afirma Nettleton (2002), “cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales (la opinión que tienen los demás para ellos), como en el sentido de sí mismos (su opinión personal de ellos mismos). Además, menciona que el diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituye el inicio de un largo procedimiento de adaptación, el cual se puede considerar como una crisis. El instante del diagnóstico es sumamente importante, ya que frecuentemente determina la marcha del futuro de la persona con VIH y señala el comienzo de un nuevo proceso; considerando lo anterior, es una crisis que influye en muchos sectores de la vida de las personas”. Dentro de la reacción más inmediata a la notificación del resultado de la prueba de VIH podemos mencionar:

“Shock emocional” Suele presentarse inmediatamente después de conocer el diagnóstico, se expresa con un profundo desconcierto y confusión. Algunas personas lloran desconsoladamente, otras permanecen en silencio

a lo largo de muchos minutos, habrá quien reaccione impulsivamente gritando o actuando con agresividad; así como, quien se muestre, indiferente e intente retirarse de inmediato del consultorio.

Posteriormente la PVVS atraviesa el llamado “proceso de duelo”, detallado brevemente a continuación.

Proceso de duelo Se presenta en los días, semanas o meses siguientes de haber recibido el diagnóstico. Fue estudiado y descrito por Elizabeth Kübler-Ross para enfermos de cáncer, pero resulta aplicable a la experiencia de personas viviendo con VIH y SIDA, y comprende las siguientes fases:

Negación. Caracterizada por un estado de incredulidad, confusión, ansiedad o desconcierto. Es usual que la persona ponga en duda la validez del diagnóstico y se realice la prueba en otro laboratorio, buscando un resultado diferente. Es también expresión de negación, la actitud de quien vive a espaldas del diagnóstico, como si desconociera que está infectado por el VIH. La negación constituye un mecanismo defensivo de

evasión, es una huída frente a una noticia que representa una amenaza para la estabilidad emocional.

Resentimiento y cólera. Se presenta ante una situación que se considera injusta, en la cual se buscan responsables y culpables. Las personas pueden reaccionar dirigiendo su hostilidad hacia distintos "blancos", por ejemplo, contra la persona que le transmitió el VIH, o indiferenciadamente contra la "sociedad", como una reacción de venganza.

Eventualmente la persona puede reaccionar de manera hostil hacia el/la consejero/a, el equipo de salud, la familia, así como también podría hacerlo contra Dios o un poder sobrenatural. En algunos casos la hostilidad se vuelca así mismo, apareciendo ideas, gestos o actos suicidas, o bien negándose a cumplir las recomendaciones médicas, yendo en contra de su salud.

Negación o regateo. En esta fase ya hay una aceptación parcial del diagnóstico, pero se busca una cura sobrenatural mágica y, en retribución, la PVVS promete hacer un cambio significativo en su

vida u ofrece un sacrificio. Es frecuente que la PVVS busque refugio en grupos religiosos o espirituales, buscando "curas milagrosas".

Aceptación del diagnóstico Significa aprender a vivir con el VIH o con el SIDA. En esta etapa la persona reelabora sus planes de vida y esquema de valores. Comienza a privilegiar la "calidad" de vida antes que la "cantidad" de vida, se compromete a replantearse proyectos personales o de bien común. En general, esta es una etapa de desarrollo y enriquecimiento personal. Es necesario precisar que estas cinco fases del proceso de duelo no se dan necesariamente en forma secuencial, ni se cumplen todas. Por ejemplo, puede haber quien permanezca todo el tiempo en negación o en depresión, o quien no logre llegar a la aceptación, o quien retroceda a fases superadas en función de los estadios de la infección.

Por otra parte, existen otras reacciones emocionales de igual importancia que se presentan al momento de conocer el diagnóstico VIH positivo y durante el transcurso del proceso de duelo detallado anteriormente, entre ellas están:

Ira: la cual surge de percibir injusta la situación, pues parece injusto haber sido “elegido” por el virus, esto parece menos justo aun cuando se es joven y cuando el individuo considera que ha llevado un estilo de vida correcto y que otras personas hayan tenido más parejas y hayan sido más inestables en cuanto a su sexualidad y hayan tenido mejor suerte que él/ella. La ira puede ser expresada ya sea directa o indirectamente, en cuanto a la expresión implica acciones como: gritar, tirar cosas, llorar y estar consciente de que se está enojado; en cambio, la expresión indirecta puede incluir descargar la ira en las relaciones con otras personas mostrándose hostil en su trato, desplazando su sentimiento de enojo sobre algo o alguien más, sin atribuir realmente la ira a su causa verdadera y parecen estar molestas o irritadas todo el tiempo y con todas las personas. Algunas personas dicen que no están particularmente enojadas y en realidad, así es. Otros están realmente furiosos pero dicen no estarlo, porque no se sienten bien al expresar una emoción que es, después de todo, abrumadora. Por esta razón

algunas personas no dirigen su ira contra otras, sino hacia sí mismas, se sienten deprimidas o culpables o sienten odio hacia ellas mismas, cuando esto sucede la persona comienza a tener manifestaciones caprichosas, como rechazar alimentos, medicinas, negarse a recibir el cuidado de otros o renuncia a cuidar de sí misma.

Fatiga: fatiga suele acompañar a la depresión, las personas que afrontan la depresión no sólo pierden la esperanza, sino también su energía física, se muestran cansadas o exhaustas. La fatiga, además, es un resultado directo de la infección por VIH, ya que este priva al organismo de algunas de sus fuentes de energía. Es frecuente que las personas infectadas con VIH tengan anemia o cifras más bajas de glóbulos rojos. Además, las personas con VIH suelen padecer de diarrea y con esto el alimento se elimina del cuerpo antes de absorberse, de modo que el alimento no sirve de fuente de energía.

La fatiga es común en cualquier persona, hasta en un 25% de todos los individuos sin infección por VIH se quejan de estar fatigados crónicamente, la

diferencia es que casi todas estas personas siguen activas y las pruebas de laboratorio son normales, en cambio en personas infectadas por VIH y bajas en células CD4, la fatiga va a alterar su vida. Aunque las causas de la fatiga pueden ser físicas, los efectos son psicológicos. De hecho, la depresión no sólo es causa sino también efecto de la fatiga.

Miedo: éste sentimiento se activa cuando tenemos un hecho real que nos conecta con una experiencia similar y que nos despierta objetivamente esa sensación. Es posible que cuando la persona pasa de una etapa en la que no es evidente la enfermedad a otra en la que sí la es, se alarme y vea a los síntomas como anuncio de un final inevitable. En el caso de las personas que viven con VIH el miedo se enfoca en las enfermedades oportunistas, el rechazo, el abandono de la familia o amigos y en la muerte.

Temor: es un sentimiento subjetivo que se presenta ante lo que creemos que puede suceder. Las personas sienten temor ante aquello que no comprenden y que escapa a su control, temen a la dependencia de ser cuidados por alguien más y no

ser capaces de valerse por sí mismos, sienten miedo al rechazo por su condición y también temen lo que el VIH pueda significar en su salud, como la demencia por SIDA, quedar ciegos, perder las habilidades cognitivas, entre otros. Así también temen contagiar a alguien más con el virus y por supuesto, también sienten temor a la muerte, así como a la forma en que ésta se les presente.

Angustia: es un estado emocional de aflicción y congojo que se manifiesta en la conducta. Las personas VIH positivas y aquellas con SIDA a menudo viven angustiadas, especialmente cuando tienen conocimiento de la infección o cuando aparecen los primeros síntomas.

Estrés: es un estado en que nos sentimos muy presionados y suele presentarse ante situaciones que están fuera de nuestro control, es importante saber que el efecto del Estrés sostenido es dañino. La falta de manejo del mismo puede ocasionar enfermedades físicas y agotamiento mental deteriorando aún más la salud de éstas personas.

Depresión: es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de

interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que tengas dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sientas que no vale la pena vivir.

Pensamientos suicida: cuando la persona experimenta un estado de ánimo depresivo en el cual manifiesta desesperanza y un alto nivel de ansiedad, lo que lo puede llevar a intentar o concluir en un suicidio como resultado de un desequilibrio psicológico profundo.

Sentimiento de pérdida: a lo largo de la vida tendemos a posesionarnos de las personas y de las cosas, buscando muchas veces acumularlas o atesorarlas, es probable que una PVVS enfrente todo tipo de pérdidas: salud, trabajo, independencia, aspectos físicos, pareja, seres queridos, nivel económico, entre otros

La relación de esta enfermedad y las diferentes alteraciones a nivel psicológico son diversas, como puede ser el aumento del estrés por la percepción de los síntomas. Además, las personas diagnosticadas con VIH pueden presentar ansiedad, abatimiento y depresión ante las distintas situaciones críticas que pueden acontecer en el proceso, tales como el inicio del tratamiento, la comunicación del diagnóstico a la familia o pareja, despidos, entre otras.

A lo anterior puede añadirse la problemática relación que se establece con el entorno debido a la estigmatización que caracteriza todavía a la infección por VIH/SIDA, un ambiente social que sin duda sostiene y refuerza esas creencias, todo lo cual no contribuye en absoluto a la recuperación y mantenimiento del equilibrio biopsicosocial, tan necesario para todos, pero de forma especial para las personas directamente involucradas en la infección por VIH.⁶

Algunas reacciones negativas hacia los seropositivos son el rechazo y aislamiento social; las personas afectadas por el VIH inician ellas mismas, incluso un distanciamiento de los demás con el objeto de mantener en secreto su situación (Schneiderman y cols., 1992). La preocupación por la posibilidad de infectar a otras personas hace que también se evite la relación con otros, conduciendo a las personas seropositivas a una relación de aislamiento y soledad. El miedo al rechazo resulta confirmado en numerosas ocasiones cuando las personas afectadas informan a sus parejas, llegando incluso a romperse la relación (Hoffman, 1996).

Las reacciones psicológicas ante el diagnóstico de SIDA, una enfermedad considerada por algunos como crónica y por otros como mortal varían de una persona a otra, presentándose una amplia variedad de emociones, dependiendo en gran medida de la preparación que haya recibido la persona antes de proporcionarle su diagnóstico. A partir del diagnóstico todas las áreas en la vida del

paciente se ven afectadas. Abrego y otros (1998) mencionan que las áreas donde influye el diagnóstico son: la vida sexual del paciente, las expectativas de vida, el tratamiento médico, la notificación a la familia y la relación de pareja. Por ello depende mucho la manera en la que las personas infectadas reciben el resultado de las pruebas para asimilar su diagnóstico, en el presente apartado se irán detallando los pasos que se siguen al notificar el diagnóstico de VIH Positivo.

Alteraciones Psicológicas más frecuentes

Las alteraciones psicológicas más frecuentes que manifiestan los pacientes son las siguientes:

Depresión: Es una reacción emocional muy frecuente que se alimenta de los sentimientos de culpa, autoreproches y deterioro de la autoestima. Aparece al enfrentarse con el real significado de las pérdidas actuales (su expectativa de vida, por ejemplo), y las futuras (temor al progreso de la enfermedad y a la muerte, a ser rechazado por sus familiares y amigos, a ser despedido del trabajo,

entre otros). Además, se acompaña de trastornos del sueño, del apetito, dificultad de concentración, entre otros, y en ocasiones esto paraliza a la persona, incluso puede fortalecer una idea suicida, lo cual lo llevaría a que se pueda generar una visión pesimista sobre sí mismo y su entorno, lo cual puede resultar en aislamiento social, que a su vez fomenta la soledad y el sentimiento de desamparo. Por otra parte, la depresión está caracterizada por un estado de apatía, desinterés, sentimiento de tristeza y desesperanza. Además, pueden aparecer alteraciones en la alimentación, cansancio y preocupación excesiva por la salud.

Por eso es importante medir la intensidad de la depresión en los pacientes y para esto se utiliza el instrumento de El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), un psiquiatra investigador y fundador de la terapia Cognitiva.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han

sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión;

14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (8)

Ansiedad: las reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son frecuentes. Estos estados psicológicos tienen una expresión tanto psicológica como fisiológica. Los síntomas fisiológicos pueden parecer síntomas de SIDA, se debe tener precaución para poder reconocerlos y diferenciarlos. Las personas con VIH en ocasiones no es temor lo que sienten realmente, sino ansiedad, es decir que tienen sentimientos de miedo que son irreales. Pueden sentir que algo terrible estuviera a punto de suceder, no pueden decir claramente a qué le temen, sólo tienen una sensación de inquietud, se sienten incómodos e intranquilos dondequiera que se encuentren, pueden mostrarse irritables, tensos y preocupados por su cuerpo, además sufren insomnio y problemas de concentración.

Para medir los grados de ansiedad uno de los instrumentos utilizados es la escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) que fue

diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque

no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

Ideas de suicidio

Existe una compleja relación entre la enfermedad física y el suicidio, considerándose incluso como un relevante factor de riesgo. Las personas con enfermedades que afectan el cerebro presentan

altas tasas de suicidio si se les compara con personas que tengan otro tipo de enfermedades, incluso con aquellas que tienen enfermedades francamente malignas. Algunas de las enfermedades con las que se ha asociado el riesgo de suicidio son: la insuficiencia renal crónica con diálisis, neoplasias malignas d SIDA, lupus, enfermedades de la espina dorsal, transplante de riñón, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple y úlcera péptica. Sin embargo, algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente no incluyen afecciones cerebrales.(9)

La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Belkin, Fleishman, Stein y cols., 1989; Haller y Miles, 2003). De hecho, según Rundel et al. (1992), Gala et al. (1992), Mckegney y O ´ Dowd (1992) y O ´ Dowd, Biederman y McKegney (1993), el impacto

diagnóstico de VIH/SIDA incrementa el riesgo de suicidio particularmente justo después de haber recibido el resultado positivo y de haberse distanciado de los amigos, mencionando que en otros dos momentos específicos podría incrementarse el riesgo suicida: en los seis meses posteriores a haber recibido el diagnóstico y en el momento en que aparecen los síntomas del SIDA.

Como ha sido mencionado, el suicidio es un aspecto complejo biopsicosocial que resulta de la depresión, la soledad y el déficit o ausencia de soporte social. La infección por VIH con todas sus negativas connotaciones y la discriminación que genera, puede ser una causa de intentos e ideación suicida. (9)

Es importante poder incluir y considerar en la definición del comportamiento suicida a todas las formas intermedias que conforman el espectro (denominado continuum autodestructivo). Estas son: la ideación de la autodestrucción en sus diferentes gradaciones, las amenazas, el gesto, el

intento y el hecho consumado. (Pérez Barrero, S. A. 1999). La ideación suicida incluye: el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida sin planeamiento de la acción, con un plan inespecífico aún, con un método específico no planificado y con un específico y adecuado método planificado. Las amenazas suicidas engloban a todas aquellas expresiones verbales o escritas que manifiestan el deseo de matarse. El gesto suicida sería una forma de expresión cuando la amenaza ocurre teniendo los métodos a disposición, pero sin llevarla a cabo. Por ejemplo, tener las pastillas en la mano, pero sin tomarlas.

El intento de suicidio, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) se define como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. (10)

Resumiendo, el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas,

los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos o intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

Para identificar estos riesgos se utiliza el cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (cccs- 18), que es instrumento breve y manejable para la evaluación de las actitudes hacia el suicidio. (11)

Culpabilidad: una de las múltiples peculiaridades de la infección por VIH es la cantidad de culpa que parece inspirar. Las personas se sienten culpables por haberse infectado, piensan que por alguna razón deben ser censurados por haber contraído el virus y que ellos mismos dieron pie a la infección. Muchas personas también se sienten culpables por la conducta que los puso en riesgo, por las prácticas sexuales que realizaron. Para muchas personas, el rechazo social es angustioso y se sienten aisladas, pero a veces toman la

desaprobación social como un castigo o pago ante su diagnóstico de seropositividad.

La escala de culpabilidad (sc-35) se acredita como instrumento fiable que se aplica para la identificación de este hecho en los sujetos implicados.

Problemas de autoestima

La baja autoestima es uno de los principales problemas cuando los pacientes son diagnosticados con VIH positivo, ésta se define como la dificultad que tiene la persona para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás.

Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarse a uno mismo, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos. Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando

de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

La discriminación tiene muchas facetas que se evidencian por un inadecuado cuidado profesional para las personas que son VIH positivos; Estigmatización y aislamiento de la familia, del contexto social, de la comunidad y de la Iglesia; pérdida del empleo; Violencia física y/o psicológica contra personas de orientación homosexual, prostituidos y drogadictos; Restricciones de viajes; Presiones familiares y sociales sobre lo que brindan ayuda para que no cuiden a las personas infectadas con el VIH; Negativa a brindar cuidados sanitarios básicos y seguros de vida o salud; Registros obligatorios;

Rechazo a brindar alojamiento; Actitud negativa para brindar acceso a la educación, especialmente a los niños; Exclusión de personas, tales como refugiados y estudiantes procedentes de áreas altamente endémicas. Es aquí donde se observa notoriamente una alteración negativa en la autoestima ya que esta serie de actitudes tomadas por la sociedad 32 condenan al individuo portador del VIH al aislamiento, el auto juicio valorativo que es la base del autoestima se ve deteriorada conllevando al paciente a desencadenar un cuadro depresivo y llevándolo incluso a la muerte ya que al no darle importancia a su bienestar e incluso abandonar el tratamiento de retrovirales la calidad de vida que va a llevar será cada vez más perjudicial para él.

Para identificar esta alteración se utiliza la escala de autoestima de Rosemberg, una prueba breve y con buenas propiedades psicométricas, es el instrumento más usado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica, la misma consta de diez

ítems; cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas.



Análisis de la investigación

Se evidencia los rangos de edades de la población en estudio, siendo con mayor porcentaje los adultos jóvenes, correspondiendo de este modo el 35% a pacientes entre edades de 30 a 35 años, se puede observar también que existe un gran porcentaje en edades de 24 a 29 años, cabe recalcar que al momento de la entrevista con el área de consulta externa del hospital de Infectología se encontró 2 casos de adolescentes con la enfermedad. Evidenciándose de este modo el despertar sexual desde tempranas edades sin manejo de prevención en los factores de riesgo para contraer esta enfermedad.

En el estudio se puede demostrar que el 79% corresponde al sexo masculino y con un 21% femenino, Cabe indicar que dentro del sexo masculino se pudo identificar durante las entrevistas que una mayoría referían ser de orientación homosexual.

Se evidenció también que el 70% de los pacientes con VIH de la consulta externa del

hospital de Infectología son de bajo nivel socioeconómico, 30% nivel medio y con 0% alto, considerando las dimensiones que definen el nivel socioeconómico.

Pese a que la enfermedad no distingue raza clase social o nivel de instrucción se pudo evidenciar que existe un mayor número de pacientes que pertenecen a un estrato económico bajo.

El cuanto al nivel de instrucción el 79% presentaron educación primaria, 16% nivel secundario y con un 2% nivel superior y un 3% analfabeto lo que se relaciona con nivel socioeconómico bajo.

Acorde al tiempo de enfermedad se encontró que un 86% de pacientes con VIH tienen más de 1 año con la enfermedad, 9% tiene de 9 a 12 meses, 2% de 6 a 9 meses, 2% de 3 a 6 meses y 1% de 1 a 3 meses. En la entrevista con los pacientes de la consulta externa del Hospital de Infectología indicaron algunos que llevan entre 10 y 20 años con la enfermedad. Lo que probablemente influyó en

los niveles de depresión encontrados al aplicar el inventario de Beck.

En cuanto al area de procedencia se obtuvo que el 46% de los pacientes atendidos en la consulta externa del hospital de Infectología son de zona urbana, el 35% del sector urbana marginal y con un 19% de la zona rural, pertenecientes a Milagro, Playas y Durán. También son atendidos pacientes de procedencia de la Provincia de Manabí, de los cuales el 36% son divorciados, 32% unión libre, 20% casados y el 12% solteros.

En lo que se refiere a pacientes divorciados indicaron que al momento de enterarse de su diagnóstico y comentárselo a su pareja su matrimonio se dió por terminado, actualmente se encuentran solos/as, debido a que no han encontrado quien comprenda su enfermedad.

De acuerdo a la encuesta realizada a los pacientes de la consulta externa del hospital de infectologia, al aplicar el inventario de depresión de Beck indicaron que el 66% tiene ausencia o minima depression, el 26% depresión leve, 7% depresión moderada y el 1% grave, cabe recalcar que refirieron al enterarse de su diagnóstico VIH positivo sufrieron depresión pero con ayuda de los profesionales de salud superaron dicha depresión,

actualmente van a la consulta por sus medicamentos y chequeos mensuales.

De acuerdo a la encuesta realizada a los pacientes de la consulta externa del hospital de Infectología, al aplicar la escala de ansiedad de Hamilton encontramos los siguientes resultados: el 45% no tiene ansiedad, el 34% presenta ansiedad menor, el 11% ansiedad mayor y el 10% presenta ansiedad clínicamente manifestada. Cabe indicar que esta ansiedad es presentada por los efectos secundarios de la medicación antirretroviral mas no así por la patología.

Los pacientes del hospital de Infectología del área de consulta externa, nos indicaron que no están de acuerdo con la legitimación de suicidio, ni con el suicidio en enfermos terminales y que el suicidio es algo inmoral, además que ellos no tomarían la decisión de suicidarse, dentro de la escala final

ningún paciente desea ni ha tentado con su vida al contrario desea seguir viviendo junto a las personas que los aprecia. Cabe recalcar que según los pacientes encuestados refirieron que dentro de los primeros meses al enterarse de su diagnóstico si idealizaron y atentaron contra su vida, no llegando a ser consumado debido al apoyo psicológico que reciben adicional a su tratamiento farmacológico recibido en el Hospital.

De acuerdo a la encuesta realizada a los pacientes de la consulta externa del hospital de Infectología, al aplicar la escala de autoestima de Rosenberg encontramos que el 66% tiene autoestima alta, 31% autoestima media, 3% autoestima baja. Cabe indicar que los pacientes refirieron en dicha entrevista que en los primeros meses después de enterarse del diagnóstico se sintieron desvalorizados, pero con el pasar del tiempo han podido superar esta crisis de autoestima con ayuda de profesionales de la salud y la aceptación que su organismo ha tenido con el tratamiento farmacológico para contrarrestar la enfermedad.

En las encuestas realizadas en el hospital de infectología en el área de consulta externa se pudo comprobar que los pacientes presentan culpa moderada con un 46%, muy poca culpa en un 34%, mucha culpa 18% y con un 2% culpa excesiva o patológica, los resultados obtenidos fueron al momento de la consulta aun llevando muchos años de edad, aunque refirieron que al momento de saber que eran VIH positivo presentaban muchos sentimiento de culpa ya que por causa de la enfermedad muchas de sus familiar fueron afectadas.

El resultado del estudio manifiesta las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes con VIH mediante instrumentos validados por diferentes autores profesionales.

Dentro del estudio de investigación se evidenció que el 79% de la población en estudio fue de sexo masculino, lo que concuerda con un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el cual de la cantidad de entrevistados que fueron son 34 pacientes, 28 fueron de sexo masculino y 6 de sexo femenino, así mismo la

mayoría de los pacientes se encuentran en un rango de edad de 20 a 37 años, siendo cifras muy similares con nuestro estudio, el cual evidenció que el mayor porcentaje de estos pacientes oscilaban entre los 30 y 35 años, comparando esto decimos que el mayor índice de esta enfermedad se dan en varones pertenecientes al rango de los adultos jóvenes.

En cuanto a las alteraciones psicológicas podemos identificar una similitud en estudios realizados por otros autores. Entre éstas las más identificadas tenemos: la depresión, la ansiedad, el sentimiento de culpa, las ideas de suicidio y la baja autoestima, las cuales han sido encontrada con bastante frecuencia en los pacientes VIH/sida, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad, lo cual se debe, a que el diagnóstico de VIH implica una reevaluación de la vida. Sin embargo en nuestro estudio los niveles encontrados en estas alteraciones no fueron elevados, debidos probablemente al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, ya que mayoritariamente los pacientes presentaban un periodo de enfermedad

de más de un año, periodo en el cual junto a la ayuda psicológica y en algunos casos ayuda psiquiátrica han podido superar la depresión que refirieron sentir al inicio del diagnóstico de la enfermedad.

En relación con el sentimiento de culpa un estudio realizado por Campero, Caballero y Kendall (2010) revela que es una de las alteraciones psicológicas que se mantienen durante todo el periodo de la enfermedad, coincidiendo con nuestro estudio el cual evidenció que del 100% de los pacientes encuestados el 45% presenta sentimiento de culpa que les resulta difícil superarla, debido al contacto continuo con sus familiares o la perdida de sus matrimonios y la consecuente disminución de las oportunidades de desarrollarse de manera personal y profesional.

En un estudio realizado por Caballero, Rodríguez y Candela (2017) indican que un porcentaje importante de su población presentaron síntomas de ansiedad por el padecimiento de su enfermedad, sin embargo en nuestro estudio se identificó que el nivel de ansiedad presentada por

los pacientes se originaban por la ansiedad clínica debido al efecto secundario de los retrovirales, mas no así por la propia enfermedad.

Tomando en cuenta las repercusiones psicológicas que puede ocasionar un diagnóstico de VIH el presente trabajo se planteó con la intención de identificar las principales alteraciones psicológicas aplicando los diferentes instrumentos validados existentes.

Dentro de la población en estudio se evidenció que el 79% de la población eran de sexo masculino y se encontraban en un rango de edad de 30 a 35 años de edad, con un nivel socioeconómico bajo y nivel de instrucción primaria, de estado civil divorciados, procedentes del área rural y con un tiempo de enfermedad mayor a un año.

El nivel de depresión encontrado en la población estudiada mediante el inventario de depresión de Beck fué ausente o mínima en un 66%, sin embargo el 26% presentó depresión leve, el 7% moderada y

un 1% grave. Estos casos identificados con niveles de depresión se encuentran actualmente recibiendo la ayuda psicológica necesaria.

Dentro de los niveles de ansiedad encontrados mediante la aplicación de la escala de Hamilton que el 45% no presenta ansiedad, el 34% una ansiedad menor y cabe mencionar que el 10% de la población presenta manifestaciones clínicas originados por los efectos secundarios a los fármacos.

Con respecto a las ideas de suicidio el 100% de la población manifestó al momento de la aplicación de la encuesta no presentar ideas de suicidio en ninguna de sus tres escalas: ideación suicida, tentativa de suicidio y probabilidad de suicidio. Más sin embargo refirieron que al inicio del diagnóstico de la enfermedad si presentaron ideas de suicidio, las cuales fueron tratadas con el departamento de psiquiatría.

En el nivel de autoestima identificado mediante el cuestionario de Rosemberg se obtuvo que el 66% de la población de estudio presentó una alta autoestima lo que se considera que también corresponde a los tratamientos recibidos por parte de los profesionales de psicología y psiquiatría. Aunque existe un 33% con autoestima media y un 3% con autoestima baja.

El sentimiento de culpa fue medido mediante el cuestionario de Zabalegui y en el cual encontramos que el 46% de la población presentó culpa moderada, el 34% muy poca culpa, el 18% mucha culpa y un 2% culpa excesiva o patológica. Este sentimiento se debe mayoritariamente a que la población expresa que con su enfermedad sus familiares fueron afectados.

Se puede concluir en base al estudio realizado que las alteraciones psicológicas encontradas fueron mínimas debido al tiempo de presentación de la enfermedad, ya que el 100% de la población refirió haber presentado niveles altos de depresión y

sentimientos de culpa, acompañados de ideas de suicidio al inicio de su enfermedad, las cuales fueron superadas lentamente con la ayuda psicológica y las atenciones sin discriminación recibidas por parte del personal de salud.

Una de las principales recomendaciones en relación al estudio es para el personal profesional de enfermería, debido a que nuestra atención debe ser integral y holística, eso incluye la atención al paciente en su esfera biopsicosocial y no solo la afectación médica que estos presentan. Por lo tanto debemos valorar, identificar y referir oportunamente cuando un paciente presente alguna manifestación en su entorno emocional.

Otra recomendación sería la realización de un nuevo estudio el cual el principal factor incluyente sea la captación de los pacientes en su primera consulta, ya que de este modo se podría evidenciar de forma más específica las alteraciones psicológicas que estos presentan.

Se recomienda también para un próximo estudio medir las alteraciones psicológicas en el entorno familiar.



REFERENCIAS

1. Organización de Naciones Unión O. Acción acelerada para acabar con el sida. 2016;136. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf MOSTACERO TORRES, ESTEFANNY.docx
2. Romero Massa E. Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH de la IPS de la costa en el I periodo de 2009 [Internet]. [Cartagena de Indias - Colombia]; 2009. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/3119/1/tesis%20final%20CORRECCION%205-06-09%20para%20grabar.pdf>
3. Tavera M. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. 2010;14(3):7. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a02v14n3.pdf Factores Psicosociales relacionados con la Calidad de Vida en pacientes con VIH SIDA .docx
4. Gamba Janota M, Hernández Meléndrez DE, Bayarre Veá HD. Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. marzo de 2010 [citado el 21 de septiembre de 2018];26(1):10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100002
5. Melguizo Jiménez M. Comentario: Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Aten Primaria [Internet]. el 30 de julio de 2002 [citado el 21 de septiembre de

2018];30(3):148-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comentario-apoyo-social-calidad-vida-13035260> PATRICIO GALLARDO tesis final 27-09 (1).doc

6. En Plenas Facultades. Consecuencias psicológicas en personas con VIH-SIDA [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.enplenasfacultades.org/consecuencias-psicologicas-en-personas-con-vih-sida/>

7. Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida S. Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. el 1 de enero de 2016 [citado el 21 de septiembre de 2018];34(1):53.e1-53.e14. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-documento-consenso-sobre-las-alteraciones-S0213005X15003080>

8. El Comercio. El 90% de los casos de influenza es leve, según Ministerio de Salud. El Comercio [Internet]. 10009a ed. el 6 de enero de 2018 [citado el 21 de septiembre de 2018]; Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/influenza-ministerio-salud-prevencion-vacunas.html> TESINA SYVONEY ORTEGA ANGULO.pdf

9. Consejo general de Colegios de Psicologas. Evaluación del Inventario BDI - II. 2013 [citado el 21 de septiembre de 2018];15. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf> TESIS VIH DEPRESIÓN.docx

10. Organización Médica colegial de España. Expertos subrayan la importancia de incluir la atención psicológica y psiquiátrica al paciente con VIH | Médicos y Pacientes [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/expertos-subrayan-la-importancia-de-incluir-la-atencion-psicologica-y-psiquiatrica-al>
11. Portes M. Importancia del Cuidado Psicológico y Apoyo Emocional al Paciente. [Internet]. ENFERMERA VISIONARIA. 2014 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://marlviniaportes.blogspot.com/2014/06/importancia-del-cuidado-psicologico-y.html> URKUND KAROLINA MONTAÑO.docx
12. Pérez Guzmán JA. Infecciones oportunistas en pacientes con VIH / SIDA en el hospital Universitario del caribe 2012 - 2014 [Internet]. [Cartagena de Indias - Colombia]: Universidad San Buenaventura Cartagena; 2015 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/2791/1/Infecciones%20oportunistas%20en%20pacientes%20con%20VIH_Jenny%20A.%20P%C3%A9rez%20G._USBCTG_2015.pdf
13. OMS OM de la S. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud [Internet]. WHO. 2000 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
14. Hernandez Avila M. Para la prevención y el control de la Infección por virus de la Inmuodeficiencia Humana [Internet]. www.censida.salud.gob.mx; 2010 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en:

<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/dhrhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>

15. Frutos C, Aquino N, Amado D, Ferreira M, Díaz Reissner C. Quality of Life in Patient with HIV in the Medical Clinic, Central Hospital-Institute of Social Welfare Paraguay-2015. Revista del Instituto de Medicina Tropical [Internet]. el 14 de noviembre de 2016 [citado el 21 de septiembre de 2018];11(1):10–21. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v11n1/v11n1a03.pdf>

16. Espinosa Palacios X. Relación de la Intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 2006;15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401504.pdf>

17. López Corral JC, Pastor Armendariz M del M, Minguet Arenas C. Sida: aspecto generales. 2016 [citado el 21 de septiembre de 2018];21. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9797110235A/1470>

18. Bodon MC, Rios MA. Suicidio: Lineamientos general para la comprensión, detección y prevención. 2016 [citado el 21 de septiembre de 2018];26(5):40. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/suicidio_lineamientos.pdf

19. Carvajal N. VIH-SIDA: Aspectos generales sobre el VIH-SIDA [Internet]. VIH-SIDA. 2009 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en:

http://sidagrupo25.blogspot.com/2009/09/aspectos-generales-sobre-el-vih-sida_02.html

20. Organizacion Mundial de la Salud O. VIH/sida [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado el 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Miriam Jacqueline Muñoz Aucapiña

MAGISTER EN INVESTIGACIÓN Y GERENCIA EN EDUCACIÓN SUPERIOR POR LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. LICENCIADA EN ENFERMERÍA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. PROFESOR TITULAR AUXILIAR E INVESTIGADORA CON ENFASIS EN ENFERMERIA CLINICA Y SALUD PÚBLICA. EXPOSITORA EN CONGRESOS NACIONALES. MIEMBRO DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. CANDIDATA A DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA -ESPAÑA.

Cristina Virmane González Osorio

MAGISTER EN GERENCIA EN SALUD POR LA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA. LICENCIADA EN ENFERMERÍA POR LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL. PROFESOR TITULAR AUXILIAR E INVESTIGADORA CON ENFASIS EN FUNDAMENTOS EN ENFERMERÍA, FUNDAMENTOS GINECOBISTRICOS, ENFERMERIA GENERAL Y FUNDAMENTOS QUIRÚRGICOS. EXPOSITORA EN CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES. MIEMBRO DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. CANDIDATA A DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN LA UNIVERSIDAD HABANA

Johana Consuelo Domenech León

LICENCIADA EN ENFERMERÍA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. ENFERMERA RURALISTA ZONAL CUATRO

Lesly Diana Galindo Cuenca

LICENCIADA EN ENFERMERÍA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. ENFERMERA RURALISTA ZONAL SIETE

ISBN: 978-9942-33-090-1



compAs