

Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola

Depression affecting HIV people in two municipalities of Angola

MSc. Lucas Antonio Nhamba,^I DrC. Edelsys Hernández Meléndrez,^{II}
DrC. Héctor Demetrio Bayarre Veá^{II}

^I Facultad de Medicina de Huambo. Angola.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública.

RESUMEN

Introducción: la depresión constituye un evento frecuente en las personas con VIH, de ahí que su estudio haya cobrado interés, entre los profesionales encargados de la atención a este segmento de la población.

Objetivo: estimar la frecuencia de la depresión y su relación con factores sociodemográficos en personas con VIH/sida.

Métodos: estudio descriptivo de corte transversal en 100 personas con VIH residentes en los municipios de Huambo y Bailundo, provincia de Huambo-Angola atendidas entre enero y mayo de 2012 y que cumplieran con los criterios de inclusión. El estado depresivo se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck y se aplicó una entrevista con preguntas cerradas.

Resultados: hubo predominio del sexo femenino y la mayor parte de la población estudiada tenía bajo nivel de instrucción. Los síntomas depresivos de varias intensidades estuvieron presentes en 33 pacientes (33 %) de ambos sexos.

Conclusiones: en la población estudiada la frecuencia de depresión fue relativamente baja con predominio de mujeres, personas jóvenes, con apoyo social y no asociada al empleo, al estado civil, ni a la escolaridad. Se recomienda el incremento de estudios en este contexto sociocultural considerando el impacto de la epidemia del VIH en esa parte del continente africano.

Palabras clave: depresión, PVIH/sida, factores sociodemográficos.

ABSTRACT

Introduction: depression is a common event in HIV people, hence the study of this condition arouses growing interest of the professionals in charge of this population segment.

Objective: to estimate the frequency of depression and its relationship with sociodemographic factors in HIV people.

Methods: cross-sectional descriptive study of 100 HIV people who live in Huambo and Bailundo municipalities in Huambo-Angola province and treated in the period of January through May 2012, who met the inclusion criteria. The depressive condition was evaluated with the Beck Depression Inventory and a closed question interview.

Results: females prevailed and most of this population section had low schooling. Various depressive symptoms were present in 33 patients (33 %) of both sexes.

Conclusions: in the studied population, the frequency of depression was relatively low and predominant in women, young people, with social support, and it was not related to employment, civil status or schooling. Therefore, it is recommended to carry out more studies in this socio-cultural context, considering the severe impact of HIV epidemics on that part of the African continent.

Keywords: depression, HIV/aids population, sociodemographic factors.

INTRODUCCIÓN

Después de más de tres décadas de descubierto el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del sida, mucho se ha investigado sobre esta enfermedad, tanto desde el punto de vista médico, como desde sus implicaciones psicológicas y sociales.¹ Los estudios han demostrado una alta prevalencia de depresión en las personas viviendo con VIH (PVIH), con importante repercusión en el desarrollo de la enfermedad, y también ha sido registrado como una de las principales causas de consulta psiquiátrica y de suicidio.¹⁻⁴

ONUSIDA estima que existen en todo el mundo más de 33,3 millones de personas viviendo con el VIH/sida, reconoce que como resultado de los esfuerzos globales se ha logrado una reducción en el número de contagios por VIH, en las muertes relacionadas con la enfermedad y también se ha aumentado considerablemente el número de personas que ahora tienen acceso a los antirretrovirales. Esta situación de optimismo nos llena de esperanzas para el cumplimiento exitoso de las metas establecidas para el milenio.¹

A pesar de estos avances en las investigaciones con fines de buscar una respuesta más eficaz a esta pandemia, el sida sigue siendo una enfermedad transmisible letal, que acarrea consigo una serie de cuestiones cuyos abordajes traspasan la esfera biomédica extendiéndose a los aspectos socioculturales de diferentes grupos afectados por esta pandemia. El África subsahariana, región donde se ubica Angola, sigue siendo, según los informes de la ONUSIDA el continente más afectado por la pandemia con todas las consecuencias nefastas.⁵ Contradictoriamente, en estos países existen pocos estudios que puedan ayudar a comprender los distintos factores implicados en la interacción entre la pandemia del VIH y las enfermedades mentales.⁶

REACCIONES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE VIH/sida

Al recibir el diagnóstico de VIH/sida el paciente y sus familiares reaccionan en función de sus conocimientos y experiencias vivenciadas en determinado medio o cultura. La construcción social predominante en torno al VIH/sida y su vinculación con la muerte, el miedo al contagio y la desviación moral, promueve que el paciente sea visto como alguien que ha recibido una sentencia de muerte en el sentido físico, social, e incluso en el sexual.⁷

Su forma predominante de transmisión (sexual), la connotación que tuvo en el inicio de su descubrimiento, "peste gay" ha transformado esta enfermedad en un medio de moralización mediante la ridiculización de los enfermos y su asociación frecuente con comportamientos inmorales o promiscuos, homosexualidad, desviación sexual y prostitución,⁸ elementos que acentúan cada vez más el estigma y rechazo a estas personas y a las cercanas.

Por el hecho de tratarse de una enfermedad incurable y mortal ha sido transformada en objeto privilegiado de estudios, tanto para las llamadas ciencias médicas (infectología, farmacología, epidemiología) como también para las ciencias sociales (sociología, antropología, ciencias políticas) y comportamentales (psicología, psiquiatría), estas últimas aportan una importante contribución al estudio y tratamiento de los trastornos psíquicos que resultan de la enfermedad.⁹

El impacto psicológico de la comunicación del diagnóstico está en función del sistema de creencias de la familia y su entorno en general. A esta situación se añade muchas veces el estado económico del enfermo que influye en el afrontamiento de la enfermedad.³

Como consecuencia, el diagnóstico de positivo para el VIH, requiere por parte del paciente estar preparado ante la posibilidad de ser discriminado en distintos ámbitos como la familia, la comunidad, la escuela, el trabajo o los servicios de salud. Este hecho frecuentemente desencadena ciertas reacciones, entre las más frecuentes se encuentran: ocultar los resultados para que no ser discriminados y desacreditados públicamente,⁸ retirar las medicinas de sus paquetes originales para que parezcan otras medicinas no asociadas a los ARV (antirretrovirales), ir a las consultas lejos de sus áreas de residencia y atenderse por especialistas de otras ciudades, para no correr el riesgo de encontrarse con personas conocidas.⁹

Kahhale y otros,⁸ consideran que el rechazo y la discriminación son procesos sociales, ya que están en el centro de la producción y reproducción de las relaciones de poder y control de los sistemas sociales. Refieren además que los estereotipos que marcan esta enfermedad parecen estar presentes en todas las sociedades. Observan que pasados más de 20 años desde el pronunciamiento de *Jonathan Mann*, en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1987, sobre los daños causados por el rechazo y el estigma del VIH/sida, se obtuvieron muchos logros en términos de tratamiento y de terapias para las personas infectadas, pero no fue así para la discriminación. Las personas seropositivas todavía se resienten con el rechazo social que compromete su identidad social con importante impacto en su estado psíquico.

Desde el surgimiento del VIH/sida varios estudios han apuntado la depresión como una de su principal comorbilidad. Su prevalencia en las personas infectadas o enfermas de VIH/sida presenta diferencias significativas en comparación con la población general, frecuentemente influenciadas por las diferentes variables sociodemográficas.^{2,4,7}

La depresión es considerada como un estado psíquico en que la persona tiene vivencias de tristeza, desagrado, lentitud psíquica y lentitud motora. Generalmente, la persona deprimida tiene pocos deseos de alimentarse y baja autoestima. Puede tener ideas pesimistas y hasta llegar a tener ideas suicidas en dependencia del grado de la depresión.¹⁰

En la etiopatogénesis de la depresión en PVIH están implicados factores sociales, psicológicos y biológicos. Los investigadores refieren numerosos obstáculos en el diagnóstico de la depresión en las PVIH. En primer lugar, porque es poco frecuente que los pacientes aborden con sus médicos su estado de ánimo o sus emociones positivas o negativas y en segundo lugar, porque los profesionales de la salud muchas veces interpretan la depresión como una reacción resultante de la infección y no como una condición psíquica que necesite un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.^{4,10,11}

Considerando el reconocimiento de la depresión como causa del aumento de la morbilidad y la mortalidad en un número variado de enfermedades crónicas, que puede exacerbar los efectos de la enfermedad primaria y por constituir un evento frecuente en las personas con VIH/sida, este estudio tiene como objetivo estimar la frecuencia de la depresión y su relación con algunos factores sociodemográficos en las PVIH.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal en todas las PVIH atendidas entre enero y mayo de 2012 en la provincia de Huambo, Angola, en los municipios de Huambo (sede) y de Bailundo (75 % y 25 % de los pacientes respectivamente). Se utilizaron como criterios de inclusión: individuos mayores de 14 años, con diagnóstico serológico de VIH/sida a la fecha de la entrevista. Los criterios de exclusión fueron: individuos que se negaron a llenar los cuestionarios, personas con deterioro cognitivo o problemas mentales evidentes.

De un total de 145 pacientes (Huambo 110 y Bailundo 35) se obtuvo una población definitiva de 100, con predominio del sexo femenino. La información relativa a la enfermedad HIV/sida se obtuvo mediante las historias clínicas de los pacientes.

Entre variados instrumentos que están disponibles para la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos en este estudio, los datos fueron recogidos con el Inventario de Depresión de Beck (BDI: *Beck Depresión Inventory*) uno de los más utilizados y traducido a varios idiomas, que cuenta con validaciones en varios idiomas, las que demuestran sus atributos de validez y fiabilidad para el diagnóstico de depresión. Se utilizó la versión en portugués, traducida y validada en Brasil, compuesta de 21 ítems que contemplan síntomas y actitudes cognitivas depresivas, con puntajes de 0 a 3 cada una de ellas y donde 0 es indicativo de "menor" y 3 de "mayor" dentro de la escala, es decir, (corresponden respectivamente a la ausencia de síntomas depresivos y la presencia de los síntomas más intensos.

Este cuestionario 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 de sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación sintomática y pérdida del deseo sexual.¹⁰

Para el puntaje total, hasta 15 puntos significa ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; entre 16 y 20 puntos hay evidencias de intensidad leve a moderada de síntomas depresivos; más de 20 puntos indican síntomas de depresión de intensidad moderada a grave. Puntuación entre 30 a 63 puntos señala síntomas depresivos de intensidad grave.

La captura de los datos se realizó mediante una base de datos creada en el paquete de programas SPSS versión 15.0, con el que también se realizó el procesamiento de la información consistente en el cálculo de medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y relativas).

Los datos sociodemográficos se recogieron mediante una guía de entrevista elaborada y aplicada por el primer autor del presente artículo, dos docentes y tres estudiantes de la Facultad de Medicina de Huambo de la Universidad "José Eduardo dos Santos". El instrumento posee preguntas cerradas acerca del sexo, edad, estado civil, escolaridad, vínculo de trabajo, religión, apoyo social, administración del tratamiento antirretroviral, situación económica.

La persona entrevistada, a su vez, firmó una hoja con su consentimiento, en el cual se le explicaba el propósito del estudio del cual estaría participando. El estudio contó con la aprobación previa de la Dirección Provincial de la Salud de la provincia de Huambo.

RESULTADOS

Entre las 100 PVIH encuestadas, la depresión se presentó en 33, a predominio de la leve, que afectó a 15 personas, en tanto que las categorías moderada y grave se presentaron en igual magnitud. Un análisis por sexo permitió observar un predominio de mujeres en la muestra y una mayor frecuencia absoluta y relativa de la depresión en este grupo. Así, para las féminas, la depresión estuvo presente en el 37 %, a predominio de la forma leve (17,3 %) mientras que entre los hombres esta se presentó en el 25,8 %, a predominio de la forma grave, presente en el 10,5 % ([tabla 1](#)).

Las PVIH estudiadas se distribuyeron entre los 15 y 59 años de edad, con un predominio de los grupos: 30-39 (n= 39) y 20-29 (n= 31). La distribución de la depresión por grupos de edad arrojó un comportamiento heterogéneo. Así, para las que clasificaban en el grupo de 20-29 años, hubo un predominio de depresión leve (25,8 %), para las consignadas en los grupos 40-49 y 50-59, hubo un comportamiento similar para la depresión leve y grave con 5,6 % para ambas formas, en el primero, y 11,1 % en el segundo. Para las personas con edades comprendidas entre los 30 y 39 años hubo un predominio de la depresión grave (17,9 %). Nótese que ninguna de las personas del grupo 15-19 presentó depresión ([tabla 2](#)).

Tabla 1. Distribución de pacientes VIH positivos según niveles de depresión y sexo

Depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	16	84,2	51	63,0	67	67,0
Leve	1	5,3	14	17,3	15	15,0
Moderada	0	0,0	9	0,0	9	9,0
Grave	2	10,5	7	11,1	9	9,0
Total	19	100,0	81	100,0	100	100,0

Tabla 2. Distribución de pacientes VIH positivos según edad y niveles de depresión

Edad	Depresión								Total	
	Ninguna		Leve		Moderada		Grave			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
20-29	18	58,1	8	25,8	5	16,1	0	0,0	31	100,0
30-39	23	59,0	5	12,8	4	10,3	7	17,9	39	100,0
40-49	16	88,8	1	5,6	0	0,0	1	5,6	18	100,0
50-59	7	77,8	1	11,1	0	0,0	1	11,1	9	100,0
Total	67	67,0	15	15,0	9	9,0	9	9,0	100	100,0

En las PVIH estudiadas hubo un predominio del nivel medio de escolaridad con 37, seguida por las de primaria con 25 y las de secundaria con 24. En cuanto a los síntomas depresivos, se observó variabilidad en su distribución. Así, para las que poseían escolaridad entre secundaria y universitaria predominó la depresión leve con porcentajes que fluctuaron entre 10,8 -para las de nivel medio- y 25 para las de secundaria, en tanto que para las que poseen escolaridad primaria hubo un comportamiento similar en las categorías leve y grave, con 16,0 % respectivamente. Entre las personas sin escolaridad, la depresión se distribuyó en la categoría moderada ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Distribución de pacientes VIH positivos según escolaridad y niveles de depresión

Escolaridad	Depresión								Total	
	Ninguna		Leve		Moderada		Grave			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	7	77,8	0	0,0	2	22,2	0	0,0	9	100,0
Primaria	14	56,0	4	16,0	3	12,0	4	16,0	25	100,0
Secundaria	15	62,5	6	25,0	1	4,2	2	8,3	24	100,0
Nivel medio	27	73,0	4	10,8	3	8,1	3	8,1	37	100,0
Universitario	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Total	67	67,0	15	15,0	9	9,0	9	9,0	100	100,0

La distribución de las PVIH, en virtud del estado civil, arrojó un predominio de las solteras con 48 mujeres, seguidas por las acompañadas con 29 y las casadas con 17, con tendencia a un comportamiento homogéneo de la depresión entre los grupos. En las solteras hubo más depresión moderada, presente en el 12,5 % seguida por la leve; en tanto que para las casadas, acompañadas y separadas hubo un predominio de la depresión leve, con porcentaje que fluctuó entre 17,2 para las acompañadas y 100,0 para las separadas; entre las viudas la depresión se distribuyó de manera equitativa entre las categorías leve y grave. Obsérvese que, de manera general, no se presentó una fuerte relación entre el estado civil y la presencia de depresión (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes VIH positivos según estado civil y niveles de depresión

Estado civil	Depresión								Total	
	Ninguna		Leve		Moderada		Grave			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	33	68,8	5	10,4	6	12,5	4	8,3	48	100,0
Casado	12	70,6	3	17,6	1	5,9	1	5,9	17	100,0
Acompañado	19	65,5	5	17,2	2	6,9	3	10,3	29	100,0
Separado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Viudo	3	60,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	5	100,0
Total	67	67,0	15	15,0	9	9,0	9	9,0	100,0	100,0

La mayoría de las personas participantes refirió no poseer ningún vínculo laboral hasta la fecha de la entrevista. La distribución de los síntomas depresivos según el empleo tuvo un comportamiento parecido entre ambos grupos. Así, el 15,2 % de las personas con empleo tenía depresión leve, en tanto entre los desempleados esta cifra alcanzó el 12,5 %, constituyendo en ambos la principal forma de depresión. Lo señalado con anterioridad habla de una tendencia a un comportamiento similar de la depresión entre empleados y desempleados, lo que sugiere la ausencia de relación entre las variables estudiadas (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes VIH positivos según niveles de depresión y empleo

Depresión	Empleo				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	30	68,2	37	66,1	67	67,0
Leve	8	15,2	7	12,5	15	15,0
Moderada	3	6,8	6	10,7	9	9,0
Grave	3	6,8	6	10,7	9	9,0
Total	44	100,0	56	100,0	100	100,0

La mayoría de la población investigada profesaba alguna religión y entre ellas predominó la depresión leve, presente en el 15,2 %, en tanto que las restantes formas aparecieron cada una en el 9,1 % de esta población.

El 90 % de los entrevistados refirió que no recibieron ningún apoyo social, entendido como la dispensación de bienes materiales por instituciones de caridad. La depresión fue mayor entre los que no recibieron apoyo social, sin embargo,

entre los que recibieron apoyo, la depresión se concentró en la categoría leve, en la que clasificó el 20 % de estas. Al parecer existió relación entre el apoyo social y la depresión (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de pacientes VIH positivos según niveles de depresión y apoyo social

Depresión	Apoyo social				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	8	80,0	59	65,6	67	67,0
Leve	2	20,0	13	14,4	15	15,0
Moderada	0	0,0	9	10,0	9	9,0
Grave	0	0,0	9	10,0	9	9,0
Total	10	100,0	90	100,0	100	100,0

DISCUSIÓN

Conocer la frecuencia de la depresión en paciente VIH positivo, de manera global y su comprensión, a partir de relacionarlas con variables sociodemográficas tiene gran importancia en la práctica de la atención a estas personas, ya que puede aportar varios elementos que permiten una intervención efectiva y brindarles una atención personalizada o grupal, que mejora el estado de salud y la calidad de vida. La literatura internacional describe con mucha frecuencia la alta incidencia de la comorbilidad con el VIH/sida, que interfiere en el proceso terapéutico y, consecuentemente, en la agudización de la enfermedad de base.²

Sin embargo, en este estudio, se constató que la mayoría de ellos no presentó ningún síntoma de depresión y, que entre los deprimidos predominó la forma leve. Ello es favorable para la imposición de conductas terapéuticas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas y del grupo en general.

Estudios realizados en distintos contextos y escenarios diferentes que utilizan el BDI brindan resultados variables. Así, *Reis*, en un estudio realizado en Brasil, con 228 pacientes de ambos sexos, de un ambulatorio encuentra una prevalencia superior a la cuarta parte de los estudiados, predominio de la población femenina.²

El resultado diferencial por sexos, llama la atención y, pudiera explicarse a través del enfoque de género en sociedades machistas, donde ella desempeña papeles pasivos, se mantiene más tiempo sola atendiendo las labores domésticas y, en sentido general, es sumisa ante las decisiones de su pareja. Es víctima en ocasiones de la violencia doméstica, en el contexto de un ambiente de altos niveles de estrés, abuso sexual, experiencia de eventos traumáticos lo que se agrava cuando hay una laguna en lo que respecta al apoyo familiar a ellas.

Giannina en su estudio sobre depresión en PVIH, realizado en 2009 en una localidad de Botswana (África), con 200 pacientes, en un ambulatorio encuentra una prevalencia de depresión superior a las tres cuartas partes de la población investigada, sin asociarse a variables como el sexo, la religión y el estado civil.⁶ *Gamba* en un estudio desarrollado en Angola (África) con 160 pacientes en dos

hospitales encuentra que casi la totalidad presenta depresión y la mayoría se clasifica como grave.¹²

Teva en estudio con 100 pacientes VIH positivos encuentra una alta prevalencia de depresión con ligero predominio de la leve sobre la moderada y, en menor cuantía la grave, con mayor intensidad entre los varones, a diferencia de otros estudios donde predomina en las mujeres.¹³

Lo señalado con anterioridad demuestra un comportamiento variable de la frecuencia con que aparece la depresión en las PVIH de diferentes contextos. Varios aspectos han sido apuntados como razones para estas diferencias, entre ellas, la falta de uniformidad de criterios, distintas metodologías utilizadas y el local donde se desarrolla la investigación (hospitales o ambulatorios).¹⁴

En este estudio, la depresión se concentró entre los 20 y los 39 años, aquí se incluyó la mayoría de los afectados. En la literatura revisada no se encontraron datos que permitieran establecer comparaciones con estos por el hecho de que en muchos casos se utilizaron intervalos de edades con amplitudes mayores y en otros no se estableció relación con esta variable. El hecho de que la mayoría de los deprimidos del estudio fueran jóvenes, debe ser tomado en cuenta para futuras intervenciones, dada la necesidad de su participación en la actividad laboral del país. En Angola, esta población sexual y económicamente activa es igualmente la más afectada por la pandemia del VIH/sida.^{15,16}

Los datos de esta investigación no guardaron relación directa entre la escolaridad y la depresión. Estudios realizados en otro contexto (Brasil) encuentran que los que tienen de cuarto a séptimo grado de escolaridad presentan más síntomas que los que tienen mayor nivel escolar.¹⁷ La población estudiada es relativamente pequeña para poder establecer comparaciones con otros estudios que utilizan poblaciones mayores, lo que no permite percibir la real influencia de esta variable.

En esta investigación no se pusieron de manifiesto importantes diferencias entre las condiciones de tener o no pareja y la presencia de síntomas depresivos. La relación de pareja para un portador de VIH o sida podría funcionar como un soporte social para el afrontamiento a la enfermedad, pero ello no siempre funciona de esta manera, ya que se trata de una enfermedad que acarrea muchos estigmas y como fue referido con anterioridad, tener esta enfermedad trae muchas connotaciones negativas para las personas que la padecen, especialmente por su asociación psicológica con malas conductas.¹⁸

En Angola, la vía sexual de transmisión es la más importante y frecuente,¹⁷ de ahí que cuando un miembro de la pareja está infectado puede presentar cierto grado de culpa, lo que puede acentuar el conflicto entre la pareja con todas las implicaciones psicológicas para ambos. Además, como refería *Reis*, la vivencia con la "serodiscordancia" (cuando uno de los miembros de la pareja no está infectado) al VIH/sida impone a las parejas el manejo de muchas dificultades relacionadas con su intimidad, frente a la posibilidad de la transmisión del virus para la pareja seronegativa.^{18,19} Este cuadro hace suponer que la pareja no siempre constituye un factor protector para la estabilidad psicológica que pudiera esperarse.

El apoyo puede ser nefasto en situaciones donde determinadas características personales se oponen a la posibilidad de ser apoyado (susceptibilidad elevada, autovaloración inadecuada, oposición de puntos de vistas entre las partes

implicadas, entre otras).¹⁹ Sería más fácil creer que el apoyo siempre va a ser positivo para aquel que lo recibe pero la práctica demuestra lo contrario y puede este convertirse en fuente de tensiones que perjudica la salud y el bienestar de las personas.

En este trabajo el empleo no pareció ejercer gran influencia en cuanto a la distribución de los síntomas de depresión ni con su gravedad.

Poseer empleo en esta condición de seropositivo es importante, pues como refiere *Guzmán*, además del impacto psicológico de la enfermedad que conlleva esta situación, se añade muchas veces la situación económica del enfermo que influye en el afrontamiento a la enfermedad.³

En el estudio se verificó la gran adherencia de las PVIH a las distintas religiones. Este hecho, además de que la población angolana es predominantemente cristiana sobre todo en las religiones católicas y protestantes, puede explicar el recurso a fuerzas espirituales para afrontar la enfermedad, ya que la religión es para muchos un espacio en que el hombre busca explicaciones para lo sobrenatural y en él también busca recursos espirituales para el afrontamiento a diversos eventos que surgen a lo largo de la vida.

Para *Mellagi*, la orientación de los fieles que padecen de VIH está entre las nuevas acciones de las iglesias por tratarse de una enfermedad que genera sufrimiento al hombre. El alivio del dolor del enfermo y de la familia que convive con él frecuentemente encuentra refugio en la divinidad cuyos símbolos son presentados en las instituciones religiosas. Varios estudios que buscan identificar las diferentes estrategias de afrontamiento en PVIH/sida apuntan hacia la religión como estrategia focalizada a las emociones en el proceso de afrontamiento a la enfermedad.²⁰

Con respecto al apoyo social, solo un escaso número de personas refirió recibir algún tipo de apoyo social. De este grupo, apenas 2 presentaron síntomas leves de depresión. De los que no tuvieron apoyo social, el 54,6 % presentó síntomas entre moderado y grave. Esta diferencia resalta el valor del efecto del apoyo social si se considera la distribución de la intensidad de los síntomas depresivos dentro de los que no tenían apoyo.

El bajo número de personas que declararon recibir algún apoyo social solo puede referirse a apoyo material de alguna institución sin considerar los amigos o la familia. Sin embargo, el hecho de que la mayoría de los PVIH no permitieron ser conocidas por otras personas puede perjudicar el apoyo que generalmente reciben en estas situaciones. Otro aspecto a comentar es el bajo apoyo social de familiares, amigos y colegas. La explicación pertinente es que el nivel de conocimiento de la población angolana sobre las distintas formas de transmisión y prevención es muy bajo, lo que trae como consecuencia que los enfermos deciden alejarse de las personas más cercanas, separar los utensilios domésticos (platos, cubiertos), y así lo que logran es degradar aún más su autoestima.

En el papel del apoyo social durante la convalecencia de una enfermedad, es importante enfatizar que el cuidado celoso del paciente, la información de lo que está ocurriendo en los círculos sociales en los cuales está insertado, la expresión de confianza de familiares y amigos sobre el futuro del paciente, inducen a una elevación de la autoestima y a tratar de alcanzar una mejoría de salud. La ayuda influye también directamente en los estados emocionales y cognitivos asociados a las alteraciones y el cumplimiento del régimen médico. Todos estos elementos

facilitan la movilización del sistema inmunológico en el sentido de elevación de la salud.¹⁹

Según *López Cabanas* y otros,²¹ el apoyo social es como la información que aporta a la persona la sensación de ser querido y cuidado, que es valorado, y que pertenece a una red de relaciones mutuas. Considera además que el apoyo social sirve de paliativo en situaciones de crisis, pero hace énfasis en su aspecto cognitivo y enfatiza la importancia de que el apoyo sea percibido por la persona que la recibe para que sea eficaz.

Puede concluirse que en la población estudiada la frecuencia de depresión fue relativamente baja, a predominio de mujeres, personas jóvenes, con apoyo social y no asociada al empleo, al estado civil, ni a la escolaridad.

Se recomienda el incremento de estudios en el contexto sociocultural de la provincia de Huambo, Angola considerando el impacto de la epidemia de VIH en esa parte del continente africano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comunicado de prensa de ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2012 [citado 20 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/november/20121120prresults/>.
2. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MTG, Gir E. Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. *Rev. Latin Amer Enfermagem*. 2011 [citado 10 Feb 2012]; 19(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_04.pdf.
3. Guzmán RC, Bermúdez JA, López ET, Sulvarán OM. Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Rev Psicología Salud*. 2012; 22(2): 163-72.
4. Wolff C, Rubén Alvarado M, Marcelo Wolff R. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infect*. 2010 [citado 2 Feb 2013]; 27(1):65-74. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf>.
5. Acción conjunta para obtener resultados. Marco de resultados del ONUSIDA de 2009 a 2011. Ginebra: ONUSIDA; 2010 [citado 22 Sept 2010]. Disponible en: http://www.data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1713_joint_action_es.pdf
6. Giannina PG, Alexis ED, Mulugueta S, Marcelo RS. Prevalencia de depresión en pacientes HIVSIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África, Alcmeeon. *Rev Argentina Clín Neuropsiquiat*. 2011 [citado 2 Feb 2013]; 17(1): 48-56. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/17/04_gatti_africa.pdf
7. Avendaño AA, Palacios FF. Resistencia a la discriminación narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Rev Psicol Salud*. 2012; 22(2): 173-84.

8. Kahhale EP, Cristovam C, Esper E, Salla M, Anéas T. HIV/Aids: enfrentando un sufrimiento psíquico. Cad Saúde Pública. 2012 [citado 3 Oct 2012]; 28(9): 1811-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900023
9. Knauth DR. Psicoterapia, depressão e morte no contexto da Aids Série Textos de Divulgação - Nº 006/97. Trabalho apresentado no Seminário Temático "Sexualidade e Subjetividade", realizado no XXI Encontro Anual da ANPOCS 21-25 outubro de 1997. Caxambú, Brasil: Portal das Ciências Sociais Brasileiras; 1997.
10. Hernández E, Palomera A, De Santos F. Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Guadalajara, México: Ed. Universidad; 2003.
11. Borges FP. Estudo da Depressão nos doentes infectados pelo VIH [tese]. Universidade do Porto. Porto: Faculdade de Medicina; 2010.
12. Janota MG, Hernández DE, Bayarre H. Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010 [citado 22 Ago 2011]; 26(1). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100002&nrm=iso
13. Teva I, Bermúdez M de la P, Hernández-Quero J, Buela-Casal G. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Universidad de Granada, España: Facultad de Psicología; 2004 [citado 1 Feb 2011]. Disponible en: http://www.alapsa.org/revista/articulos/Gualberto_Buela-Casal.pdf
14. Eller LS. Depressive symptoms in HIV disease. Nursing Clin North America. 2006; 41: 437.
15. Angola R. Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. Relatório sobre Progresso do país para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA sa Assembleia Geral das Nações Unidas 2008-2009. Angola: Assembleia; 2010.
16. Angola R. Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. UNGASS 2012. Relatório sobre Progresso do país para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA sa Assembleia Geral das Nações Unidas 2010-2011. Angola: Assembleia; 2012.
17. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Mattos de Souza LD, Tomasi E. Prevalencia de depressao em usuarios de unidades de atencao primaria. Rev Psiq Clín. 2012; 39(6): 194-7.
18. Reis RK, GIR E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. Rev Esc Enferm. 2010 [citado 23 Feb 2013]; 44(3): 759-65. Disponvél em: <http://www.dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300030>
19. Hernández E. Atención psicológica. Métodos, técnicas y enfoques. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.

20. Mellagi AG. O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicosocial entre homens católicos e evangélicos [tese]. Universidad de São Paulo, Brasil: Instituto de Psicologia; 2009.

21. López Cabanas M, Chacón F. Apoyo social, Redes sociales y grupos de autoayuda. Intervención Psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo. Madrid: Síntesis Psicología; 2009.

Recibido: 2 de marzo de 2013.

Aprobado: 2 de junio de 2014.

Lucas Antonio Nhamba. Facultad de Medicina de Huambo. Calle García de Horta s/n, Edificio de las Finanzas. 5to piso. Apto E. Huambo, Angola.
Dirección electrónica: nhambalu@yahoo.com.br