

Trabajos de investigación:

## Nivel de resiliencia y categoría clínica en pacientes con diagnóstico VIH/Sida. Consulta externa de inmunoinfectología. Hospital Julio Criollo Rivas, ciudad Bolívar, estado Bolívar

Samuel Yary, Norma Conquista, Daniela Marcano, Yelineth Medina, Anna Alvarado, Jorge Gómez  
Arlen Velasco, Karla Vargas, Henry García

### Resumen

Los pacientes afectados por VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) / SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) presentan una enfermedad de transmisión sexual que se vuelve crónica. Los cambios que presentan no siempre se afrontan adecuadamente, sin embargo hay personas que manejan estas dificultades manteniéndose adherentes al tratamiento, frente a su enfermedad y su superación. Es así como se ha demostrado que la resiliencia (RS) es un concepto que puede contribuir al control de esta enfermedad. Objetivo: Relacionar el nivel de RS con la categoría clínica en pacientes con diagnóstico de VIH / SIDA que acudieron a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el periodo diciembre 2019 - marzo 2020. Metodología: estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, de campo, observacional, donde se evaluaron 100 pacientes con diagnóstico de VIH / SIDA, se aplicó la Escala de Resiliencia construida y revisada por Wagnild y Young y se tomó de la historia clínica: edad, sexo, tiempo de diagnóstico, recuento de linfocitos y carga viral. Resultados: El grupo de edad más frecuente fue entre 28 a 37 años 35.0%; el sexo más común fue masculino 63.0% y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad fue menor a 5 años 38.0%. 49.0% de los pacientes tenían un alto nivel de resiliencia, recuento de linfocitos TCD4 +, el 45.0% estaba entre 200-499 / mm<sup>3</sup>, la categoría clínica más frecuente según los CDC (Centers for Disease Control) en pacientes con VIH / SIDA fue C3 (AIDS y linfocitos TCD4 menos de 200 células por  $\mu$ L) 23,0%. Los pacientes con RS alto 49.0% presentaron más de 10 años con el diagnóstico 24.0% y la categoría clínica más frecuente a este nivel de RS alta fue 49.0%; el CDC fue A1 (infección primaria y linfocitos TCD4 con más de 500 células por  $\mu$ L) 11.0% mientras que en el nivel de resiliencia bajo 17.0%, la categoría C2 (SIDA y linfocitos TCD4 entre 200 y 499 células por  $\mu$ L) fue más común en 11.0%. Conclusión: En los pacientes de la categoría C3 la RS fue baja, mientras que los pacientes en A1, A2 (infección primaria y linfocitos TCD4 entre 200 y 499 células por  $\mu$ L) y A3 (infección primaria y linfocitos TCD4 menos de 200 células por mL) presentaron el mayor nivel de RS.

**Palabras clave:** resiliencia, categoría clínica, VIH / SIDA.

### Resilience level and clinic category in patients with diagnosis of HIV/Aids Abstract

Patients affected by HIV (human immunodeficiency virus) / AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) present a sexually transmitted disease that becomes chronic, the changes they present are not always adequately faced, however, there are people who manage these difficulties by remaining adherent to treatment, facing their disease and overcoming it, this is how resilience (RS) has been shown to be a concept that can contribute to the control of this disease. Objective: Relate the RS level with the clinical category in patients with a diagnosis of HIV/ AIDS who came to the Immunoinfectology consultation of the "Julio Criollo Rivas" Hospital during the period december 2019 - march 2020. Methodology: study descriptive, cross-sectional, field, observational, where 100 patients with diagnosis of HIV/ AIDS were evaluated, the Resilience Scale constructed and reviewed by Wagnild and Young was applied and it was taken from the clinical history: age, sex, diagnosis time, lymphocyte count and viral load. Results: The most frequent age group was between 28 to 37 years 35.0%; the most common sex was male 63.0%, and the time of diagnosis with the disease was less than 5 years. 38.0%. 49.0% of patients had a high level of resilience, TCD4 + lymphocyte count, 45.0% was between 200-499/ mm<sup>3</sup>, the most frequent clinical category according to the CDC (Centers for Disease Control) in HIV/AIDS patients was C3 (AIDS and TCD4 lymphocytes less than 200 cells per  $\mu$ L) 23,0%. The patients with a high RS level of 49.0% presented more than 10 years with the diagnosis with 24.0% and the most frequent clinical category at this level of high RS was 49.0%, the CDC was A1 (primary infection and TCD4 lymphocytes with more than 500 cells per  $\mu$ L) 11.0% while at the low resilience level 17.0%, the C2 category (AIDS and TCD4 lymphocytes between 200 and 499 cells per  $\mu$ L) was more common 11.0%. Conclusion: In category C3 patients the RS was low, while the patients in A1, A2 (primary infection and TCD4 lymphocytes between 200 and 499 cells per  $\mu$ L) and A3 (primary infection and TCD4

lymphocytes less than 200 cells per mL) presented the highest level of RS.

**Key words:** resilience, clinical category, HIV/AIDS.

## Introducción

La resiliencia hoy en día implica un concepto muy investigado por la población en general, puesto que su significado ha provocado curiosidad e interés en la aplicación a la vida cotidiana, creando discusión y siendo estudiada por diversas áreas como la psicología, sociología e inclusive biología y neurociencias.<sup>1</sup>

Según la Real Academia Española, la resiliencia se puede definir como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversa. Sin embargo las distintas definiciones enfatizan en características como: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, competencia, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones estresantes que les permiten superarlas.<sup>2</sup>

A partir de esto es importante entender que la resiliencia deja de ser un concepto totalmente individual y es visto como un proceso dinámico donde intervienen factores internos y externos, siendo necesario definir una situación adversa, de exclusión o traumática, de adversidad, riesgo o trauma.<sup>3</sup>

Según Fredrickson y Tugade, (2003) tras los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001 se encontró que la resiliencia estaba mediada por la experiencia de emociones o recuerdos positivos, que son los que le permiten al individuo la capacidad de enfrentamiento, protegiendo a las personas frente a la depresión e impulsar su ajuste funcional. Se ha demostrado que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias, caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva.<sup>4</sup>

Por ejemplo el diagnóstico de una enfermedad crónica, que modifique la vida del individuo, puede ser tomada por el paciente como un evento trágico y devastador en su vida, sin embargo, enfrentarlo y buscar su resolución permite que como individuo se exploren muchas de sus actitudes y la percepción de la vida, el ordenamiento de prioridades, religiosidad, entre otros, siendo estas características de una persona resiliente que permiten crear una relación entre este estado y factores esperanzadores en el pronóstico de la enfermedad. Un caso particular y que cumple con lo anterior lo constituye el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o su presentación clínica como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.<sup>5</sup>

El VIH es la sigla correspondiente a "virus de la inmunodeficiencia humana", un lentivirus (de la familia Retroviridae). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983 (Chávez y Castillo, 2013). Este infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células TCD4+ y los macrófagos, componentes celulares clave del sistema inmunitario). La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia", y la positividad indica la presencia de él, mientras que el término SIDA corresponde a "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.<sup>6</sup>

El VIH/SIDA constituye un problema de salud pública mundial, es responsable de la muerte de más de 20 millones de personas en el mundo desde el inicio de la enfermedad; es considerada actualmente como la principal causa de muerte y de años de vida perdidos entre los adultos de 15 a 59 años, siendo una pandemia que refleja grandes diferencias en diferentes países, lo cual implica diferentes estrategias de promoción, prevención, servicios de salud y de apoyo para cada situación.<sup>7</sup>

El virus posee dos serotipos, VIH-1 y VIH-2, donde la mayoría de los casos infectados portan el VIH-1, el cual es más agresivo, de manera que el período que media entre la infección con el virus y el desarrollo del sida es más largo en el caso del VIH-2. Afecta mayoritariamente a personas jóvenes, y la cantidad de hombres infectados es mayor que la de mujeres, pero estas se mantienen con un aumento progresivo, al igual que la comparación con el comportamiento homosexual y heterosexual, que actualmente se han ido equiparando. La transmisión abarca vía sexual, transmisión madre-hijo, transfusiones sanguíneas o hemoderivados como las más importantes.<sup>8</sup>

Con respecto al tiempo de presentación puede variar considerablemente de unos individuos a otros. La mayoría de las personas infectadas por el VIH, si no recibe tratamiento, desarrolla síntomas de enfermedades relacionadas con el VIH tras 5 o 10 años, pero el lapso de tiempo que transcurre desde que la persona se infecta por el VIH hasta que le diagnostican sida puede ser de 10 a 15 años, a veces incluso mayor. La terapia antirretrovírica puede ralentizar la progresión de la enfermedad al disminuir la carga vírica de la persona infectada, por ende, el tiempo de diagnóstico y la carga viral forma parte importante de la evolución y pronóstico de los pacientes.<sup>9</sup>

El sistema de clasificación del CDC (Control Diseases Center) se usa corrientemente en la práctica clínica hoy día, tanto para adultos y adolescentes, en base a las condiciones clínicas aso-

ciadas con VIH y el recuento linfocitario TCD4 positivos, con 3 categorías clínicas y 3 de laboratorio. Este sistema permite mezclar la clínica con el estado inmunológico, ya que las manifestaciones clínicas por sí solas no constituyen buenos marcadores de progresión, pues aparecen tardíamente en el curso de la infección por VIH.6-9

Según Tobón y Toro (2008), las categorías clínicas son: la categoría A, que corresponde a primoinfección o infección aguda, infección asintomática y linfadenopatía generalizada y persistente; categoría B: son las enfermedades indicativas de cierto deterioro de la inmunidad celular, enfermedades atribuibles a la infección y otros procesos que se compliquen por la presencia del VIH (Candidiasis orofaríngea, leucoplasia vellosa oral, púrpura trombocitopénica idiopática, etc.), y por último, la categoría C: entidades indicadoras de un grave defecto inmune definitorias de SIDA (Candidiasis esofágica, Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar, Criptococosis extrapulmonar, Linfoma de Burkitt, Sarcoma de Kaposi, etc.).10

Hay pocos estudios que comprueben la relación de la resiliencia con el estadio clínico del paciente VIH, sin embargo, se ha estudiado como un comportamiento emocional estable, apoyo familiar y adherencia al tratamiento involucra un mejor pronóstico para el enfermo. En el estudio efectuado por Bedón (2013) en pacientes que recibían tratamiento antirretroviral de gran actividad (N=64), reveló una relación significativa y positiva entre resiliencia y adherencia al tratamiento.11

Con la revisión de la literatura, también se ha estudiado la relación entre resiliencia y las relaciones intrafamiliares que tiene el paciente con VIH/SIDA, tal como Pacheco (2017) donde se observa tras un estudio que mientras mayores sean las relaciones entre la familia, tienen un nivel más alto de resiliencia, por lo tanto, se pueden crear más redes de apoyo entre ellos para beneficio de los pacientes con VIH.12

La evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de cuál sea su estado anímico, lo que lleva a preguntar si el estado emocional influye en el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos, y específicamente si las personas que exhiben un estado anímico negativo están más predispuestas a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud, aspecto sumamente relevante en las personas con VIH.13

Además de la condición preestablecida del paciente como portador del VIH, la resiliencia también dependerá de otros factores, como la edad, el sexo, entre otros.

Actualmente hay pocos estudios acerca de la relación entre el nivel de resiliencia y el sistema de categorización clínica del VIH.

El objetivo de esta investigación es determinar si el nivel de resiliencia se encuentra relacionado con la categorización clínica de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas".

## Metodología

### Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal, de campo, observacional.

### Universo

Para este estudio estuvo representado por todos los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA asistentes a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" en Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

### Muestra

Estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA asistentes a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" en Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el período Diciembre 2019 – Marzo 2020.

Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que acepten voluntariamente participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

### Criterios de exclusión

- Pacientes con discapacidad visual y auditiva.
- Pacientes con deterioro cognitivo de leve a severo.

### Procedimiento

Se acudió al servicio de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas", en donde se lleva a cabo reunión con la directiva del servicio, se solicita formalmente mediante autorización escrita con descripción metodológica del proyecto llevar a cabo el presente estudio en el área mencionada y se obtiene la aprobación requerida (Apéndice D).

Se procedió primeramente a realizar un registro de los pacientes con los datos clínicos pertinentes en relación a los objetivos específicos del trabajo, como lo son edad, sexo, tiempo de diagnóstico, recuento linfocitario y carga viral.

Se asistió a las terapias grupales realizadas los días miércoles y a las consultas de psicoterapia realizadas por los psiquiatras asignados al servicio y a la entrega del tratamiento farmacológico

respectivo, seleccionando de forma aleatoria en cada circunstancia a los pacientes que conformaron la muestra estudiada.

Posteriormente, el método utilizado para determinar el nivel de resiliencia de la muestra en estudio fue la Escala de Resiliencia (RS), construida y revisada por Wagnild y Young (1993), a través de la cual se identifica el grado individual de la misma, considerada como una característica positiva que mejora la capacidad individual de adaptación. Para su aplicación, se solicita a los encuestados que asignen un valor que señala si concuerdan o no con cada ítem. Todos los ítems están determinados en una escala de 7 puntos, desde 1, representando desacuerdo, hasta 7, donde sí se encuentra en consonancia con el ítem respectivo. La RS toma en consideración dos factores: el primero, titulado "Competencia Personal" compuesto por 17 ítems; el segundo factor, denominado "Aceptación de sí mismo y de la vida" constituido por 8 ítems y donde se reflejan los siguientes niveles:  $\geq 145$  resiliencia alta,  $>120$  pero  $<145$  resiliencia moderada y  $\leq 120$  resiliencia baja. En conjunto, estos factores evalúan el grado de resiliencia por medio de cinco características personales: ecuanimidad, perseverancia, autosuficiencia, la creencia de que la vida tiene un significado y la capacidad de afrontar experiencias por sí solo (Figueiredo y Callegaro, 2011), además, exponen la fiabilidad constante que esta escala ha demostrado en diversos estudios con coeficientes alfa que varían entre 0.84 y 0.94.

Se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes en estudio para categorizar el estadio de su enfermedad de acuerdo a la clasificación del CDC de 1993, tomando en cuenta el estadio clínico del paciente y el recurso de laboratorio. Las categorías de laboratorio se definen de acuerdo al recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica: categoría 1 con más de 500 células por  $\mu\text{L}$ ; categoría 2 con valores entre 200 y 499 células por  $\mu\text{L}$ ; y categoría 3 con menos de 200 células por  $\mu\text{L}$ , siendo mutuamente excluyentes. El estadio clínico del paciente se divide en categoría A que incluye a la primoinfección o infección aguda, la infección asintomática y la linfadenopatía generalizada y persistente. La categoría B incluye enfermedades indicativas de cierto deterioro de la inmunidad celular, otras enfermedades atribuibles a la infección misma por VIH y otros procesos patológicos cuyo curso o tratamiento se complica por la subyacente infección con VIH. Por último, en la categoría C se agrupan las entidades indicadoras de un grave defecto inmune y que se consideran definitorias de SIDA. Cruzando ambas categorías se obtienen 9 subcategorías: A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3 que mezclan la clínica con el estado inmunológico, ya que las manifestaciones clínicas por sí solas no constituyen buenos marcadores de progresión, pues aparecen tardíamente en el curso de la infección por VIH, cuando el compromiso inmunológico ya se ha establecido.

### Técnica de análisis de datos.

Los datos recolectados en este estudio fueron procesados y expresados en tablas de frecuencia simple de una y doble entrada, correspondiendo a números y porcentajes (%). Para el análisis se utilizó la prueba Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) y para el manejo estadístico de los resultados del estudio el programa Microsoft Excel 2013 y el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 22.

## Resultados

Al evaluar las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA, se evidenció que el grupo etario más frecuente fue entre 28 a 37 años 35,0%, después entre 38 a 47 años 27,0%, el sexo más común fue el masculino 63,0%, y el tiempo de diagnóstico prevalente con la enfermedad fue menos de 5 años, 38,0% (ver tabla 1).

El 49,0% de los pacientes presentó nivel de resiliencia alta, le siguió el nivel moderada 34,0% y después baja 17,0% (ver tabla 2).

En relación al conteo de linfocitos TCD4+, el 45,0% estaba entre 200–499/mm<sup>3</sup>, seguido de menos 200/mm<sup>3</sup> 34,0% y después 21,0% mayor o igual a 500/mm<sup>3</sup> (ver tabla 3).

La categoría clínica más frecuente según los CDC en los pacientes VIH/SIDA fue C3 23,0%, después B2 19,0%, A1 16,0%, A2 13,0% y B1 10,0% (ver tabla 4).

En los pacientes del género masculino (63,0%), el nivel de resiliencia prevalente fue alta 32,0%, después moderada 20,0%. Asimismo, en el género femenino (37,0%), el nivel más frecuente fue alta 17,0% y luego moderada 14,0%. No hubo nivel de significancia estadística entre las variables (ver tabla 5).

En el grupo etario entre 28 a 37 años (35,0%) los niveles de resiliencia alta y moderada obtuvieron 14,0% cada uno, y en el intervalo de edad entre 38 a 47 años (27,0%) el nivel alto presentó 17,0%. Cabe destacar que en los pacientes con edad entre 48 a 57 años (17,0%) el nivel de resiliencia más común fue alta 9,0%, y en los pacientes con 58 años y más también lo fue este nivel con 5,0%. Mientras que en los pacientes entre 18 a 27 años (13,0%) fue el nivel bajo 5,0%. No hubo nivel de significancia estadística entre las variables (ver tabla 6).

Se determinó que los pacientes con nivel de resiliencia alta 49,0%, en tiempo de años de diagnóstico con la enfermedad más frecuente fue más de 10 con 24,0%, después entre 5 a 10 años 14,0%. Para nivel moderada 34,0%, el 16,0% tenía entre 5 a 10 años de diagnóstico, mientras que en el nivel de resiliencia baja 17,0% fue más común menos de 5 años de diagnóstico.

Al aplicar el método de Chi 2, se evidenció que existe relación estadísticamente significativa entre las variables con  $p < 0,05$  (ver tabla 7).

En relación a los pacientes con nivel de resiliencia alta 49,0%, la categoría clínica más frecuente según los CDC fue A1 11,0%, seguida de B2 9,0% y A2 8,0%. Para nivel moderada 34,0%,

el 9,0% lo obtuvo la categoría clínica C3, luego continuó B2 7,0% y A1 Y B1 con 5,0% cada uno, mientras que en el nivel de resiliencia baja 17,0% fue más común la categoría C2 11,0%. Al aplicar el método de Chi 2, se evidenció que existe relación estadísticamente significativa entre las variables con  $p < 0,05$  (ver tabla 8).

Tabla 1

Distribución según sexo, edad, tiempo de diagnóstico en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – Marzo 2020.

Características sociodemográficas	Número	Porcentaje
<b>Edad (años)</b>		
18 – 27	13	13,0
28 – 37	35	35,0
38 – 47	27	27,0
48 – 57	17	17,0
58 y más	8	8,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	63	63,0
Femenino	37	37,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
<b>Tiempo de diagnóstico (años)</b>		
< 5	38	38,0
5 – 10	33	33,0
>10	29	29,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tabla 2

Distribución según nivel de resiliencia en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

Nivel de resiliencia	Número	Porcentaje
Baja (<120)	17	17,0
Moderada (>120 <145)	34	34,0
Alta ( $\geq 145$ )		
49	49,0	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tabla 3

Distribución según contejo de linfocitos TCD4+ en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

Contaje de linfocitos TCD4+	Número	Porcentaje
(1) $\geq 500/\text{mm}^3$	21	21,0
(2) 200–499/ $\text{mm}^3$	45	45,0
(3) $<200/\text{mm}^3$	34	34,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tabla 4

Distribución de categorías clínicas según los CDC en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

Categoría clínica según los CDC	Número	Porcentaje
A1	16	16,0
A2	13	13,0
A3	3	3,0
B1	10	10,0
B2	19	19,0
B3	8	8,0
C1	2	2,0
C2	6	6,0
C3	23	23,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

Tabla 5

Distribución según nivel de resiliencia y género en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

Género	Nivel de resiliencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	11	11,0	20	20,0	32	32,0	63	63,0
Femenino	6	6,0	14	14,0	17	17,0	37	37,0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>17,0</b>	<b>34</b>	<b>34,0</b>	<b>49</b>	<b>49,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

N= 100, valor del estadístico 12,081, Valor crítico 24,038, p valor 0,626 G.L 2.

Tabla 6

Distribución según nivel de resiliencia y grupo etario en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

Grupo etario (años)	Nivel de resiliencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	N	%	N	%	N	%	N	%
18 – 27	5	5,0	4	4,0	4	4,0	13	13,0
28 – 37	7	7,0	14	14,0	14	14,0	35	35,0
38 – 47	3	3,0	7	7,0	17	17,0	27	27,0
48 – 57	2	2,0	6	6,0	9	9,0	17	17,0
58 y más	0	0,0	3	3,0	5	5,0	8	8,0
<b>Total</b>	17	17,0	34	34,0	49	49,0	100	100,0

N= 100, valor del estadístico 14,428, Valor crítico 27,129, p valor 0,558 G.L 8.

Tabla 7

Distribución según nivel de resiliencia y tiempo de diagnóstico en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

Tiempo de diagnóstico (años)	Nivel de resiliencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 5	13	13,0	14	14,0	11	11,0	38	38,0
5 – 10	3	3,0	16	16,0	14	14,0	33	33,0
>10	1	1,0	4	4,0	24	24,0	29	29,0
<b>Total</b>	17	17,0	34	34,0	49	49,0	100	100,0

N= 100, valor del estadístico 23,732, Valor crítico 29,044, p valor 0,01 G.L 4.

Tabla 8

Distribución según nivel de resiliencia y categoría clínica en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA que acuden a la consulta de Inmunoinfectología del Hospital "Julio Criollo Rivas" durante el período diciembre 2019 – marzo 2020.

Categoría clínica	Nivel de resiliencia						Total	
	Baja		Moderada		Alta			
	N	%	N	%	N	%	N	%
A1	0	0,0	5	5,0	11	11,0	16	16,0
A2	1	1,0	4	4,0	8	8,0	13	13,0
A3	0	0,0	0	0,0	3	3,0	3	3,0
B1	2	2,0	5	5,0	3	3,0	10	10,0
B2	3	3,0	7	7,0	9	9,0	19	19,0
B3	0	0,0	2	2,0	6	6,0	8	8,0
C1	0	0,0	1	1,0	1	1,0	2	2,0
C2	0	0,0	1	1,0	5	5,0	6	6,0
C3	11	11,0	9	9,0	3	3,0	23	23,0
<b>Total</b>	17	17,0	34	34,0	49	49,0	100	100,0

N= 100, valor del estadístico 25,0196, Valor crítico 32,048, p valor 0,001 G.L 16.

## Discusión

Al evaluar las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA, se evidenció que el grupo etario más frecuente fue entre 28 a 37 años 35,0%, después entre 38 a 47 años 27,0%, el sexo más común fue el masculino 63,0%, y el tiempo de diagnóstico prevalente con la enfermedad fue menos de 5 años 38,0%. Correspondiéndose con lo reportado en el Informe Consolidado Anual de VIH/SIDA del Estado Bolívar (2015), que señala al grupo etario de 25-35 años como el más afectado por el virus. De forma global otros autores como Reyes *et al.*, 2014 describen en series estudiadas la prevalencia de infección en el grupo etario entre 20-40 años, es decir, adultos jóvenes, con mayor riesgo de infección por esta enfermedad hasta en el 75% de los casos. En relación al género la presente investigación tiene concordancia con lo descrito por Mondy *et al.*, 2010 sobre el comportamiento epidemiológico del VIH/SIDA, donde se determinó que la infección es más frecuente en el sexo masculino, en una proporción 4:1. Esto se atribuye esencialmente a que debido a factores externos, es el género con más tendencia a la promiscuidad incrementando así el riesgo de contraer el virus, en concordancia con las cifras epidemiológicas. Asimismo, estos datos contrastan con los obtenidos por Egúsqiza en su investigación pues la mayoría de los pacientes que conformaron la muestra contaba con menos de 4 años con diagnóstico (55%).

De los pacientes el 49% presentó nivel de resiliencia alto, le siguió el nivel moderada 34,0% y después baja 17,0%, datos similares a los obtenidos por Torres *et al.*, 2014, en un estudio prospectivo, de cohorte transversal para conocer factores de protección relacionados a la promoción de resiliencia en personas que viven con VIH/SIDA, realizado en la Universidad Federal del Río Grande del Sur, Porto Alegre, Brasil, donde se demostró que el 55,3% de los pacientes tenían nivel de resiliencia alto, y el nivel moderada obtuvo 29,6%. Estos niveles de resiliencia pueden atribuirse a que la mayoría de los pacientes estudiados asistían regularmente a terapias grupales y a las psicoterapias brindadas por los psiquiatras de la institución, asociado a un buen nivel de adherencia al tratamiento y a las consultas por departamento, ayudando así a lograr niveles adecuados de aceptación de la patología, siendo vista como enfermedad crónica y no motivo de muerte, asociado a prejuicios de la sociedad, siendo de vital importancia el apoyo psicoterapéutico brindado por el personal de salud.

En relación al conteo de linfocitos TCD4+, el 45,0% estaba entre 200–499/mm<sup>3</sup>, seguido de menos 200/mm<sup>3</sup> 34,0% y después 21,0% mayor o igual a 500/mm<sup>3</sup>, siendo así un importante marcador del estado inmunológico y de progresión de la enfermedad y pronóstico, donde la mayoría de los pacientes manejaba

un conteo estable lo que disminuye la aparición de infecciones oportunistas y aumenta el sentimiento de lucha por parte de los mismos. Con datos similares a los obtenidos por Iglesias y colaboradores, en el 2009, en su investigación donde se observó que el 53% de los casos fue para pacientes con valor de linfocitos CD4+ entre 200–499/mm<sup>3</sup>cel/mm<sup>3</sup>, seguido de aquellos inferior a 200 cel/mm<sup>3</sup> (38%),

La categoría clínica más frecuente según los CDC en los pacientes VIH/SIDA fue C3 23,0%, después B2 19,0%, A1 16,0%, A2 13,0% Y B1 10,0%. Datos que se correlacionan con el estudio de Lamotte, en el 2016, en un metanálisis sobre la infección por VIH/sida en el mundo actual, realizado en el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba, donde demostró que el 28,4% de los pacientes actualmente presentan categoría clínica nivel C3, sin embargo, existe una parte de la población que es subdiagnosticada, en ausencia de sintomatología, siendo portadoras de la enfermedad, que alcanza hasta el 55 % de los casos representado por la categoría A y B, por lo que se observa que individualmente el mayor número de pacientes corresponde a C3, aquellos con entidades definitorias de SIDA, sin embargo en conjunto la mayor cantidad de pacientes se encontró distribuida en los demás estadios clínicos.

En los pacientes del género masculino (63,0%), el nivel de resiliencia prevalente fue alta 32,0%, después moderada 20,0%. Asimismo, en el género femenino (37,0%), el nivel más frecuente fue alta 17,0% y luego moderada 14,0%. No hubo nivel de significancia estadística entre las variables, por lo que de manera general tanto hombres como mujeres manejaban buen nivel de resiliencia, sin que el género represente un determinante para el mismo. Datos afines a los obtenidos por Avelar *et al.*, 2011, para explorar los efectos psicológicos que presentan las personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH, pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la lucha contra el SIDA "María Lorena" (CONTRASIDA) del Municipio de San Salvador, en relación al sexo, encontraron que el 51,8% de los pacientes logran adaptarse positivamente a la enfermedad, independientemente del género. Asimismo, en el estudio de Flores *et al.*, 2014, al evaluar la relación de los estados emocionales y las manifestaciones conductuales y el sexo en pacientes diagnosticados VIH/SIDA, encontró, que ambos tienen la misma capacidad de adaptación y lucha ante la enfermedad, siendo determinado por factores externos y apoyo sociofamiliar, lo que concuerda con los resultados obtenidos.

En el grupo etario entre 28 a 37 años (35,0%) los niveles de resiliencia alta y moderada obtuvieron 14,0% cada uno, y en el intervalo de edad entre 38 a 47 años (27,0%) el nivel alto



presentó 17,0%. Cabe destacar que en los pacientes con edad entre 48 a 57 años (17,0%) el nivel de resiliencia más común fue alta 9,0%, y en los pacientes con 58 años y más también lo fue este nivel con 5,0%. Mientras que en los pacientes entre 18 a 27 años (13,0%) fue el nivel bajo 5,0%. Datos que se correlacionan con el estudio de Fernández, en el 2014, para evaluar la autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/SIDA, en la Universidad de Granada, España, donde obtuvo que en pacientes menores de 30 años representado por 45,6% del total, la resiliencia fue nivel medio-bajo (28,7%), en comparación a los pacientes mayores de 50 años 38,5% que manifestaron niveles medio-alto (23,4%). En contraste del estudio de Quiceno y Alpi, en el 2012, para evaluar la resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la resiliencia en función a las características sociodemográficas. En relación a esto se puede inferir de los resultados que se encuentra en relación con el nivel de madurez que tienen los pacientes en estudio, debido a que las personas a mayor edad tienden a afrontar de manera más receptiva la presencia de la enfermedad, asociándolo a un proceso normal de vida, aunado a la presencia de experiencias previas pasadas, como diagnóstico de otras patologías, muertes familiares, entre otros; mientras que las personas jóvenes la vinculan con muerte, ausencia del cumplimiento de metas, rechazo familiar, padeciendo menores niveles de resiliencia.

Se determinó que los pacientes con nivel de resiliencia alta 49,0%, en relación al tiempo de años de diagnóstico con la enfermedad, fue más frecuente en aquellos con más de 10 años con 24,0%, después entre 5 a 10 años 14,0%. Para nivel moderada 34,0%, el 16,0% tenía entre 5 a 10 años de diagnóstico, mientras que en el nivel de resiliencia baja 17,0% fue más común menos de 5 años de diagnóstico; lo cual se corresponde con el hecho en que conforme avanza el tiempo, el paciente posee mayores niveles de aceptación de la enfermedad relacionado a la obtención de herramientas durante este periodo a través de la psicoterapia brindada en el servicio, que promueve salud bienestar psicológico y social fortaleciendo aspectos como el autoestima y el sentido de lucha ante la enfermedad. Resultados que son comparables a los obtenidos a De Luca y colaboradores, año 2014, en su investigación, donde en los pacientes con 1 y 5 años de diagnosticados predominó la capacidad de afrontamiento, autoestima y deseo de superación medio (27/58), mientras que entre los pacientes con menos de un año de diagnosticados predominó el nivel bajo (9/20), encontrándose

se una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el tiempo de diagnóstico ( $P < 0,05$ ).

En relación a los pacientes con nivel de resiliencia alta 49,0%, la categoría clínica más frecuente según los CDC fue A1 11,0%, seguida de B2 9,0% y A2 8,0%. Para nivel moderada 34,0%, el 9,0% lo obtuvo la categoría clínica C3, luego continuó B2 7,0% y A1 Y B1 con 5,0% cada uno, mientras que en el nivel de resiliencia baja 17,0% fue más común la categoría C2 11,0%. Con respecto a estos resultados, la explicación se basa en recalcar que la categoría clínica guarda estrecha relación con la calidad de vida del paciente seropositivo, ya que en las categorías con mejor pronóstico los pacientes presentaron nivel alto de resiliencia, a diferencia con las categorías clínicas con peor pronóstico en donde la mayoría de los pacientes manejaron niveles bajos y moderados, relacionado así con más predisposición al desarrollo de otras patologías psiquiátricas como episodios depresivos o de ansiedad, siendo susceptible a un deterioro psicosocial, a disminuir el deseo de supervivencia y la motivación para la lucha y por ende a un menor nivel de resiliencia.

Estos resultados no son susceptibles a comparación, ya que no existen estudios que relacionen la categoría clínica según los CDC en personas que viven con VIH/SIDA con el nivel de resiliencia. Sin embargo, se correlacionan parcialmente con los datos de Ayala, en el 2015, para evaluar el nivel de autoestima y su relación con el valor absoluto de linfocitos T CD4+ en los pacientes que viven con VIH/SIDA y que asisten a la consulta de la Unidad de Infectología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde (HUAL), en lo que respecta a los linfocitos T CD4+, se registró un valor promedio muestral de  $215,11 \text{ cel/mm}^3 \pm 15,13$ , con una variabilidad promedio de  $151,38 \text{ cel/mm}^3$ , un registro mínimo de  $12 \text{ cel/mm}^3$  y un registro máximo de  $642 \text{ cel/mm}^3$ , donde el mayor promedio fue registrado por aquellos pacientes con autoestima alta y el promedio más bajo fue registrado por aquellos pacientes con autoestima baja, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ). Concluyendo que el mayor promedio registrado de linfocitos T CD4+ correspondió a aquellos pacientes con autoestima alta y el promedio más bajo se observó en aquellos pacientes con autoestima baja y por ende existe una correlación positiva y significativa en el valor de linfocitos T CD4+ con el constructo que caracteriza la inteligencia emocional, siendo la autoestima un punto clave en el desarrollo de la resiliencia de los pacientes con enfermedades crónicas.

## Referencias

- 1- González-Arratia, N., Valdez J., Van Barneveld, H., González, S. 2012. Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle. *PS*. 22 (1): 49-62.
- 2- Andersson, N., Ledogar, R. J. 2016. The CIET Aboriginal youth resilience studies: 14 years of capacity building and methods development in Canada. *Pimatisiwin*. JAICH. 6 (2): 65-88.
- 3- Carretero, R. 2015. Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *NRCCSJ*. 27 (3): 91 – 103.
- 4- Block, J., Kremen, A. 2012. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *JPSP*. 70: 349-361.
- 5- Armenta, J. 2017. Resiliencia y enfermedad mental: una aproximación desde la terapia centrada en la persona. *EIP*. 15 (1): 183-204.
- 6- ONUSIDA. 2018. Información general sobre el VIH/SIDA. [En línea]. Disponible: [http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519\\_fast-facts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fast-facts_hiv_es.pdf). [Enero, 2017].
- 7- Cabrera D., Sánchez, S., Jave O., Carrión, M., Jamanca, R. 2015. Infección VIH/SIDA en la jurisdicción de la dirección de salud Lima ciudad, 1984-2004. *RPMESP*. 22 (4): 274-280.
- 8- Garmezy, N. 2016. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *ABS*. 34 (4): 416-430.
- 9- ONUSIDA. 2019. Situación de la epidemia de SIDA, Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. [En línea]. Disponible: [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004\\_es.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004_es.pdf). [Febrero, 2017].
- 10- Tobón, J., Toro, A. 2009. Estudio del paciente con infección por VIH. *ML*. 14 (1-2): 11-42.
- 11- Bedón, Y. 2013. Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/Sida del Hospital San Juan Bautista de Hualar. *RP*. 2 (1): 51-63.
- 12- Pacheco, P. 2017. Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015. Tesis de grado. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar. Universidad Autónoma de México. pp 56 (Multígrafo).
- 13- Gaviria, A., Quinceno, J., Vinaccia S. 2018. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *TP*. 27 (1): 5-13.
- 14- MPPPS, Abril. Reporte epidemiológico regional. Estado Bolívar. Semana 21, Dirección de Salud Ambiental, Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- 15- Reyes, C., Mosquera, M., Medina, J. 2014. Impacto de la respuesta clínica e inmunológica en enfermos de SIDA. *Rev. Cubana MedTrop*. 59(2):47-49.
- 16- Mondy, K., Yarasheski, K., Powderly, W. 2010. Longitudinal evolution in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Clin Infect Dis*. 36:482-490.
- 17- Torres, F., Araujo, N., Koller, S., Piccinini, C. 2014. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*. 23:91-94.
- 18- Iglesias, D., Peñate, A., Crespo, Y. 2009. La inteligencia emocional en personas que viven con VIH. *Duazary*. 6:101-105
- 19- Lamotte, J. 2014. Infección por VIH/SIDA en el mundo actual. *RM*. [Serie en línea] 18 (7): 21. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n7/san15714.pdf> [Febrero, 2017].
- 20- Avelar, V., Cornejo, I., Torres, J. 2011. Efectos psicológicos que presentan las personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH, pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la lucha contra el SIDA "María Lorena" (CONTRASIDA) del Municipio de San Salvador. Tesis de Grado. Departamento de Psicología. Facultad Ciencias y Humanidades. Universidad del Salvador. pp 179 (Multígrafo).
- 21- Flores, I., Ebelinda X., Guerra D. 2014. Impacto de la consejería en la población salvadoreña mayor de 18 años a pacientes VIH/SIDA. *Rev Salud Pública*. 45:15-19.
- 22- Fernández, L. 2014. Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/SIDA, en la Universidad de Granada, España. *Dialnet*. 144:21-29.
- 23- Quiceno, J., Alpi, S. 2012. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónico. *Psicol*. 29:88-94
- 24- De Luca, M., Da Silva, G., Cova, J., De la Hoz, K. 2014. Autoestima, calidad de vida de pacientes que viven con VIH. *GacMed*. Caracas. 52:61-67.
- 25- Ayala, F. 2015. Nivel de autoestima y su relación con el valor absoluto de linfocitos T CD4+ en los pacientes que viven con VIH/SIDA y que asisten a la consulta de la Unidad de Infectología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde (HUAL). Tesis de Postgrado. Departamento de Medicina Interna. Facultad Cs Salud. Universidad de Carabobo. pp 27 (Multígrafo).