

Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH / SIDA asintomáticos y sintomáticos

Mónica Pimentel Rodríguez*, Aland Bisso Andrade**

RESUMEN

La enfermedad por VIH/SIDA ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado, principalmente cuando se entera de su diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad.

El objetivo del presente trabajo fue identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes (18 a 42 años) con el VIH, tanto asintomáticos (n = 10) y sintomáticos (n = 10).

Para evaluar a los pacientes se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el inventario de autoevaluación de ansiedad.

Los pacientes, en general, presentaron mayor incremento de la sintomatología de depresión en el área física, cuanto más recientemente habían conocido su diagnóstico. Si bien, los pacientes sintomáticos tuvieron un mayor nivel de ansiedad y depresión que el grupo asintomático, las diferencias no tuvieron significancia estadística. El análisis de las áreas afectiva, cognitiva, conductual y motivacional de ambos grupos, tampoco demostró diferencias significativas.

En conclusión, los pacientes con VIH/SIDA presentan manifestaciones de ansiedad y depresión, principalmente en las primeras etapas de la enfermedad, pero sin diferencias significativas entre asintomáticos y sintomáticos.

Palabras clave: VIH, SIDA, depresión, ansiedad, sintomáticos, asintomáticos.

SUMMARY

The illness for HIV/AIDS causes a strong psychological impact in the affected patient, mainly when they know the diagnosis and during the early stage of the illness.

The objective of the study is to identify and compare anxiety and depression levels in patient (18 to 42 years old) with the HIV, asymptomatics (n = 10) and symptomatics (n = 10).

The Beck Depression Inventory and Anxiety Autoevaluation Inventory were used for evaluating patients.

The patients who knew recently their diagnosis presented high increment of depression symptoms in physical area. Although, the symptomatic patients had higher level of anxiety and depression than the asymptomatic group, but differences did not have a significant statistician. In the analysis of the affective, motivational, cognitive and conductual areas of both groups, none of them demonstrated significant differences.

In conclusion, the patients with HIV/AIDS present manifestations of anxiety and depression, mainly in the first stages of the illness, but without significant differences among asymptomatics and symptomatics.

Key words: HIV, AIDS, depression, anxiety, symptomatics, asymptomatics.

* Lic. Psicología Clínica del Hospital Militar Central.

** Médico Internista y Miembro del Comité VIH/SIDA del Hospital Central PNP

INTRODUCCION

La epidemia del VIH/SIDA ha provocado un fuerte impacto en la población general así como en toda la comunidad científica. La magnitud del problema es mayor aún en los mismos pacientes, de ahí que deben ser manejados en forma multidisciplinaria, poniendo especial énfasis en el aspecto psicológico. Recibir la notificación de estar enfermo por un mal como el VIH/SIDA, provoca una inestabilidad emocional de reacciones impredecibles y una reacción que debe ser bien manejada por el personal de salud que atiende al paciente.

Hess (1988) menciona el proceso de "duelo" por el cual atraviesa un paciente infectado por el VIH/ SIDA siendo su ansiedad y depresión entre otras, algunas de las respuestas emocionales en este proceso; más tarde, Miller (1985) y Prhen (1987) consideran "...que la inmunodepresión producida por el estrés psicológico puede aumentar la vulnerabilidad del organismo a la enfermedad" y Abreud y col (1989) en Brasil, realizaron una investigación en pacientes con SIDA y encontraron una incidencia de 21.6% de déficit cognitivo y 60% de depresión; así mismo, en el Perú, Mazzoti (1993) encontró una prevalencia de 12% para la depresión mayor en seropositivos asintomáticos y un 10,6% para la distimia. Los trastornos de ansiedad que aparecen al conocer el diagnóstico de la enfermedad, o durante la espera del resultado de las pruebas diagnósticas, son variados y van desde la simple ansiedad (nerviosismo, trastorno del apetito, insomnio), hasta verdaderas manifestaciones de pánico, fobias o cuadros obsesivo-compulsivos. El trastorno de ajuste es una respuesta mórbida al estresor que constitu-

ye el recibir el diagnóstico de enfermedad por VIH y que, además, está condicionado por diversos factores como grado de vulnerabilidad psicológica del paciente, coexistencia de trastornos de la personalidad o psiquiátricos, entorno familiar, social y laboral, y acceso a una adecuada consejería. Se ha identificado algunos trastornos de ajuste que pueden involucrar al área afectiva (ansiedad, depresión), de la conducta (vg. agresión) o somática (vg. cefalea, fatiga), y también trastornos de ajuste que manifiestan aislamiento e inhibición sea laboral, académica o social.

La investigación realizada en el presente trabajo, tuvo por objetivo identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad por VIH, tanto asintomáticos como sintomáticos; así mismo, enfocar la intervención psicológica en los grupos que presentaron diferencias estadísticamente significativas y qué factores causaron el incremento de mayor ansiedad y/o depresión.

MATERIAL Y METODOS

La investigación siguió un diseño descriptivo-comparativo sobre los niveles de ansiedad y depresión en dos grupos de pacientes con enfermedad por VIH hospitalizados.

Población

La muestra estuvo conformada por dos grupos de pacientes de atención ambulatoria. Un grupo 1, asintomático (n = 10) y otro grupo 2, sintomático (n = 10). Se calificó de sintomático a todo paciente con síntomas relacionados a la enfermedad tales como baja progresiva de peso, diarrea crónica y síndrome febril prolongado, o presencia de una infección oportunista

como candidiasis oral, tuberculosis, entre otras.

En el grupo 1, 9/10 estaban en el grupo de 18 a 27 años y 1 tenía 42 años; en tanto que en el grupo 2, 8/10 estaban en el grupo de 18 a 32 años y 2 en el grupo de 38 a 42 años. En general, todos eran adultos jóvenes y varones. Entre ambos grupos (n = 20), 65% tenían secundaria completa y 45% educación superior.

Respecto al estado civil, 15 eran solteros, 2 divorciados y 3 eran casados. El 45% (9/20) eran de condición socioeconómica medio-baja y el 55% restante eran de condición baja.

Instrumentos utilizados

- Historia clínica, para determinar la calificación de sintomático o asintomático.
 - Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.: Beck Depression Inventory). Evalúa los estados de tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, autodisgusto, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, alejamiento social, indecisión, autoimagen deformada, retardo para trabajar, pérdida del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación sintomática y pérdida del deseo sexual.
- Inventario de autoevaluación de ansiedad: Rasgo-Estado STAI (State-Trait Anxiety-Inventory). Es un cuestionario de autoevaluación en la cual el examinado encuentra una serie de afirmaciones (vg. "me siento calmado", "me siento seguro", "estoy tenso", "estoy contrariado", entre muchas otras), a fin de marcar la presencia, ausencia o intensidad de las mismas, según una escala numerada. Permite conocer

“en el momento”, cómo se siente el paciente.

Visitas

Todos los pacientes fueron evaluados una semana después de conocer su diagnóstico. Se realizaron dos visitas psicológicas; en la primera se obtuvieron datos para la hoja de información y se avaluó con el inventario de ansiedad: Estado-Rasgo, y una segunda visita para la evaluación de depresión con el Inventario de Depresión de BECK. Todos los pacientes fueron evaluados con los mismos instrumentos psicológicos y en forma individual.

Método estadístico

Para el procedimiento estadístico se utilizó la media aritmética, desviación estándar, la “T de Student” debido a que el estudio es comparativo y la prueba “F” de Snedecor utilizada para la verificación de hipótesis.

Definición de términos

Ansiedad

Definida como un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión, generalmente la causa es un conflicto intrapsíquico inconsciente o irrecognocible.

Ansiedad-Estado (AE)

Estado o condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso automático. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

Ansiedad-Rasgo (AR)

Señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadores y a llevar, conse-

cientemente, su ansiedad estado (AE). Como concepto psicológico la AR posee características similares a lo que Atkinson llama “motivos”.

Depresión

Estado caracterizado por alteraciones anímicas como tristeza y sentimiento de soledad, baja autoestima asociada a autoreproches, retardo psicomotor y, a veces agitación, retraimiento en los contactos interpersonales, ocasionalmente deseos de muerte, así como síntomas vegetativos del tipo insomnio y anorexia. Es un estado de inaccesibilidad a la estimulación o a tipos particulares de estimulación; poseen baja iniciativa y pensamientos tristes

RESULTADOS

- El análisis estadístico comparativo de la escala de Ansiedad-Estado (AE) de los pacientes sintomáticos y asintomáticos, determinó que no había diferencias con significancia estadística en los puntajes de la variable AE en ambos grupos. Si bien, de acuerdo a las medias aritméticas los pacientes asintomáticos se ubicaron en un nivel de ansiedad alta y los pacientes sintomáticos se ubican en un nivel moderado, la prueba estadística indicó que no había diferencias significativas en la AE en ambos grupos.
- El análisis estadístico comparativo de la escala Ansiedad-Rasgo (AR) de los pacientes asintomáticos y sintomáticos, determinó que ambos grupos no tenían diferencias con significancia estadística en los promedios aritméticos de la variable AR en ambos grupos. En lo referente a la AR los niveles fueron moderados tanto en los pacientes asintomáticos como sintomáticos pudiéndose

apreciar la AE en un nivel alto en los pacientes asintomáticos a diferencia de los resultados en la AR.

- La evaluación de la escala de depresión de Beck, tampoco demostró diferencia significativa entre ambos grupos. Se apreció que los pacientes asintomáticos tuvieron una media aritmética más baja que los sintomáticos, indicando que los asintomáticos presentaban depresión leve y los sintomáticos depresión moderada. Los rendimientos de acuerdo a las medias aritméticas fluctúan en intensidades de depresión leve, moderada a severa en ambos grupos.
- El análisis del área efectiva y del área motivacional de ambos grupos, mediante la escala de Beck, no demostró diferencias significativas.
- El análisis del área cognitiva y del área conductual de ambos grupos, mediante la escala de depresión de Beck, no demostró diferencias significativas.
- El análisis del área física de depresión encontró puntajes significativamente más altos en el grupo asintomático que en los sintomáticos. Los pacientes asintomáticos presentaron mayor incremento de la sintomatología de depresión en el área física, cuanto más recientemente habían conocido su diagnóstico.
- En los grupos de asintomáticos y sintomáticos los pacientes presentan AE caracterizado por nerviosismo, aprensión, temor e incertidumbre. Con relación a los resultados en la variable de AR los pacientes de ambos grupos tanto asintomáticos como sintomáticos presentaron tensión y aprensión constante, con tendencia a ver amenazas en muchas situaciones y vulnerabilidad al incremento de la AE.

DISCUSION

Aún cuando no hubo diferencia significativa, los pacientes asintomáticos se ubicaron en un nivel de ansiedad alta y los pacientes sintomáticos se ubicaron en un nivel moderado; asimismo, en lo referente a la AR, los niveles fueron moderados tanto en los asintomáticos como en los sintomáticos pudiéndose apreciar la AE en un nivel alto en los pacientes asintomáticos a diferencia de los resultados en la AR.

En general, los pacientes comunicaron sentimientos de incertidumbre, aprensión, nerviosismo y temor, siendo algo más intenso en los asintomáticos; al respecto, diversos hallazgos señalan que al paciente que se le comunica que es portador del VIH, tiene como expectativa el temor a la muerte, temor que indudablemente eleva los niveles de AE.

Como menciona Spielberger (1979), las personas con niveles de ansiedad-rasgo o ansiedad peculiar elevada responden a su percepción de la amenaza con un mayor incremento a sus estados de ansiedad, tendencia a ver más peligroso el mundo en comparación con las personas con una ansiedad-rasgo baja.

Respecto a la depresión total, nuestros resultados indican que tanto los pacientes asintomáticos como los pacientes sintomáticos no se diferencian estadísticamente en la sintomatología de depresión que comunican, aunque los pacientes asintomáticos tienden a ubicarse en el nivel de "depresión leve", esto nos indica que el paciente que se encuentra infectado por el VIH/SIDA desarrolla o tiene asociada una sintomatología no muy intensa; considerándose que en el caso de la presente muestra esto puede deberse a la preparación del paciente mediante consejería pre-test,

anterior a ser notificado de su diagnóstico así como la consejería post-test. Por otro lado si bien los pacientes asintomáticos presentan depresión leve, los síntomas están presentes en un nivel bajo, mientras que en depresión moderada los síntomas están presentes en mayor grado, con dificultades en el desenvolvimiento de actividades cotidianas.

El análisis de la depresión en su sintomatología global se profundizó de acuerdo a la ampliación del análisis en las siguientes áreas: afectiva, conductual, motivacional, cognitiva y física encontrándose que sólo en la sintomatología depresiva de tipo física ambos grupos de pacientes difieren; sin embargo en las áreas restantes comunican niveles bastantes semejantes de sintomatología depresiva. Los pacientes asintomáticos alcanzan un promedio significativamente más alto en el área física que se traduce en síntomas de pérdida del apetito, pérdida de peso, alteraciones en el sueño y pérdida del deseo sexual, mientras que los pacientes sintomáticos puntúan a un nivel promedio en esta área; si bien existen síntomas, la mayoría de estos se encuentran relacionados con el VIH/SIDA, tales como la anorexia y pérdida del peso entre otras, sin embargo los pacientes sintomáticos puntúan más bajos que los asintomáticos en el área física de depresión.

Se atribuye a dichos resultados el impacto psicológico como respuesta a la situación, donde los pacientes asintomáticos perciben la imagen de sí mismo y de su futuro sumamente amenazantes; afectados a tal magnitud, presentan respuestas de disminución en las funciones vitales, lo cual se puede apreciar a través de síntomas en el área de depresión de Beck. Al respecto, es importante mencionar lo expuesto por Beck :

"El instinto de conservación parece desaparecer... los impulsos biológicos básicos como el hambre y el impulso sexual se extinguen; el sueño y el alivio de todas las calamidades se frustra".

Este hallazgo podría explicarse en el sentido que el paciente de la fase asintomática, desarrolla, al igual que en otras enfermedades tal sintomatología, la cual tiende a ceder a medida que el sujeto se adapta a su nueva situación.

Finalmente, cabe mencionar que varios trastornos médicos van asociados con distintos tipos de psicopatología, especialmente con síntomas depresivos, tales como anemias, cáncer, trastornos del SNC, algunas infecciones, entre otras. Asimismo, las enfermedades orgánicas desencadenan frecuentemente depresión y constituyen la quinta causa más frecuente de depresión (Beck, 1983).

RECOMENDACIONES

1. Durante la intervención psicológica se debe manejar, controlar y disminuir los niveles de depresión en el área física en pacientes infectados por el VIH/SIDA en situación de asintomáticos que más recientemente hallan conocido su diagnóstico.

2. Diseñar y ejecutar un plan de apoyo terapéutico dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente que vive con el VIH/SIDA tomando en cuenta el soporte psicosocial.

3. Realizar trabajos comparativos con otras poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas/ terminales para hacer diferenciaciones respecto a las características específicas en poblaciones infectadas por VIH/SIDA.

4. Investigar respuestas de conductas sexuales en pacientes infectados por el VIH/SIDA, para mejorar estrategias de prevención en relación a la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Venier JL; Ross MW; Akande-A HIV/AIDS-related social anxieties in adolescents in three African countries. Soc-Sci-Med. 1998 Feb; 46(3): 313-20
2. Judd F; Mijch A; McCausland J; Cockram A Depressive symptoms in patients with HIV infection: a further exploration. Aust-N Z J Psychiatry. 1997 Dec; 31(6): 862-8
3. Silversides AM Depression often undertreated in HIV/AIDS patients, psychiatrist warns CMAJ. 1998 Feb 10; 158(3): 391-2
4. Wilson IB; Cleary-PD Clinical predictors of declines in physical functioning in persons with AIDS: results of a longitudinal study. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1997 Dec 15; 16(5): 343-9
5. Abreu, P. Kronfeld, M. Strau, S. "Depresión y Déficit Cognitivo en Pacientes VIH/SIDA. 1995; 21a. Edición.
6. Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association 1990; Editorial Masson S.A. Barcelona - España.
7. Anastasi, A. Envolving concepts of Test Validation; Annual Review of Psychology; 1986
8. Beck, A. Rush, J. Shaw, B. Emery, G. "Terapia Cognitiva de la Depresión" 1983; Editorial Desclee de Brouwer, S.A.; Bilbao-España.
9. Benkert, O. Reconocimiento del Síndrome Depresivo 1983 Editorial Hoechst-Madrid.
10. "Los Sobrevivientes de largo Término"; Boletín Vía Libre 1983, Junio. Lima-Perú
11. Boletín Latinoamericano VIH/SIDA, Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las FFAA y PNP de Latinoamérica. 1995; 1(1).
12. Delgado, A. La escala de depresión Geriátrica (D.G.S.) en la población anciana de Lima Metropolitana: un estudio de adaptación. Tesis U.P.R.P. 1993, Lima-Perú.
13. Ey H. Bernard, P. Brisset, Ch. Tratado de Psiquiatría. 1991, 2da. Edición. Editorial Toray Masson. Barcelona-España.
14. Flores, B. "Análisis Comparativo entre la Ansiedad y la Adaptación de la Conducta en los Alumnos del 5to de Secundaria del distrito de San Martín de Porras" Tesis U.N.M.S.M. 1991, Lima-Perú.
15. Herrero, L. "Transtornos Depresivos en la Práctica Diaria". 1993, Editorial Hoeschst Ibérica S.A. Barcelona-España.
16. Holland, J. The Psychococial and Neuropsychiatric Sequelae of the acquired inmunodeficiency syndrome and related disorders. Ann Intern Med 1993; 4 (3)
17. Jerf, F. Lucho, M. "Psicopatología Familiar en la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana". Servicio Académico Asistencial de Neurología de la Universidad de San Marcos; 1994. Lima-Perú.
18. Maruff, Wood, Curie, Mc Arthur, Molone y Benson. "Escala de Humor Administradas en forma Visual por Computadora". 1994
19. Mazzoti, G. "Diagnóstico Psiquiátrico en una población VIH-Seropositiva de Lima". Tesis U.P.C.H. 1993, Lima-Perú.
20. Organización Panamericana de la Salud "Perfil de una Epidemia. 1989; No 514
21. Organización Panamericana de la salud "Manual de Información para Profesionales de la Salud. Servicio Vasco de Salud. 1990; Editorial Departamento de Sanidad y Consumo.
22. Organización Panamericana de la Salud "Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico". Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10. 1992; Editorial Meditor-Madrid.
23. Organización Panamericana de la Salud "Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con VIH/SIDA". 1994; Conasida, editorial Edamex, Lima-Perú
24. Organización Panamericana de la Salud, "Pautas para la Atención Clínica de la Persona Infectada por el VIH". Programa Regional de SIDA Y ETS. E.U.A. 1994; Washington, D.C.
25. Organización Panamericana de la Salud (1995) "Vigilancia Epidemiológica del SIDA en la Américas". Informe Trimestral-Septiembre; 1995. Washington, D.C.
26. Philip, C. Kendall. "Psicología Clínica: Perspectivas Clínicas y Profesionales". 1988; Noriega Editores-México.
27. Pérez, G. Programa "La Casa. Atención de la Comunidad en las Areas de Drogadicción, SIDA y Suicidio. Universidad de los Andes, Dpto de Psicología., P. (1990). Psicopatología. Editorial Trillas-México.
28. Prado, L. "Stress, Nivel de Ansiedad Estado-Rasgo y Rasgos de Personalidad en un Grupo de Pacientes con Hipertiroidismo. Tesis U.N.M.S.M. 1995, Lima-Peú.
29. Revista S.E.I.S.I.D.A. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA. 1994; 5(7).
30. Sánchez, J. Mazzoti, G. Cuellar, L, Campos, P. y Gotuzzo E. "SIDA; Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento en la Infección por VIH/SIDA". Hivos. Fondo Editorial. 1994, Lima-Perú.
31. Sarason, I. "Psicología Anormal: Los problemas de la conducta desadaptativa". 1988, Editorial Trillas-México.
32. Spielberger, CH. "Tensión y Ansiedad". 1979, Editorial Tierra Firme S.A. - México.
33. Stre, H. Kampmann, G. Ansiedades de SIDA en Adolescentes". 1993
34. Warthon, D. Novara, J. Y Sotillo, C. (1985). "Estandarización y Correlación de la Escala de Beck, Hamilton y Zung para la Depresión en la población de Lima Metropolitana". Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hidalgo Noguchi-Lima.
35. Yauri, P "Actitudes y Nivel de Información hacia el SIDA en alumnos del 5to año de Educación Secundaria de Ambos Sexos de Colegios Nacionales de Lima Metropolitana". Tesis U.I.G.V. 1994, Lima-Perú.
36. Zacca, G. "Psychological Follow of Hemophile Patients UIT Infection". University of Genova-Italy. Abstract OPS. 1991



XI CONGRESO NACIONAL Y XXII CURSO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA

1 - 4 DE NOVIEMBRE DEL 2000
SWISSÔTEL
LIMA - PERU