



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN  
A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ  
MENDOZA” ESSALUD - ICA, JULIO 2017.**

**PRESENTADO POR**

**BACHILLER: LIZ MEDALITH RIVERA LLAMOCCA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ASESOR: NORMA PASTOR RAMIREZ**

**ICA- PERÚ**

**2017**

**NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN  
A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ  
MENDOZA” ESSALUD - ICA, JULIO 2017.**

**DEDICATORIA:**

Principalmente dedicamos este trabajo a mis padres puesto que nos brindaron apoyo y fortaleza en el desarrollo y transcurso de este, ayudándonos a concluir satisfactoriamente nuestro proyecto.

### **AGRADECIMIENTO:**

Agradecemos a Dios puesto que nos brinda sabiduría, a mi familia, por sus palabras de aliento y sus buenos deseos, a nuestro asesor de proyecto quien nos dio su sabiduría para la elaboración total de nuestro proyecto asiendo así posible el desarrollo totalmente.

## RESUMEN

Objetivo. Determinar el nivel de depresión de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, Julio 2017. Material y métodos. Estudio observacional, DISEÑO transversal, PROSPECTIVO, DESCRIPTIVO. En 122 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento en el programa de TARGA. Resultados. El 19.7% de los pacientes no presentaron depresión, el 27% presentaron depresión leve, el 39.3% presentaron depresión moderada y el 13.9% presentaron depresión grave. La no depresión y la depresión leve predominan en el sexo masculino (75% y 66.7%) respectivamente mientras que la depresión moderada y grave predomina en el sexo femenino (52.1% y 58.8%) respectivamente. En los menores de 15 años predomina la no depresión (29.2%), en los de 15 a 29 años predomina la depresión leve (24.2%), en los de 30 a 39 años predomina la depresión leve (33.3%), en los de 40 a 49 años predomina la depresión moderada (29.2%) en los de 50 a 60 años predomina la depresión moderada (20.8%) y en los mayores de 60 años predomina la no depresión (16.7%). En el soltero o separado predomina la no depresión (45.8%), en el casado o conviviente predomina la depresión grave (58.8%), y en el viudo predomina la depresión leve (15.2%). En los que tienen grado de instrucción primaria predomina la no depresión (20.8%) en los de nivel secundario predomina la depresión leve (42.4%) y en las de grado de instrucción superior predomina la depresión grave (64.7%). En los que tienen menos de 6 meses de tiempo de enfermedad predomina la depresión grave (70.6%), en los pacientes con 6 o más meses de tiempo de enfermedad predomina la depresión leve (72.7%). Conclusión. La mayoría de los pacientes con VIH/SIDA presentan depresión leve y moderada, existiendo diferencias según variables sociodemográficas.

**Palabras clave: Nivel depresión, pacientes VIH/SIDA**

**ABSTRACT**

Objective. To determine the level of depression of patients with HIV / AIDS who attend outpatient clinic in the hospital "Augusto Hernández Mendoza" Essalud - Ica, July 2017. Material and methods. Observational study, TRANSVERSAL DESIGN, PROSPECTIVE, DESCRIPTIVE. In 122 patients diagnosed with HIV / AIDS under treatment in the HAART program. Results. 19.7% of the patients did not present depression, 27% had mild depression, 39.3% had moderate depression and 13.9% had severe depression. Non-depression and mild depression predominate in males (75% and 66.7%) respectively, while moderate and severe depression predominate in females (52.1% and 58.8%), respectively. In children under 15, non-depression predominates (29.2%), mild depression (24.2%) predominates, and mild depression (33.3%) predominates in those aged 30 to 39 years. Moderate depression predominates (29.2%) in the 50-60 age group, moderate depression predominates (20.8%) and non-depression predominates (16.7%). In the single or separated, non-depression predominates (45.8%), in the married or cohabiting group, severe depression predominates (58.8%), and mild depression predominates in the widow (15.2%). There is a predominance of mild depression (42.4%) and higher depression (20.8%) in the secondary level, and the predominance of severe depression (64.7%). In those with less than 6 months of disease time, severe depression predominates (70.6%), mild depression (72.7%) predominates in patients with 6 or more months of disease time. Conclusion. The majority of HIV / AIDS patients present mild and moderate depression, with differences according to sociodemographic variables.

**Key words: Level of depression, HIV / AIDS patients**

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
INTRODUCCIÓN	xi

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio e importancia de la investigación	5
1.5. Limitaciones de la investigación	5

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Definición de términos	30
2.4. Hipótesis	31
2.4.1. Hipótesis general	31
2.4.2. Hipótesis específica	31
2.5. Variables	32
2.5.1. Definición conceptual de la variable	32
2.5.2. Definición operacional de la variable	32
2.5.3. Operacionalización de la variable	33

<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1. Tipo y nivel de Investigación	34
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	34
3.3. Población y Muestra	35
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	35
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	36
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	36
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	37
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	45
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	50
<b>ANEXOS</b>	54
- Matriz de consistencia	
- Modelo de Instrumento	
- Consentimiento informado	

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
1	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD - ICA, JULIO 2017	38
2	DEPRESIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD - ICA, JULIO 2017	39
3	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GRUPOS ETARIOS DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD – ICA, JULIO 2017	40
4	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD - ICA, JULIO 2017	42
5	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD - ICA, JULIO 2017	43
6	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD - ICA, JULIO 2017	44

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
1	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA HOSPITAL "AHM"	38
2	DEPRESIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA HOSPITAL "AHM"	39
3	DEPRESIÓN SEGÚN GRUPO ETARIOS DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA HOSPITAL "AHM"	41
4	DEPRESIÓN SEGÚN GRUPO ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA HOSPITAL "AHM"	42
5	DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA HOSPITAL "AHM"	43
6	DEPRESIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA HOSPITAL "AHM"	44

## INTRODUCCIÓN

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.

Se 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; la inmunodepresión producida por el estrés psicológico puede aumentar la vulnerabilidad del organismo a la enfermedad.

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.

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. (1)

La investigación a realizar, tiene por objetivo identificar y comparar los niveles de depresión en pacientes con enfermedad por VIH, tanto asintomáticos como sintomáticos; para ello se diseñó el presente estudio en cinco capítulos: En el primero se plantea el problema, en el segundo capítulo se plasman los antecedentes de investigación y las bases teóricas, se plantea las hipótesis y variables, en el tercer capítulo se diseña la investigación, la población muestra técnica e instrumentos de la investigación, en el cuarto capítulo se presenta los resultados, en el quinto capítulo se discute los resultados, y se termina con la bibliografía en formato Vancouver y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

Ámbito mundial.- Actualmente una de las prioridades mundiales en salud pública es la atención y respuesta a la infección por VIH, condición que afecta la salud de millones de personas en el mundo y que demanda esfuerzos intersectoriales para ser abordada. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se caracteriza por afectar el sistema inmunológico, donde se hospeda, altera su función y genera déficit en su respuesta, de modo que el organismo no puede responder de manera adecuada ante los agentes patógenos que le amenacen. Esto genera un estado de desprotección, en el cual hay alto riesgo de enfermar y pueden aparecer las denominadas enfermedades o infecciones oportunistas, cuando este llega a su etapa más avanzada conlleva al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). Su transmisión puede darse principalmente a través de vía sexual (fluidos vaginales, anales o bucales), vía materno-filial (fluidos vaginales o leche materna) y por contacto con sangre infectada. (2)

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta

afección se considera una epidemia mundial, por lo cual detener su curso ha sido incluido como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Los indicadores actuales estiman 1,9 millones de adultos se infectan anualmente con el VIH, según el más reciente informe de ONU sida si el 2015 se estima 36,700 millones de casos, para el 2016 esta cifra es de 38,600 millones. (3)

Ámbito latinoamericano.- Ahora bien, en América Latina se estima que 1.7 millones [1.4 millones – 2.0 millones] de personas, entre ellas 33,000 [29,000 -40,000] niños, vivían con el VIH en Latinoamérica en el 2014. Siendo el aumento de 0.1 millón por año, se estima que para el 2016 esta cifra es de 2 millones, Colombia ocupó el segundo lugar (15%). Para junio de 2015, la cifra ascendió a 1,7 millones de PVVS y 87 000 nuevas infecciones, con una cobertura de tratamiento antirretroviral (TAR) de 47 % en adultos.

En Colombia se notificaron 8208 casos en 2013. Para ese año la tasa de personas viviendo con VIH/SIDA fue de 25,6 por cada cien mil hombres y de 9,4 por cada cien mil mujeres, afectada en mayor medida la población joven. Según la tasa de incremento de VIH/SIDA en Colombia para el 2016 se presentó 9946 casos de SIDA.

De acuerdo con Ballester, el perfil psicológico de los pacientes con VIH se caracteriza por experimentar mayor ansiedad y depresión y menor autoestima que otros pacientes. Distintos investigadores han identificado presencia de ira, irritabilidad, preocupación, negación, miedo, reacciones somáticas, problemas de sueño y estados emocionales negativos en estas personas, que pueden interpretarse como estrés agudo. Los síntomas de ansiedad y depresión se han reportado con mayor frecuencia. Esta última se ha descrito como uno de los principales problemas co-mórbidos a la infección por VIH (entre 2 y 4 veces más que en población general) con una prevalencia entre el 20 y 79%. (4)

Ámbito nacional. - En Perú hay 65,000 personas con VIH, pero solo la mitad tiene diagnóstico, contagios de VIH/SIDA en el país son más

frecuentes en varones jóvenes, de entre 15 y 25 años. Según el Ministerio de Salud, hasta setiembre del 2016 se diagnosticó 2,348 nuevos casos de VIH y 791 de sida, con lo cual la cifra acumulada de VIH y SIDA, desde 1983, aumentó a 54,611 y 32,221, respectivamente. Aunque la transmisión del virus de madre a hijo ha bajado al 2% y, en la actualidad, solo hay 500 niños en el Perú viviendo con VIH/SIDA, la transmisión por la vía sexual sigue siendo muy alta (97%) y se presenta mayormente en la población de Lima y Callao. Según datos oficiales, la epidemia se centraliza, sobre todo, en hombres con conductas de riesgo que tienen sexo con otros hombres sin protección.(5)

Con esta prevalencia es menester realizar una investigación que determine la salud mental de estos pacientes a fin de poder trazar medidas de intervención.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

¿Cuál es el nivel de depresión de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017?

### **1.2.2. Problemas secundarios**

1. ¿Cuál es el nivel de depresión según sexo de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de depresión según grupos etarios de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017?
3. ¿Cuál es el nivel de depresión según estado civil de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo

del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017?

4. ¿Cuál es el nivel de depresión según grado de instrucción de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017?
5. ¿Cuál es el nivel de depresión según tiempo de enfermedad de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017?

### **1.3. Objetivos de la Investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar el nivel de depresión según sexo de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017.
2. Precisar el nivel de depresión según grupos etarios de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017.
3. Determinar el nivel de depresión según estado civil de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017.
4. Evaluar el nivel de depresión según grado de instrucción de los pacientes con VIH/SIDA que acude a consultorio externo

del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017.

5. Analizar el nivel de depresión según tiempo de enfermedad de los pacientes con VIH/SIDA que acuden a consultorio externo del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud - Ica, julio 2017.

#### **1.4. Justificación del estudio e Importancia de la Investigación.**

##### **1.4.1. Justificación del estudio.**

A nivel social es importante ya que por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras de autoestima y depresión y lo que es más grave aún, los pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás.

La enfermería tiene un rol protagónico, en el cuidado del paciente, brindando cuidados físicos, educándolo y dándole apoyo emocional. Los resultados de la investigación le permitirán al enfermero (a) planificar intervenciones de salud integrales oportunas, para pacientes del programa TARGA.

##### **1.4.2. Importancia de la Investigación.**

Es de vital importancia para el paciente con SIDA, ya que es frecuente que se apartan por sí mismos de la asistencia que necesitan debido al temor a reacciones negativas de los otros. El aislamiento aumenta el sentimiento de tristeza y depresión.

#### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Se encontró poca colaboración de los adultos mayores y de menores de 15 años para el desarrollo de la investigación la que fue abordada a través de una persuasión cuidadosa por el autor.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **INTERNACIONALES**

Arguello, M. (2015). Estados emocionales de pacientes con VIH en el Hospital Enrique Garcés en estado de latencia en diferentes áreas de la población. Ecuador. Estudio transversal de tipo analítico, realizado en el Hospital Enrique Garcés conformado por pacientes que acuden a consulta externa del área de infectología con el diagnóstico de VIH positivo. Se utilizaron dos instrumentos de medición, la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de Zung, pues tiene como objetivo conocer los estados emocionales que tienen los pacientes de VIH positivo en estado de latencia, en comparación a las variables de género, edad, carga viral y tratamiento. Por tal motivo, se entrevistaron 30 pacientes, donde se encontró que los pacientes no tienen altos niveles de ansiedad y depresión, en esta etapa de la infección. En cuanto las variables se obtuvieron que a menor edad mayor sea el nivel de depresión, encontrando una fuerte correlación negativa; en carga viral se encontraron diferencias significativas. (6)

Cardona D. (2015). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/SIDA en Quindío, Colombia, 2015. Objetivo: Identificar indicadores de depresión y factores asociados en un grupo de personas viviendo con VIH/SIDA en Quindío, Colombia. Material y Métodos: Se realizó un estudio

transversal en un grupo de 70 adultos diagnosticados con VIH que se encontraban en tratamiento antirretroviral en Quindío-Colombia. La información se obtuvo a través de los cuestionarios de depresión y ansiedad de Beck, el cuestionario MOS de apoyo social y una encuesta sobre información sociodemográfica, aspectos familiares y de salud. Resultados: El promedio de edad se ubicó en 38,2 años (DE 12,6), 64,5% fueron hombres, 44,9% eran solteros, 30% puntuó niveles moderados o graves de depresión. El tener relación de pareja actuó como factor protector de la depresión: por cada paciente con relación de pareja y niveles moderados o graves de depresión, había 6 separados o viudos ( $P = 0,006$ ;  $RP = 5,769$ ;  $IC\ 95\%: 1,349 - 24,674$ ). Tener niveles altos o moderados de ansiedad estuvo asociado con la depresión ( $P = 0,004$ ;  $RP = 2,750$ ;  $IC\ 95\% 1,391 - 5,436$ ). Conclusiones: La depresión puede afectar con frecuencia a las personas que viven con VIH y los altos niveles de ansiedad se asocian a ella. Contar con una relación de pareja podría favorecer el estado de ánimo en estos pacientes, probablemente porque es fuente de apoyo social.(7)

Lambán E. (2015). ¿Es importante valorar los síntomas de ansiedad y depresión en población VIH? España. Objetivos: Determinar la frecuencia de síntomas asociados a ansiedad y depresión en pacientes con VIH, así como su severidad y distribución en función de género y edad.

Estudio es transversal descriptivo en el que se seleccionaron aleatoriamente en determinados días al mes en los que se realizaba el cuestionario a todos los pacientes con VIH que acudían a Consulta de Revisión de VIH de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del área geográfica que engloba nuestro Hospital. El periodo de estudio incluyó desde mayo de 2012 a noviembre de 2013, entrevistando según la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Resultados. De un total de 171 pacientes, 36% fueron mujeres y 64% varones, con edad media de 47 años, siendo el 18% menores de 40 años. Dos de cada tres pacientes presentaba algún grado de ansiedad, siendo moderado-severo en el 32% de los casos. El 30% de los pacientes presentó sintomatología depresiva, siendo moderada-severa en el 15%. Dentro del

grupo de mujeres presentaba síntomas de ansiedad el 70% de las encuestadas, 26% de depresión y en el 24% de ambos; en el grupo de hombres se detectaron síntomas de ansiedad en el 53% de los casos, de depresión en el 33% y de ambas patologías en el 28%. Se encontró asociación entre sexo femenino y ansiedad ( $p=0,024$ ), pero no para depresión. Por grupos de edad, los menores de 40 años presentaban síntomas de ansiedad y depresión en el 64% y 32% de los casos respectivamente, y entre los mayores de 40 años en un 58% y 30%. Se encontraron diferencias significativas para los menores de 40 años con ansiedad ( $p=0,031$ ) y depresión ( $p=0,033$ ). Conclusiones. La ansiedad en grado moderado-severo y la depresión leve son los grupos de mayor frecuencia dentro de los pacientes encuestados. Es importante cribar estos síntomas de forma temprana puesto que influyen en el manejo del paciente VIH por afectar a su calidad de vida. (8)

Nhamba L. (2014). Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. La Habana. 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 cumplían con los criterios de inclusión. 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. (9)

## **NACIONALES**

Huallpa S. (2015). Relación de los factores sociales con los grados de depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS) del hospital Regional del Cusco-2013. Objetivo: Determinar la relación de los factores sociales con los grados de depresión en pacientes con VIH/SIDA del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual (PROCETSS) del hospital Regional del Cusco-2013. Hipótesis los factores sociales están relacionados significativamente con los grados de depresión en pacientes con VIH/SIDA del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual (PROCETSS) del hospital Regional del Cusco-2013. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional, de corte transversal, la población estuvo conformada por 92 pacientes de 18 a 41 años a más, que acudieron a la estrategia sanitaria (PROCETSS) de hospital Regional del Cusco, el instrumento aplicado fue cuestionario estructurado para la recolección de datos del paciente, llegando a las siguientes conclusiones: En cuanto a los factores sociales las edades de los pacientes 21 a 41 a más con 98.9 %, sexo masculino 68.5%, grado de instrucción secundaria 63%, estado civil solteros 54.3%, ingreso económico mayor a 500 nuevos soles 72.8%, ocupación no profesional 79.3%, lugar de procedencia de provincias 53.3%, condición de seguro de salud (SIS) 67.4%, relación familiar mala 52.2%, relación con los amigos buena 58.7%, y 69.6% tiempo de enfermedad mayor de un año. En este grupo de pacientes se presentaron depresión, grave, moderada en 24%, depresión leve 31.5% y pacientes sin depresión con 54.5%. Al relacionar los factores con los grados de depresión, de acuerdo a la prueba estadística  $\chi^2$   $p < 0.05$  se determina que sí existe una relación significativa en la relación ingreso económico, relación familiar, relación con los-amigos, tiempo de enfermedad. La relación de los factores sociales (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, lugar de procedencia, condición de seguro de salud) no están directamente relacionados con los grados de depresión de los pacientes porque ( $p > 0.05$ ). (10)

Magallanes M. (2015). Programa cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con VIH – Chimbote. Objetivo: Analizar los efectos de la aplicación del programa cognitivo conductual para el manejo de ansiedad en pacientes con VIH pertenecientes a la red Organización de Personas Viviendo con VIH/SIDA de Chimbote 2009. Para tal efecto se aplicó la prueba del Stai a 24 personas infectadas con el VIH conformando la muestra experimental 12 sujetos y 12 el grupo control. Asimismo, el presente trabajo de investigación corresponde a las investigaciones experimentales de tipo cuasi-experimental con el diseño pre test y pos test, para la obtención de resultados se empleó el estadístico “t” de student. Luego de aplicar el programa cognitivo- conductual al grupo experimental existe una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad, es decir el nivel alto del 42% se reduce al 8%, por lo tanto, el programa cognitivo- conductual es eficaz para la disminución de la ansiedad.(11)

## **LOCAL**

Peralta S. (2015). Epidemiología del paciente con VIH/SIDA del programa TARGA del hospital “San Juan de Dios” de Pisco enero 2015. Objetivos: Conocer el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que se atiende en el programa TARGA del hospital “San Juan de Dios” Pisco Enero 2015. Material y métodos: Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal, prospectiva a fin de conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital San Juan de Dios de Pisco, que por su alto índice de delincuencia se prevé que la prevalencia de esta patología sea más frecuente en grupos de riesgo; para lo cual se entrevistó a 150 pacientes que tienen el diagnóstico de VIH/SIDA, encontrándose lo siguiente: La prevalencia de VIH/SIDA en los pacientes con esta enfermedad es de 61.35% en el sexo masculino, y 38.7% en las femeninas. El nivel de depresión en este grupo de pacientes es alto. El 42.7% de los pacientes son heterosexuales entre hombres y mujeres, mientras que el 29.3% de los hombres son homosexuales, el 16% es bisexual, y el 12% de mujeres son

lesbiana. Los grupos etarios menores de 40 tienen mayor prevalencia de VIH/SIDA con 64.7% en comparación con los mayores de 40 años. (12)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

El VIH es un miembro de la familia de los retrovirus, un grupo de virus con cubierta que poseen la enzima transcriptasa inversa. Esta enzima permite que el virus sintetice una copia de ácido desoxirribonucleico (ADN) a partir de su propio ácido ribonucleico (ARN) genómico. El VIH se ha clasificado dentro del grupo de la familia de los lentivirus, un grupo de retrovirus sin transformación con un periodo de latencia prolongado desde la infección hasta el inicio de las manifestaciones clínicas, características morfológicas similares y homología en la secuencia de nucleótidos. Hay dos tipos de VIH: VIH-1, el más frecuente en África central, Estados Unidos, Europa y Australia; el VIH-2 se encuentra en la región occidental de África, algunas partes de Europa y es menos común en otras partes. Como resultado de mutación y recombinación, ahora se han identificado diversas variantes de VIH-1 y VIH-2.

Cuando se compara con VIH-1, el VIH-2 tiene un periodo de latencia clínico más prolongado desde el momento de la infección al desarrollo de los síntomas y tiene una tasa más baja de transmisión vertical (13)

#### **Patogenia de la infección**

La infección por VIH afecta en forma predominante al sistema inmunitario y al cerebro. La característica inmunitaria dominante de la infección por VIH es la reducción progresiva de la subpoblación CD4 de los linfocitos T, por lo que se invierte la proporción normal CD4:CD8 y en forma inexorable causa inmunodeficiencia. La reducción en los linfocitos CD4 se debe principalmente al tropismo del VIH por estas y otras células que portan CD4, porque la superficie molecular de las células CD4, funcionan como receptor para el virus. (13)

#### **Mecanismo de transmisión del VIH**

El conocimiento de los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH fue uno de los primeros y más importantes descubrimientos planteados en la lucha

contra esta infección. Afortunadamente, sus principios básicos quedaron bien establecidos y de forma muy temprana. (14)

### **Transmisión Sexual**

La infección por VIH se transmite sobre todo por vía sexual en todo el mundo. Se ha demostrado la presencia del VIH en el líquido seminal, tanto en material acelular como dentro de las células mononucleares infectadas. También se ha encontrado el virus en los frotis del cuello uterino y en el líquido vaginal. Existe una fuerte asociación entre la transmisión del virus y el individuo receptor del coito anal o vaginal, porque sólo una delgada y frágil mucosa separa el semen depositado de las células potencialmente vulnerables situadas en la mucosa y debajo de ella así como por el hecho de que es fácil que el coito se acompañe de algún traumatismo.

La infección durante el coito se produce al menos de dos maneras:

**Por inoculación directa del virus en la sangre:** cuando se han producido desgarros traumáticos de la mucosa.

**Por infección de las células de Langerhans de la mucosa:** El sexo oral es un modo mucho menos eficiente para la transmisión de VIH que el coito anal o vaginal como receptor. Varios estudios han reportado que la incidencia de transmisión de la infección por sexo oral entre parejas discordantes para la infección por VIH es muy baja. No obstante, existen reportes que documentan la transmisión de VIH únicamente por el coito como receptor o el cunnilingus como introductor. Por tanto, la suposición de que el sexo oral como receptor es completamente seguro no es del todo correcta. La asociación del consumo de alcohol y de drogas ilegales con conductas sexuales de riesgo, tanto en hombres que tienen sexo con hombres, sexo entre heterosexuales y mujeres que tienen sexo con mujeres, incrementa el riesgo de transmisión sexual de VIH. (14)

**Transmisión por sangre y hemoderivados:** El VIH puede transmitirse a los individuos que reciben transfusiones de sangre contaminada por el VIH, hemoderivados o trasplantes hísticos, así como los IDU 19 expuestos al VIH mientras comparte un mismo instrumental contaminado, como agujas,

jeringuillas, el agua en la que se mezcla la groa o el algodón a través del que se filtra. (14)

**Transmisión parenteral del VIH:** Durante la inyección de drogas no requiere una punción intravenosa (IV); las inyecciones subcutáneas (SC) o intramusculares (IM), también pueden transmitir el VIH. El riesgo de infección aumenta con la duración del consumo de drogas parenterales; la frecuencia con que se comparten las agujas; el número de compañeros con los que se comparten objetos personales, sobre todo en las “galerías de chute” donde se vende la droga y muchos individuos comparten el mismo instrumental. (14)

**Transmisión por otros líquidos corporales:** El VIH por lo general se puede aislar en títulos bajos a partir de la saliva en una pequeña proporción de los individuos infectados, no se cuenta con pruebas convincentes de que la saliva pueda transmitir esta infección, ya sea al besar o tras otras exposiciones, como la de los trabajadores de asistencia de la salud. La saliva contiene factores antivíricos endógenos; en la saliva de los individuos infectados se identifican con facilidad inmunoglobulinas específicas del VIH, como de los hisopos Inmunoglobulina A (IgA); IgG e IgM. Se ha sugerido que las glucoproteínas grandes, como las mucinas y la tromboespondina 1 secuestran al VIH en agregados a fin de que lo elimine el hospedador. (14)

### **CICLO DEL VIH**

El ciclo del VIH inicia cuando este penetra por alguna de las formas conocidas en el organismo humano. La afinidad viral sobre receptores de las células inmunitarias como los CD4, los correceptores específicos CCR5 y otros, permite el ingreso en ellas e inicio consecuente de su reproducción, utilizando mecanismos de retrotranscripción y replicación únicos en la biología celular. Todos los pasos incluyen enzimas propias del virus y de la célula afectada, la cual es manipulada e inducida a formar nuevas copias virales, que pueden permanecer latentes dentro o salir de ella, ocasionándole daño irreversible. (15)

### **Fases del ciclo vital del VIH**

Acoplamiento, unión al correceptor y fusión: En su cubierta, el VIH tiene las proteínas gp120 que son atraídas hacia el receptor CD4 que se encuentra en la superficie de los linfocitos-T CD4 (cooperadores) o de las otras células inmunitarias mencionadas anteriormente en la patogenia del VIH. El VIH se une al receptor CD4 y activa otras proteínas presentes en la membrana de la célula (correceptores, como el CCR5 o el CXCR4) que permiten que ambas superficies se fusionen. Después de la fusión, el VIH libera su material genético (ARN) dentro de la célula diana.

**Transcripción inversa:** El material genético del VIH es ARN, pero para poder actuar sobre la célula, tiene que convertirlo primero en ADN. La proteína viral denominada transcriptasa inversa se encarga de convertir la cadena simple de ARN vírico en una cadena doble de ADN; este nuevo ADN se llamará ADN proviral o provirus.

**Integración:** El ADN del VIH (proviral) es conducido al núcleo de la célula ocupada, donde una enzima viral (integrasa) se encarga de “incorporar” el ADN vírico dentro del 23 propio ADN de la célula. A partir de ahora, cuando la célula produce nuevas proteínas, también produce nuevas copias del VIH. El provirus (se denomina así al ADN viral incorporado en el material genético celular) puede permanecer inactivo durante varios años sin producir nuevas copias del VIH, o produciendo muy pocas. Así, se trata de células infectadas con virus latente. (15)

**Transcripción:** Cuando la célula diana recibe una señal para volverse activa, el provirus utiliza la proteína celular polimerasa, para crear copias del material genético del VIH. Como el ADN no puede abandonar el núcleo de la célula, el material genético se transcribe a ARN (lo que se conoce como ARN mensajero [ARNm]), que sí pueden atravesar las paredes del núcleo celular. El ARNm sirve como patrón para la formación de cadenas largas de proteínas del VIH.

**Ensamblaje:** Una vez generadas las cadenas de proteínas virales, otra enzima del VIH (llamada proteasa) actúa como una tijera dividiendo dichas cadenas en pequeñas proteínas individuales, que pueden cumplir varias funciones; algunas se transforman en enzimas del VIH tales como la transcriptasa inversa, mientras

que otras se unen a las copias del material genético del virus, ensamblándose así nuevas partículas del VIH. (15)

**Gemación:** El nuevo virus ensamblado “brota” de la célula y, al desprenderse, se lleva consigo parte de la envoltura exterior de ésta (la membrana celular). Esta envoltura, que actúa como recubrimiento, es atravesada por combinaciones de proteínas y azúcares, conocidas como glucoproteínas del VIH. Estas glucoproteínas son necesarias para que el VIH se pueda acoplar al CD4 y a los correceptores. Las nuevas copias del VIH ya están listas para infectar a otras células. (15)

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL VIH**

Existen síntomas y signos clínicos desde el comienzo, denominados como manifestaciones clínicas de la infección primaria por VIH pero pasan desapercibidas la mayor parte de las veces, puesto que no son específicos del virus; pueden 24 presentarse durante la evolución de la infección viral, o bien en el transcurso de alguna enfermedad oportunista o no oportunista, de la susceptibilidad inmunológica del paciente. En la semana 3 a 6 de la infección viral, aparecen algunas manifestaciones clínicas primarias semejantes a un cuadro gripal, guardando relación con un explosivo aumento de la carga viral y el descenso brusco de los linfocitos CD4, que en la semana inmediatamente después volverán a recuperar su número (Síndrome retroviral agudo), paulatinamente este volverá a decrecer si no se reciben antirretrovirales. Inusualmente, no existen manifestaciones clínicas, como es el caso de aquellos que por constitución genética carecen del correceptor celular CCR5 y resultan ser portadores del VIH únicamente. (16)

**Enfermedades asociadas al VIH:** La enfermedad que directamente resulta del VIH se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, lo cual no es más que el resultado de la depleción de linfocitos CD4. Conforme disminuye su número aparecen otras complicaciones infecciosas como no infecciosas, (algunas son enfermedades “oportunistas”). El perfeccionamiento en las pruebas diagnósticas y el conteo de linfocitos CD4, conjuntamente a

tendencias de morbilidad y mortalidad vinculadas con el VIH permitieron al CDC, estructurar la definición para la vigilancia de casos SIDA la cual ha sido funcionalmente eficaz para predecir las enfermedades esperadas a un determinado número de linfocitos CD4 o en viceversa, al inferir dicho número con el observar alguna enfermedad o enfermedades específicas pero no toda enfermedad catalogada como “oportunista” es patognomónica de infección por VIH y/o SIDA. A continuación se presentan infecciones ocasionadas por patógenos oportunistas así como manifestaciones clínicas propias del VIH ocurrientes según el conteo de linfocitos CD4. (16)

### **PRUEBAS DE TAMIZAJE**

Las pruebas de tamizaje se aplican a un conjunto de muestras y su finalidad no es el diagnóstico definitivo. La aplicación de técnicas de tamizaje tiene como objetivo detectar la presencia de antígenos y anticuerpos anti VIH y es el primer paso para el diagnóstico de la infección. Indicaciones para realizar un test de tamizaje de VIH:

- Pedido voluntario del paciente.
- Personas con infecciones de transmisión sexual.
- Cuadro clínico y/o de laboratorio sugestivo de infección por VIH u otras inmunodeficiencias.
- Mujeres embarazadas.
- Donantes de hemoderivados, órganos, semen, leche materna, células madre y otros.
- Tuberculosis pulmonar o extra pulmonar. (17)

### **Situaciones de riesgo:**

Personas que tienen relaciones sexuales sin protección; trabajadoras/es sexuales; parejas sexuales de personas bajo estas características y de personas que viven con VIH (PVVS); personas que recibieron transfusiones, o

inseminación artificial, trasplante de órganos; hemofílicos; adictos a drogas por vía endovenosa.

- Hijos de madres infectadas con VIH.
- Trabajadores de la salud que hayan tenido exposición ocupacional y su fuente.
- Exposición no laboral: violación o ataque sexual.
- Exposición percutánea o de mucosa fuera del ambiente laboral (17)

### **2.2.1. SIDA**

#### **Definición**

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una condición en donde el sistema inmunológico es incapaz de luchar contra las infecciones. El SIDA es causado por el virus VIH o el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus entra en el cuerpo y se multiplica principalmente en los glóbulos blancos los cuales son células que normalmente protegen de las enfermedades.

El virus del VIH debilita el sistema inmunológico, de tal forma que deja al cuerpo vulnerable a las infecciones y otras enfermedades, que van desde la neumonía hasta el cáncer.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que fue identificado como tal en 1981, es un síndrome clínico grave, que se expresa en una severa depresión del sistema inmunológico, lo que trae como consecuencia que el organismo humano esté más indefenso ante las enfermedades infecciosas. El SIDA representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los contactos sexuales entre varones incluyen coito anal, práctica con alto riesgo de transmisión de VIH tanto para el receptor como para el miembro activo, cuando no se utiliza condón. Debido a que la mucosa rectal puede lesionarse fácilmente con este tipo de práctica sexual y permitir de esta manera la entrada del virus.

Además, ha sido sugerida la posibilidad de que la inmunidad natural al VIH de las células del revestimiento rectal, sea menor que la del revestimiento vaginal.(18)

### **Trasmisión y Riesgo.**

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

El virus también se puede transmitir de madre a hijo, el cual se propaga perinatalmente de una mujer infectada a su hijo antes de alumbramiento, a su bebé durante parto normal o después al amamantarlo.

En cuanto a probabilidad de transmisión, dependerá de la carga viral de la persona infectada. Al darse el acto sexual dependerá de su dosis viral y la ruta de exposición por VIH, pues a medida que tenga su carga viral determina la cantidad de virus individuales que hay en un mililitro de sangre, por tanto, entre más virus habrá más probabilidad de infección; si la persona está en su etapa final de SIDA su carga viral es avanzada, por lo tanto podrá transmitir la infección; pero se debe de recordar que en el periodo inicial llamado infección primaria, que dura unos meses, es un periodo que también tiene carga viral alta, dándose un estado de infección creciente.

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

Investigaciones también nos hablan de la transmisión adquirida en el sexo oral, el cual pasará mediante el semen o las secreciones vaginales, que entran en contacto con los tejidos mucosos de la boca. Por esto, es recomendable el uso de preservativo para esta práctica. El riesgo de transmisión por saliva, lágrimas y orina, será bajo; siendo finalmente el uso de agujas contaminadas y el acto sexual la forma de transmisión más alta de VIH. (19)

### **Sintomatología.**

Los síntomas que se dan en el VIH durante su etapa inicial, serán la gripe, dolores musculares, erupciones en la piel, pérdida del apetito, fatiga, diarrea y nódulos linfáticos inflamados, en donde se puede ver cómo su sistema inmunológico va fallando por el virus; algunas veces se pueden encontrar otros síntomas presentes como pérdida de peso, sudoración en la noche, dolor de cabeza, candidiasis bucal, sangre en heces.

Una de las manifestaciones más frecuentes en las personas infectadas es la candidiasis bucal y problemas en garganta, los cuales se darán de manera repetitiva.

Los síntomas, irán variando, según el estadio de infección, por la que esté pasando el paciente, pues si la infección, ha ido debilitando el sistema inmunitario, se observarán hinchazón de ganglios linfáticos, pérdida de peso y fiebre; en cuanto a enfermedades graves, estará presente la tuberculosis, meningitis, cáncer como, por ejemplo, tumores o sarcomas de Kaposi, las cuales se darán debido al sistema inmunológico debilitado, que tenga el paciente ese momento (OMS. 2015). (20)

### **Efecto emocional**

En los pacientes con VIH también encontraremos una variedad de prejuiciosos, culpas, miedos, angustias, las cuales se darán por el temor de enfrentarse a la infección, ya sea por el miedo a quedarse solo, a la muerte, al rechazo, la discriminación, la crítica, los secretos, pues algunas veces es difícil tener el apoyo familiar que es tan necesario en estos momentos (ONUSIDA, 2015).

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

Las intervenciones psicológicas, serán necesarias en una persona con VIH, pues él paciente podrá tener un apoyo, cuando conozca su diagnóstico, cuando tenga una situación estresora, de seguimiento, para conocer cómo se encuentra con la toma de medicación; de educación, logrando que el paciente sea consciente de esta nueva etapa en su vida y los cuidados que debe tener; el cual se podrá dar con un enfoque cognitivo-conductual, humanista o psicoanalítico, donde el profesional tendrá múltiples metas a lo largo de las intervenciones que debe de hacer, dependiendo de las necesidades del paciente.(20)

### **Epidemiología**

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. 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.

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.

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. 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. (21)

### **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.

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, 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.

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. (22)

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 no ser discriminados y desacreditados públicamente, 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.

Kahhale y otros, 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.

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. (23)

En la etiopatogénesis de la depresión están implicados factores sociales, psicológicos y biológicos. Los investigadores refieren numerosos obstáculos en el diagnóstico de la depresión. 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.

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. (24)

### **2.2.2. DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SIDA**

#### **Definición.**

La depresión es un estado patológico en el que se habla de un sufrimiento psíquico consciente y de culpa; el segundo concepto traído en este estudio es ver a la depresión como un sentimiento, en el que se encuentra la pérdida de interés por su entorno, donde se observa la falta de esperanza.

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

Se debe de tomar en cuenta que la depresión, se dará en cualquier etapa de la infección, dependiendo del apoyo por el cual esté atravesando el paciente con VIH positivo. Algunos profesionales de la salud, han mencionado que es normal

la aparición de la depresión en la persona especialmente esta se podrá dar junto con el progreso de la enfermedad.

La depresión tiene una prevalencia significativa alta en los pacientes con VIH positivo, en donde menciona que está influenciado en él paciente generando una falta de interés en los cuidados médicos, a más de no adherirse al tratamiento.(25)

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

Estudios de su prevalencia reflejan los siguientes datos: En Estados Unidos, se halló en una muestra de pacientes con VIH un 36% en el último año, en América Latina, el estudio de Noqueira y colaboradores y Antakly de Meló y Malgebier que proviene de Brasil, dio una prevalencia de depresión del 21.5% siendo una muestra de hombres y mujeres; mientras que en la que solo fue conformada por mujeres obtuvo un 25.5%; en China, según Jin y colaboradores se reportó un 79% donde se dio un trastorno depresivo crónico, Gibbie y colaboradores en Australia encontraron un 15%.

Según estudios longitudinales, podemos encontrar comunidades de riesgo, las cuales sufren de tasas altas en depresión, estas son personas como homosexuales, en donde esta tasa de depresión va entre el 10% y 25%.

Una depresión podrá ser negativa para pacientes con VIH pues no tiene los recursos necesarios ya sean psicológicos y fisiológicos para afrontarla, por tanto, esto será un reto para ellos, que ya luchan contra una enfermedad que amenaza su vida. (26)

### **Consecuencias.**

La depresión en los pacientes con VIH. Puede causar un deterioro funcional y sufrimiento, lo cual será negativo para la calidad de vida de impaciente con VIH

positivo, tal es la razón, que será necesario un tratamiento a tiempo y no logre ser de interferencia para la mejoría del paciente y su adherencia al tratamiento.

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

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

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

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

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

Existen investigaciones de cómo la depresión afectará el sistema inmune de la persona infectada, pues lo volverá susceptible a infecciones oportunistas, dando de esta manera un aspecto negativo en estos pacientes, afectando sueño, cambiando sus patrones, el causante de que el paciente logre tener cambios de estado de ánimo.(27)

## **Sintomatología.**

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

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

Brindar un diagnóstico confirmatorio a un paciente con VIH este tendrá alteraciones emocionales, donde la depresión, se introduce como una sensación que se da por una culpabilidad, ya que estará llena de pensamientos confusos.

Se podrá ver un patrón de pensamientos, como es la preocupación, culpa y auto evaluaciones negativas, pues este será un detonante para la persona, ya que al tener altos niveles de depresión, se disminuye la función inmunológica acelerando la progresión de la enfermedad, por esto se verá una disminución de supervivencia. (28)

Por esto, según Kessler y colaboradores se obtuvo que las mujeres con VIH, positivo, tengan altos niveles de sintomatología depresiva, tendiendo menos probabilidad de adherirse al tratamiento.

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

Debemos de saber que la depresión, puede afectar al paciente con VIH positivo, con efectos presentes sobre su sistema glandular, donde se pueden observar sintomatologías como los cambios de peso, amenorrea, disminución de la libido,

poca energía, pérdida de interés en actividades, a más de encontrar cambios biológicos, como son los trastornos de sueño y vigilia, y los problemas en temperatura corporal. (29)

El diagnóstico de depresión en personas con VIH es confuso, debido a la sintomatología que puede ser constitutiva por las infecciones oportunistas, pero gracias a estudios realizados se ha logrado conocer que la depresión tendrá puntos específico como son trastorno de sueño, falta de deseo sexual, falta de apetito, cambios en el eje nivel de energía, agotamiento y capacidad de pensar con claridad; los cuales alteran el curso de la vida de una persona.

Según algunos hallazgos, diagnosticar un episodio de depresión será difícil, por esto según Millikin y colaboradores realizaron un estudio para conocer cómo la fatigabilidad se asocia en el diagnóstico de depresión teniendo como resultado que la fatiga en un paciente con VIH presente o no depresión. (30)

Trastorno de sueño, será uno de los primeros signos que se dan en la depresión de forma temprana; en donde al examinar a un grupo de personas con VIH se ve cómo el sueño es afectado tanto por la enfermedad como por la depresión. Norman y Cchn describen que la estructura del sueño en sujetos con VIH no será tan eficaz, pues se despertarán durante la noche, a más de no tener un sueño proferido, lo que podría darse a causa de la toma de medicación, como un efecto secundario. Por este motivo, el médico especialista cambia de esquema, pero si al no ser el medicamento causante de esto, se podrá observar a depresión. (31)

El estudio realizado por Burack y colaboradores, evaluó un grupo de 277 varones, en donde se dio un seguimiento longitudinal, teniendo como objetivo determinar la presencia de la sintomatología depresiva en la aparición del VIH presidiendo la disminución en el conteo de linfocitos CD4 o avance de la enfermedad, donde 65 participantes tuvieron calificación como deprimidos al empezar el estudio, en el que se encontró relaciones entre la depresión y las funciones inmunológicas. (32)(33)

## **TEORIAS DE ENFERMERÍA**

La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la enfermería

requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: poner al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actúe sobre él; definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis.

Para esta investigación la teoría que se ajusta con mejor precisión es la de Mary Davis pues la enfermera reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social. Así la enfermera debe contar con muy buenas bases para optimizar su desempeño en los roles funcionales que le corresponden como administradora, educadora, investigadora y proveedora de cuidado a nivel individual, familiar o grupal.

Las enfermedades mentales han sido detectadas desde tiempos remotos, tal y como se demuestra en escritos griegos y egipcios, en los que se describen síntomas que en la actualidad podrían ser considerados como evidencia de enfermedades mentales subyacentes. Sin embargo, en aquella época el origen de las enfermedades mentales y también de las físicas era atribuido a espíritus demoniacos o a otras génesis de carácter mágico-religioso.

Posteriormente los enfermos mentales eran sometidos al aislamiento, al ridículo o la persecución, se pasa a la creación de los manicomios en la segunda mitad del siglo XIX, impulsados por fuerzas sociales de tipo humanístico, producto de un movimiento reformista de la Psiquiatría, en el cual jugó un papel importante la enfermera Dorotea.

A fines del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos; en ese momento surge la Enfermería Psiquiátrica, a pesar de que las funciones de Enfermería habían existido desde la antigüedad.

Por su parte Mary Davis (fundadora del American Journal of Nursing) y May Kennedy (directora de la Escuela de Enfermería Psiquiátrica del Estado de Illinois), expresaron en publicaciones de 1921, la necesidad de que todas las

enfermeras recibieran preparación en enfermería psiquiátrica, con el fin de mejorar el nivel de comprensión y de intervención integral con diferentes tipos de pacientes en hospitales generales. (34)

En la actualidad la Enfermería podría definirse como una Especialidad de las Ciencias de la Salud y Antropológicas, capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinente.

La disciplina de enfermería ha tenido un desarrollo significativo desde los inicios del siglo XX, lo cual se evidencia en la formación de posgrado, y en el desarrollo de modelos conceptuales y teorías de enfermería, como producto de la actividad investigativa.

Para esta investigación la teoría que se ajusta con mejor precisión es la de Mary Davis pues la enfermera reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social. Así la enfermera debe contar con muy buenas bases para optimizar su desempeño en los roles funcionales que le corresponden como administradora, educadora, investigadora y proveedora de cuidado a nivel individual, familiar o grupal.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

**ETAPA DE LATENCIA.-** Es el tiempo en el que el virus se encuentra latente en el organismo, es decir, en este periodo el paciente se encuentra asintomático.

**CD4.-** Es una proteína que se encuentra en algunas células CD4, siendo una parte esencial del sistema inmunitario.

**ANTIRRETROVIRALES.-** Son fármacos inhibidores del virus de inmunodeficiencia humana que destruye o evita la réplica de retrovirus.

**ANSIEDAD.-** Es una respuesta emocional que se da en la supervivencia de una persona, la cual varía dependiendo del estímulo que se ese momento se dé, el cual irá acompañado de sentimientos de nerviosismo, miedo, inquietud.

**DEPRESIÓN.-** Trastorno mental, en el cual está presente la angustia, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos de sueño y apetito, fatiga y falta de concentración que puede darse por periodos.

**VIH.-** Sigla de Virus de Inmunodeficiencia Humana, virus causante del SIDA.

**SIDA.-** Enfermedad infecciosa, causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición.

**PERIODO DE VENTANA.-** Es el tiempo entre la primera infección y el momento en el que la prueba ya puede detectar de manera segura la infección.

**CARGA VIRAL.-** Es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, como por ejemplo ARN viral por mililitros de sangre.

**TRANSMISIÓN SEXUAL.-** Son infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos, hongos y virus.

**TRANSMISIÓN VERTICAL.-** Es la transmisión de una infección u otra enfermedad de la madre a su hijo que puede ser antes del nacimiento (congénita), durante el parto (perinatal) y después del parto (neonatal). La transmisibilidad de un agente patógeno se refiere a su capacidad para transmitirse verticalmente.

**ESTRÉS.-** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales, se puede observar en pacientes con enfermedades debilitantes.

**PREVALENCIA.-** Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

## **2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

El estudio es descriptivo. No presenta hipótesis

## **2.5 VARIABLES**

### **2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE**

**Depresión.-** Trastorno mental, en el cual está presente la angustia, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos de sueño y apetito, fatiga y falta de concentración que puede darse por periodos.

#### **Dimensiones**

Sexo.

Grupos etarios.

Estado civil.

Grado de instrucción.

Tiempo de enfermedad.

### **2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE**

Enfermedad o trastorno mental que se acompaña con profunda tristeza.

Será medida en escala ordinal.

### 2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE DE ESTUDIO	DEF. CONCEP.	DEF. OPERAC.	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>DEPRESIÓN</b>	Trastorno mental, en el cual está presente la angustia, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos de sueño y apetito, fatiga y falta de concentración que puede darse por periodos.	Enfermedad o trastorno mental que se acompaña con profunda tristeza. Será medida en escala ordinal.	Sexo  Grupos etarios  Estado civil  Grado de instrucción  Tiempo de enfermedad	Masculino Femenino Menores de 15 años De 15 a 29 años De 30 a 39 años De 40 a 49 años De 50 a 60 años Más de 60 años Soltero o divorciado Casado o conviviente Viudo Primaria Secundaria Superior Menos de 6 meses De 6 a más meses

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

**Es observacional:** Pues no se manipuló la variable.

**Diseño transversal:** Porque todas las mediciones se realizaron en una sola ocasión y no hubo un seguimiento en el tiempo.

**Prospectivo:** Porque se registró la información a medida que ocurren los hechos.

**Descriptivo:** Pues la investigación tiene una variable

#### **3.1.2. Nivel de investigación**

El nivel de la presente investigación es descriptivo.

### **3.2. Descripción del ámbito de estudio.**

La encuesta fue aplicada en el “HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA” ESSALUD – Ica, en los ambientes de espera para la atención por consultorios externos de TARGA.

### 3.3. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

#### 3.3.1. Población

Según datos del Hospital Augusto Hernández Mendoza se tiene 180 pacientes entre < de 15 años a > de 69 años.

#### 3.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 122 pacientes.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n	:	X
N	:	180
Z	:	1.96
p	:	0.5
q	:	0.5
d	:	0.05

$$n = \frac{180(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(179)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 122 \text{ pacientes}$$

Los pacientes fueron seleccionados aleatoriamente en el consultorio externo de TARGA

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### 3.4.1. TÉCNICAS

La técnica que se utilizó es la encuesta.

#### 3.4.2. INSTRUMENTOS

Los datos serán recolectados mediante un cuestionario, la que es autoadministrada.

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica.

El paciente cuantifica la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, que va desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

El rango de puntuación es de 20 – 80 puntos, el resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones.

**Escala:**

- No depresión (< 28 puntos)
- Depresión leve (28-41 puntos)
- Depresión moderada (42-53 puntos)
- Depresión grave (> 53 puntos)

### **3.5. Validez y confiabilidad del instrumento**

Se utilizó la escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Ello se realizó en el momento de la intervención y permitió medir los estados emocionales.

En cuanto a la validez y confiabilidad de los instrumentos, son los instrumentos más utilizados por tener un lenguaje fácil de entender, y ser utilizados en la investigación. En cuanto a la escala de depresión de Zung se da un alto índice de fiabilidad y validez encontrando una confiabilidad satisfactoria, un Alpha Cronbach de 0.79 a más.

### **3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos**

Se aplicó la encuesta para la obtención de la información representativa de la muestra en los ambientes de espera para la atención por consultorio externo del hospital “Augusto Hernández Mendosa”, Essalud - Ica.

Posteriormente para el procesamiento de la información se realizó la codificación, tabulación en donde se empleó el software para el análisis estadístico.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

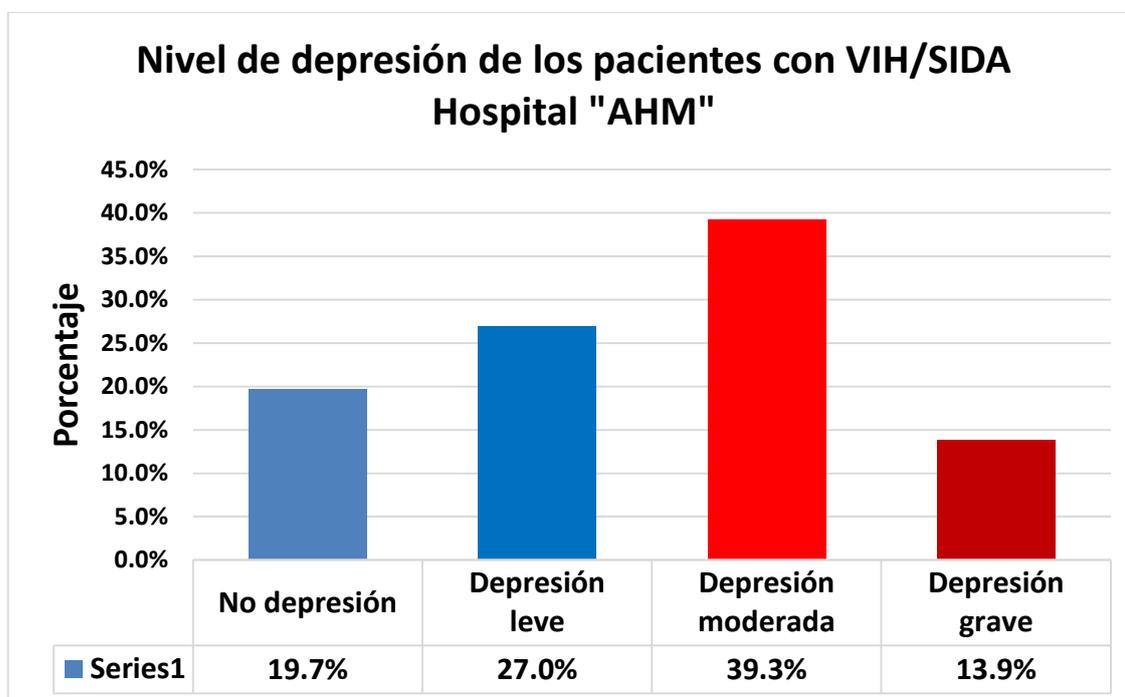
NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD - ICA, JULIO 2017

Nivel de depresión	F1	F%
No depresión	24	19.7%
Depresión leve	33	27.1%
Depresión moderada	48	39.3%
Depresión grave	17	13.9%
Total	122	100.0%

Fuente: HAHM

Análisis: Se observa que la mayoría de los pacientes tiene un rango de depresión entre leve (27.1%) y moderado (39.3%), mientras que en menor porcentaje están los niveles de depresión grave (13.9%) y sin depresión (19.7%).

**GRÁFICO N° 1**



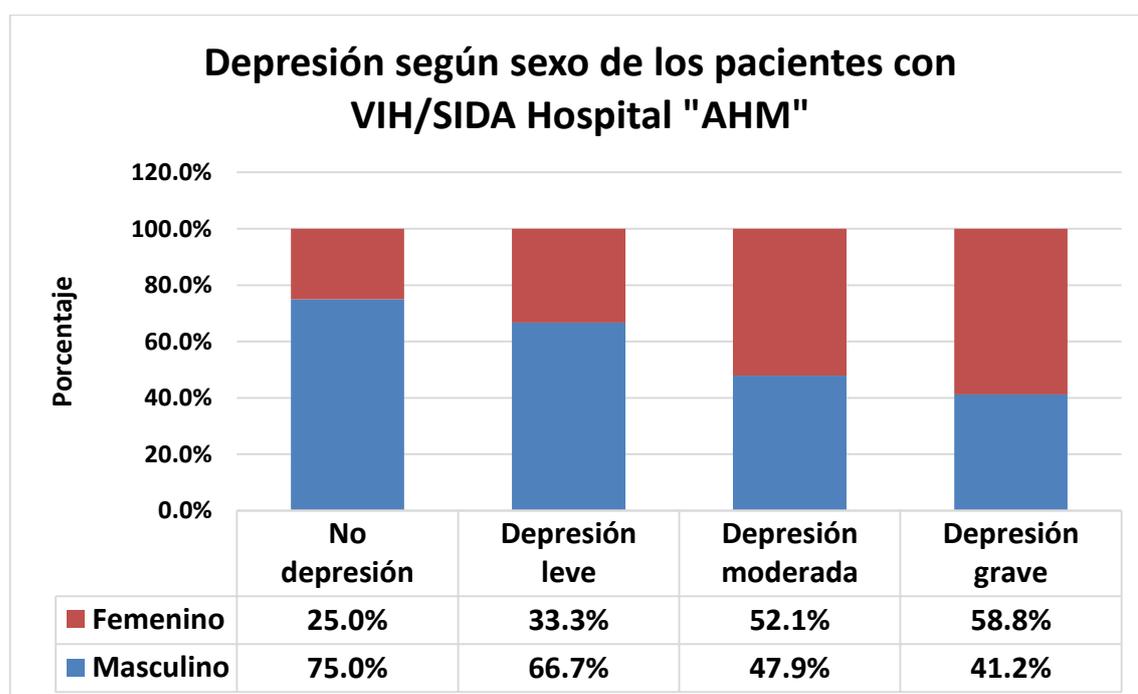
**TABLA N° 2**

DEPRESIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD - ICA, JULIO 2017

Sexo	DEPRESIÓN				Total
	No depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	
Masculino	18	22	23	7	70
	75.0%	66.7%	47.9%	41.2%	57.4%
Femenino	6	11	25	10	52
	25.0%	33.3%	52.1%	58.8%	42.6%
Total	24	33	48	17	122
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: HAHM

Análisis: Se observa que la no depresión y la depresión leve predominan en el sexo masculino (75% y 66.7%) respectivamente mientras que la depresión moderada y grave predomina en el sexo femenino (52.1% y 58.8%) respectivamente.

**GRÁFICO N° 2**

**TABLA N° 3**

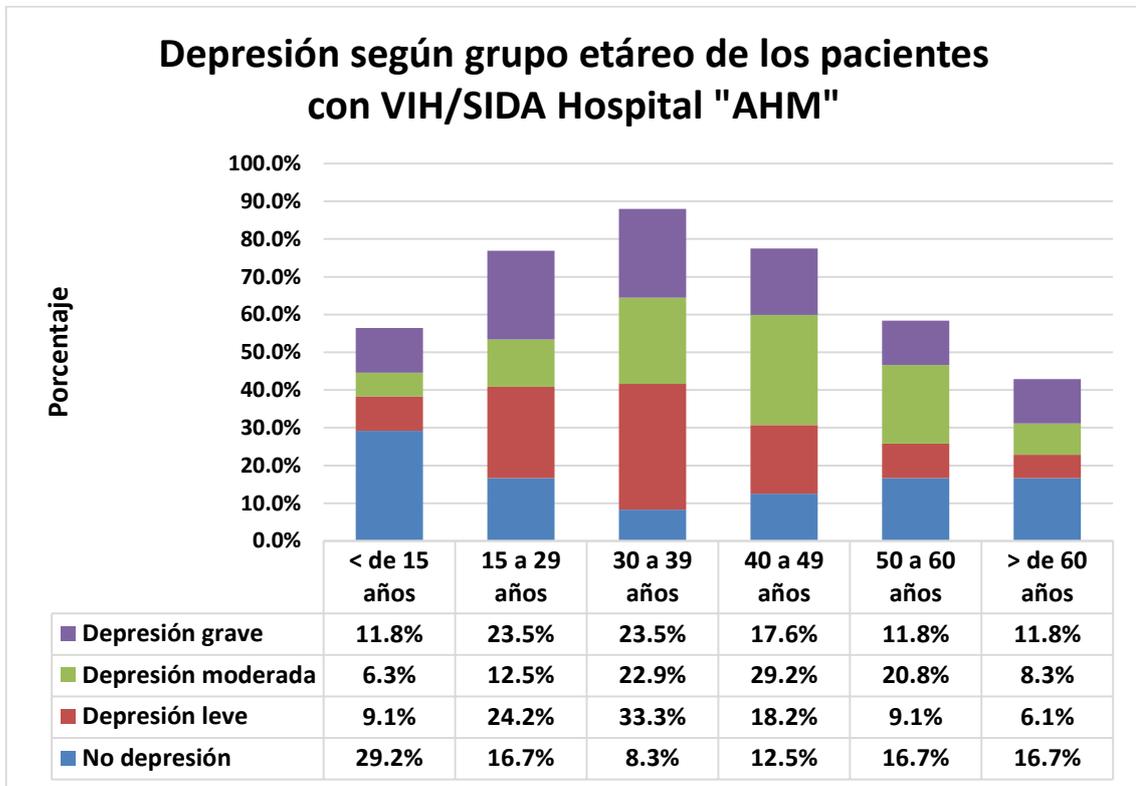
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GRUPOS ETÁREOS DE LOS PACIENTES  
CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL  
“AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” ESSALUD –  
ICA, JULIO 2017

Grupo etario	DEPRESIÓN				Total
	No depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	
< de 15 años	7	3	3	2	15
	29.2%	9.1%	6.3%	11.8%	12.3%
15 a 29 años	4	8	6	4	22
	16.7%	24.2%	12.5%	23.5%	18.0%
30 a 39 años	2	11	11	4	28
	8.3%	33.3%	22.9%	23.5%	23.0%
40 a 49 años	3	6	14	3	26
	12.5%	18.2%	29.2%	17.6%	21.3%
50 a 60 años	4	3	10	2	19
	16.7%	9.1%	20.8%	11.8%	15.6%
> de 60 años	4	2	4	2	12
	16.7%	6.1%	8.3%	11.8%	9.8%
Total	24	33	48	17	122
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%

Fuente: HAHM

Análisis: Se observa que en los menores de 15 años predomina la no depresión (29.2%), en los de 15 a 29 años predomina la depresión leve (24.2%), en los de 30 a 39 años predomina la depresión leve (33.3%) seguida de la depresión grave (23.5%) y la moderada (22.9%), en los de 40 a 49 años predomina la depresión moderada (29.2%) en los de 50 a 60 años predomina la depresión moderada (20.8%) y en los mayores de 60 años predomina la no depresión (16.7%).

**GRÁFICO N° 3**



**TABLA N° 4**

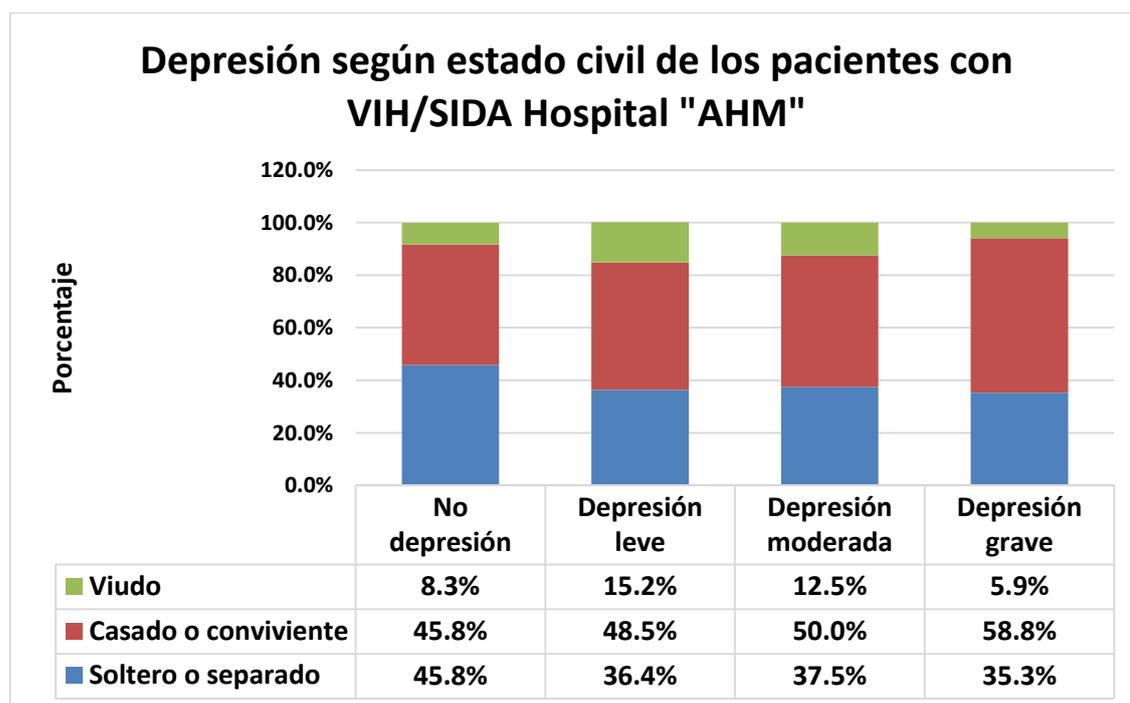
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD - ICA, JULIO 2017

Estado Civil	DEPRESIÓN				Total
	No depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	
Soltero o separado	11	12	18	6	47
	45.8%	36.4%	37.5%	35.3%	38.5%
Casado o conviviente	11	16	24	10	61
	45.8%	48.5%	50.0%	58.8%	50.0%
Viudo	2	5	6	1	14
	8.3%	15.2%	12.5%	5.9%	11.5%
Total	24	33	48	17	122
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: HAHM

Análisis: Se observa que en el soltero o separado predomina la no depresión (45.8%), mientras que en el casado o conviviente predomina la depresión grave (58.8%), y en el viudo predomina la depresión leve (15.2%)

**GRÁFICO N° 4**



**TABLA N° 5**

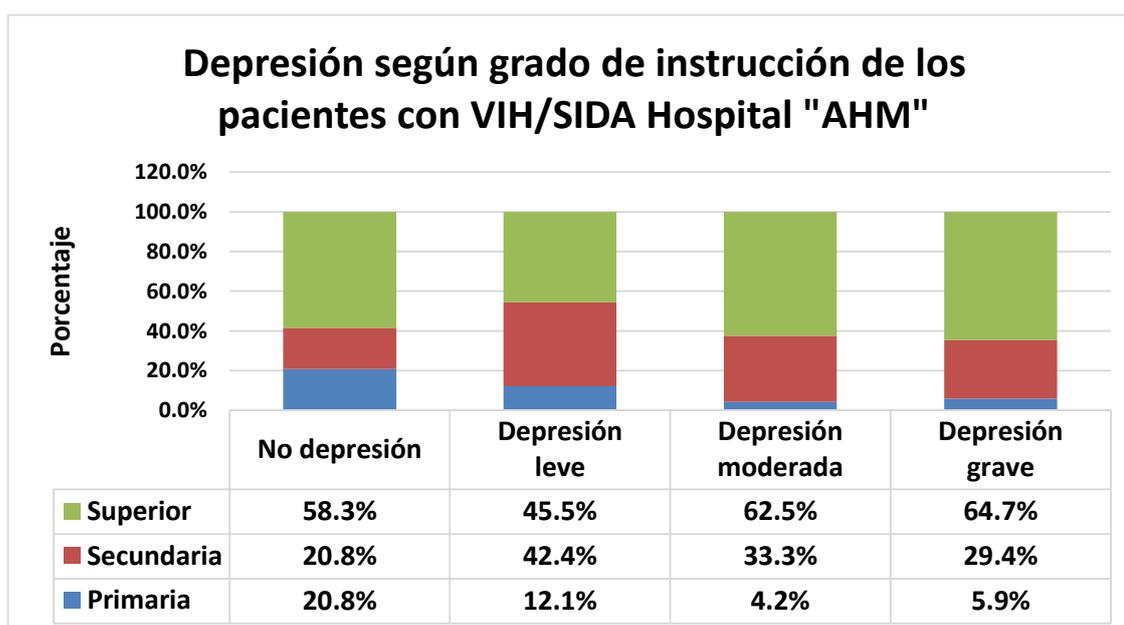
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD - ICA, JULIO 2017

Grado de Instrucción	DEPRESIÓN				Total
	No depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	
Primaria	5	4	2	1	12
	20.8%	12.1%	4.2%	5.9%	9.8%
Secundaria	5	14	16	5	40
	20.8%	42.4%	33.3%	29.4%	32.8%
Superior	14	15	30	11	70
	58.3%	45.5%	62.5%	64.7%	57.4%
Total	24	33	48	17	122
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: HAHM

Análisis: Se observa que en los pacientes con grado de instrucción primaria predomina la no depresión (20.8%) seguida de la depresión leve (12.1%), en los de nivel secundario predomina la depresión leve (42.4%) seguida de la moderada (33.3%), y en las de grado de instrucción superior predomina la depresión grave (64.7%) seguida de la moderada (62.5%).

**GRÁFICO N° 5**



**TABLA N° 6**

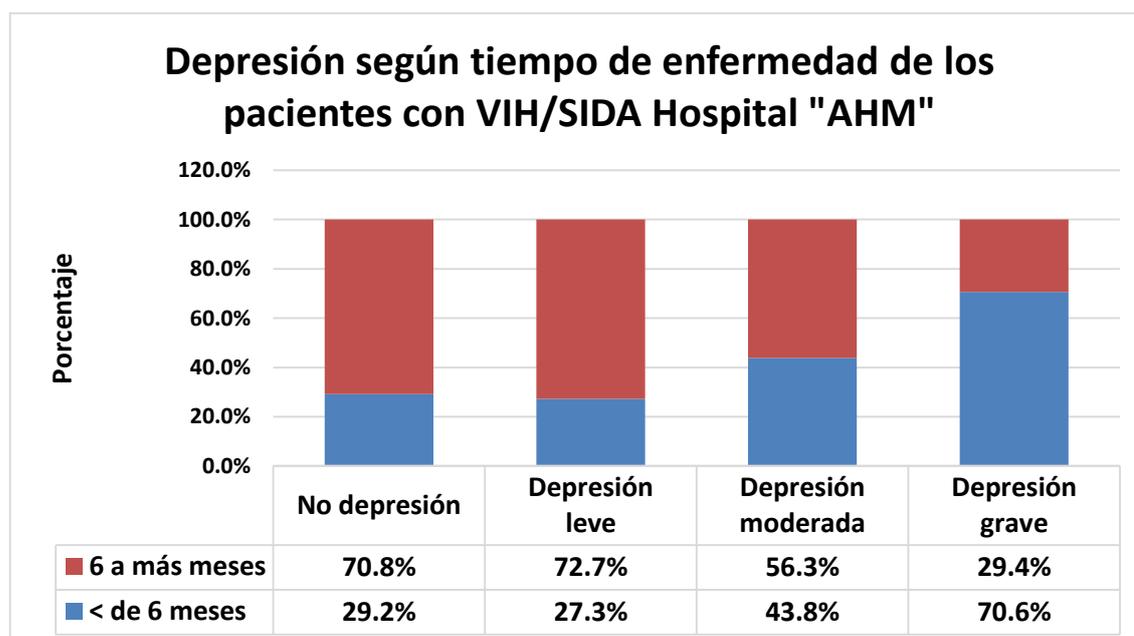
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL "AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA" ESSALUD - ICA, JULIO 2017

Tiempo de enfermedad	DEPRESIÓN				Total
	No depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	
< de 6 meses	7	9	21	12	49
	29.2%	27.3%	43.8%	70.6%	40.2%
6 a más meses	17	24	27	5	73
	70.8%	72.7%	56.3%	29.4%	59.8%
Total	24	33	48	17	122
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: HAHM

Análisis: Se observa que en los pacientes con menos de 6 meses de tiempo de enfermedad predomina la depresión grave (70.6%) seguido de la depresión moderada (43.8%), mientras que en los pacientes con 6 o más meses de tiempo de enfermedad predomina la depresión leve (72.7%) seguida de la no depresión (70.8%).

**GRÁFICO N° 6**



## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

El estudio de la depresión en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud de Ica mostró los siguientes resultados:

En la tabla N° 1 se encontró que la depresión de nivel leve y moderada son las que más frecuencia presentan mientras que la no depresión y la depresión grave son menos frecuentes, ello se debería a que esta enfermedad responde adecuadamente al tratamiento lo que la depresión también mejora en estos pacientes. Arguello, M. (2015) en Ecuador, encuentra que en los pacientes en etapa de latencia la depresión es menor, lo que se debería a que al no presentar aún síntomas el paciente cree que no tiene la enfermedad. Huallpa S. (2015) en Cusco encuentra los siguientes porcentajes depresión grave, moderada en 24%, depresión leve 31.5% y pacientes sin depresión con 54.5% lo que se debería al estado de enfermedad en que se encuentran los pacientes pues si se encuentran en etapa de latencia la depresión aún no se manifiesta.

En la tabla N° 2 se encontró que al comparar la depresión según el sexo se determinó que la depresión moderada y grave predomina en el sexo femenino, mientras que la no depresión y la depresión leve predomina en el sexo masculino, lo que se debería a la mayor responsabilidad que recae en la mujer que tiene que afrontar problemas propios del hogar o estudio la enfermedad en sí. En el estudio se determinó que el 57.4% de los pacientes eran de sexo masculino. Cardona D. (2015) en Quito Ecuador encuentra 64,5% fueron

hombres que es similar con los resultados encontrados en el estudio pues esta enfermedad está relacionada a la actividad sexual y este sexo la que mayormente presenta actividad sexual activa y promiscua. Sin embargo, Lambán E. (2015) en España no encuentra asociación entre depresión y sexo lo que se podría deber a la idiosincrasia de la mujer europea, pues se observa en ellos una mayor igualdad de género. Mientras que Nhamba L. (2014) en la Habana encuentra un predominio de la enfermedad en el sexo femenino, debiéndose probablemente a la mayor promiscuidad de este género en este país. Peralta S. (2015) en Pisco encuentra porcentajes similares 61.35% en el sexo masculino, y 38.7% en las femeninas.

En la tabla N° 3 se demuestra que la no depresión es más frecuente en los menores de 15 años debido a que no miden las consecuencias de la enfermedad así mismo su estado mental aún no percibe el peligro de esta patología, mientras que las depresiones leves moderadas y graves predomina en las edades intermedias entre 15 a 60 años, por la conciencia que ellos tienen sobre la gravedad de la enfermedad y las repercusiones en la familia, en el trabajo, en la pareja y en ellos mismos, sin embargo en los mayores de 60 años se encuentran porcentajes mayores de no depresión y depresión grave lo que se debería que en los adultos mayores un grupo no genera depresión por la condición sexual que presentan, en ellos esta actividad se encuentra disminuida y sobre todo los que tienen parejas les genera depresión por la repercusión familiar.

En la tabla N° 4 se compara la depresión con el estado civil, encontrándose que los solteros presentan sobre todo no depresión debido a que no tiene repercusión en sus hijos ni en su pareja, mientras que los casados o convivientes presentan sobre todo depresión grave y moderada por que su enfermedad repercute en la pareja que puede ser motivo de separación lo que aumenta la posibilidad de depresión, y en los viudos la depresión sobre todo es de nivel leve pues es un paciente que no tiene mucha responsabilidad con la sociedad y solo repercute en él mismo. El estudio determinó que el 35.5% son solteros o separados, el 50% son casados o convivientes y el 11.5% son viudos. Cardona D. (2015) en Quito Ecuador encuentra 44,9% eran solteros, lo que se debería a las costumbres de cada país.

En la tabla N° 5 se evalúa la depresión en relación con el grado de instrucción encontrándose que los que tienen grado de instrucción primaria mayormente no presentan depresión debido a que no comprenden la gravedad de la enfermedad y de los efectos en su salud de él y de los que él dependen pues la enfermedad genera pérdida de tiempo, alteraciones en el trabajo inicialmente disminuye los ingresos económicos y trae cambios en el entorno familiar que en el paciente con bajo nivel educativo estas no son percibidos en toda su magnitud, mientras que en los que tienen grado de instrucción secundaria sobre todo predomina la depresión leve por los motivos que son mayormente solteros y menores por lo que la responsabilidad aún no es bien tomada, pues en los que tienen grado de instrucción superior predomina la depresión moderada y grave ya que son personas en pleno uso de sus facultades y responsabilidades pues esta enfermedad puede afectar su vida familiar, laboral y personal. Se encontró que el 9.8% son de grado de instrucción primaria, el 32.8% son de nivel secundario y el 57.4% son de nivel superior.

En la tabla N° 6 se encontró que a menor tiempo de enfermedad mayor es la posibilidad de depresión moderada y grave pues recién empieza a sentir las molestias del tratamiento y aún no presenta mejorías significativas, mientras que el que se encuentra con 6 a más meses de enfermedad ya tienen una rutina y la enfermedad ya se encuentra controlada y el paciente recupera su peso y estado de ánimo. Además, se encontró que el 40.2% de los pacientes tienen menos de 6 meses de enfermedad y el 59.8% tienen de 6 meses a más.

## CONCLUSIONES

1.- El 19.7% de los pacientes no presentaron depresión, el 27% presentaron depresión leve, el 39.3% presentaron depresión moderada y el 13.9% presentaron depresión grave.

2.- La no depresión y la depresión leve predominan en el sexo masculino (75% y 66.7%) respectivamente mientras que la depresión moderada y grave predomina en el sexo femenino (52.1% y 58.8%) respectivamente.

3.- En los menores de 15 años predomina la no depresión (29.2%), en los de 15 a 29 años predomina la depresión leve (24.2%), en los de 30 a 39 años predomina la depresión leve (33.3%), en los de 40 a 49 años predomina la depresión moderada (29.2%) en los de 50 a 60 años predomina la depresión moderada (20.8%) y en los mayores de 60 años predomina la no depresión (16.7%).

4.- En el soltero o separado predomina la no depresión (45.8%), en el casado o conviviente predomina la depresión grave (58.8%), y en el viudo predomina la depresión leve (15.2%).

5.- En los que tienen grado de instrucción primaria predomina la no depresión (20.8%) en los de nivel secundario predomina la depresión leve (42.4%) y en las de grado de instrucción superior predomina la depresión grave (64.7%).

6.- En los que tienen menos de 6 meses de tiempo de enfermedad predomina la depresión grave (70.6%), en los pacientes con 6 o más meses de tiempo de enfermedad predomina la depresión leve (72.7%).

## RECOMENDACIONES

- 1.- Detección precoz de la enfermedad pues ello permitiría que el tratamiento se entregue antes que se presenten los síntomas evitando repercusiones en el estado psicológico del paciente.
- 2.- Los pacientes con esta enfermedad deben de tener citas periódicas con psicología a fin de que puedan manejar adecuadamente su enfermedad y evitar la depresión.
- 3.- Los pacientes con SIDA que son menores de 15 años deben ser monitorizados constantemente pues en este grupo etario puede ocurrir suicidios, por lo que el cuidado de enfermería y con visitas domiciliarias se puede prevenir la depresión.
- 4.- Fomentar actividades de distracción como concursos talleres que promuevan en el paciente sentido de ánimo y mejorar su autoestima así evitar la depresión.
- 5.- Incentivar actividades de desarrollo personal como la música, deporte, cultura, baile que pueda mantener al paciente en estado de actividad y desarrollo de amistades, sintiéndose útil a la sociedad, la que evitará la depresión.
- 6.- Trabajar en conjunto con los psicólogos a fin de que el paciente una vez diagnosticado debe ser sometido a apoyo psicológicos antes de que se presenten síntomas de depresión para ello es necesario el apoyo familiar y profesional.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Soto J. (2014). Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. México.
- 2.- Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA. Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA 2015 [Internet]. Ginebra: OMS; 2015.
- 3.- ONUSIDA Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. [www.unaids.org/es/resources/fact-sheet](http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet) [Internet].
- 4.- ONUSIDA. Informe Mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013 [Internet]. Suiza: 2013.
- 5.- Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Epidemiológico, situación del VIH/SIDA Colombia 2013 [Internet]. Bogotá D.C.: 2013.
- 6.- Arguello, M. (2015). Estados emocionales de pacientes con VIH en el Hospital Enrique Garcés en estado de latencia en diferentes áreas de la población. Ecuador
- 7.- Cardona D. (2015). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/SIDA en Quindío, Colombia, 2015. Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín, Colombia. Rev habana cienc méd vol.15 no.6 La Habana nov.-dic. 2016. Disponible en: DV Cardona ÓA Medina-Pérez... - Revista Habanera de ..., 2016 - scielo.sld.cu
- 8.- Lambán E. (2015). ¿Es importante valorar los síntomas de Ansiedad y Depresión en población VIH?. Revista multidiscipliar del SIDA Vol.1 . Núm. 4. marzo 2015. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
- 9.- Nhamba L. (2014). Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. La Habana. Rev Cubana Salud Pública vol.40 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2014

- 10.-Huallpa S. (2015). Relación de los factores sociales con los grados de depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS) del hospital Regional del Cusco-2013. Disponible en: [S Huallpa Ccasa - 2015 - repositorio.unsaac.edu.pe](http://repositorio.unsaac.edu.pe)
- 11.-Magallanes M. (2015). Programa cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con VIH – Chimbote. Disponible en: [MLM Ravinez - REVISTA DE INVESTIGACIÓN DE...](http://MLM Ravinez - REVISTA DE INVESTIGACIÓN DE...), 2015 - [revistas.ucv.edu.pe](http://revistas.ucv.edu.pe)
- 12.-Peralta S. (2015). Epidemiología del paciente con VIH/SIDA del programa TARGA del hospital “San Juan de Dios “de Pisco enero 2015
- 13.- Parslow TG, Stites DP, Terr AI, Imboden JB. Inmunología básica y clínica. México: Editorial: El Manual moderno; 2008.
- 14.- Harrison. Principios de Medicina Interna. 17a. edición. México. McGraw-Hill companies, Inc. 2009; pp (1137- 1203).
- 15.- InfoSIDA. Ciclo de Vida del VIH [artículo en internet] publicado marzo/2010 [accesado 14 de mayo 2014]. Disponible en: [http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/CicloDdeVidaDelVIH\\_FS\\_sp.pdf](http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/CicloDdeVidaDelVIH_FS_sp.pdf)
- 16.-TR Sterling RE Chaisson. "Manifestaciones clínicas generales de la infección por el VIH". Capítulo 117. Mandell. 6 Edición.
- 17.- Castillo A, Espinoza A, Paulina A, Saavedra A, Arroba C, editores. Guía de atención integral en VIH/SIDA. Ecuador. 2010. Revisado por la OMS. [en línea] Disponible en:  
  
[http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ecuador\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ecuador_art.pdf)
- 18.-Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. La epidemia del VIH y SIDA en México [Internet]. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA; 2014 (citado 30 de septiembre del 2015) 6 p. Disponible en:  
  
[http://www.censida.salud.gob.mx/des-cargas/epidemiologia/L\\_E\\_V\\_S.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/des-cargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf)

- 19.-Torruco U. Infección por VIH y SIDA, dos mundos que se apartan. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM Profesionalismo y ética médica a Jefe del Departamento de Investigación en Educación Médica. Secretaría de Educación Médica. Facultad de Medicina de la UNAM. Correspondencia: teseo\_uri@yahoo.com
- 20.-Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. 2015.
- 21.-Díaz C. (2016). Guía para el manejo de VIH/SIDA Basada en la evidencia COLOMBIA. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – Par.
- 22.-Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA; 2015 (citado el 30 de septiembre del 2015). 177 p. Disponible en:  
[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR\\_Mx2015.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx2015.pdf)
- 23.-Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad centro de publicaciones. Paseo del prado, 18-20. 28014 Madrid Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016.
- 24.- Rely K, Martínez Valverde S, Salinas Escudero G. Análisis de Minimización de Costo e Impacto Presupuestario del Tratamiento ARV con Abacavir / Lamivudina para el VIH / SIDA en México. Value Heal Reg Issues [Internet]. Elsevier; 2013;2(3):368–74.
- 25.-Guevara E. (2014). Deterioro cognitivo y tratamiento antirretroviral en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana en una población peruana. Rev. Nefrología Volume 29, Issue 4, May 2014, Pages 224–229
- 26.-Zafra J. (2014). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2016.
- 27.- Fuentes M. (2015). Efecto psicológico en pacientes tras el diagnóstico de VIH/SIDA. Complejo Hospitalario de Jaén. España.

- 28.-Avendaño A, 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.
- 29.-Barros S. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-SIDA según modelo "Callista Roy" en una IPS de II nivel, Cartagena. 2012-2013. Cartagena.
- 30.- Uclés V. (2016). Rehabilitación en VIH/SIDA. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD Año 2016 Vol 1 No I. Costarrica. Sánchez, M., & Tomatoc, D., (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. Revista Neuropsiquiatría, 77(2), 70-7
31. Muñoz J, Fuster-Ruiz M, Fumaz C, Ferrer M, Molero F, Jaen Á, et al. Quejas cognitivas en personas con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en España: prevalencia y variables relacionadas. Med Clin (Barc). 2014;142(10):438–44.
32. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. Rev Chil Infectología. 2014;31(3):323–8.
33. Leone S, Lara M. Relación estigma y calidad de vida en la adhesión al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. Eureka. 2014;11(2).
- 34.-Ramírez A. (2013). Florence Nightingale, la dama de la lámpara. Revista Cuidándote digital. Vol. V, 3º Cuatrimestre 2013. Universidad de Málaga.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
¿Cuál es el nivel de depresión del paciente con VIH/SIDA Hospital "Augusto Hernández Mendoza" Essalud - Ica, julio 2017?	Determinar el nivel de depresión del paciente con VIH/SIDA Hospital "Augusto Hernández Mendoza" Essalud - Ica, julio 2017.	<p>Identificar el nivel de depresión según sexo del paciente con VIH/SIDA</p> <p>Precisar el nivel de depresión según grupos etarios del paciente con VIH/SIDA</p> <p>Determinar el nivel de depresión según estado civil del paciente con VIH/SIDA</p> <p>Evaluar el nivel de depresión según grado de instrucción del paciente con VIH/SIDA</p> <p>Analizar el nivel de depresión según tiempo de enfermedad del paciente con VIH/SIDA</p>	No aplica	<p>Depresión</p> <p><b>Dimensiones:</b> Sexo</p> <p>Grupos etarios</p> <p>Estado civil</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Tiempo de enfermedad</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Menores de 15 años De 15 a 29 años De 30 a 39 años De 40 a 49 años De 50 a 60 años Más de 60 años</p> <p>Soltero o divorciado Casado o conviviente Viudo</p> <p>Primaria Secundaria Superior</p> <p>Menos de 6 meses De 6 a más meses</p>	<p>Test de Zung</p> <p>Ficha de datos</p>



## ANEXO 2

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. INTRODUCCIÓN

Buenos días, soy la bachiller Liz Medalith Rivera Llamocca de la Escuela de Enfermería de la Universidad Privada Alas Peruanas, a continuación se le presenta un cuestionario cuyo objetivo es recopilar datos acerca del nivel de depresión, lo cual será exclusivamente para fines de investigación, es de carácter anónimo y confidencial. Agradeciendo anticipadamente su gentil participación y valiosa información.

#### II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa(x) la respuesta que estime verdadera.

#### DATOS GENERALES

-Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
-Número de Ficha \_\_\_\_\_  
-Edad: \_\_\_\_  
-Sexo: \_\_\_\_\_  
-Edad \_\_\_\_\_ años

Casado ( )  
Conviviente ( )  
Viudo ( )

#### Grado de instrucción

Primaria ( )  
Secundaria ( )  
Superior ( )

#### Estado civil:

Soltero ( )  
Divorciado ( )

#### Tiempo de enfermedad

Menos de 6 meses ( )  
De 6 a más meses ( )



Escala de Autovaloración de Depresión

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE DEPRESIÓN

POR W. W. K. ZUNG

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

## **INTERPRETACIÓN**

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido **negativo**, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos los ítems se encuentran intercalados.

### **Escala:**

No depresión (< 28 puntos)

Depresión leve (28-41 puntos)

Depresión moderada (42-53 puntos)

Depresión grave (> 53 puntos)



## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haberse explicado el procedimiento a realizar y en que consiste, doy autorización para que se me realice la encuesta aplicada por la bachiller de la Escuela de Enfermería de la Universidad “Alas Peruanas” para la realización de un trabajo de investigación titulado: **NIVEL DE DEPRESION DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTRENO DEL HOSPITAL “AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA” ESSALUD – ICA, JULIO 2017.** Asegurandome estricta confidencialidad en los datos proporcionados.

Asegurando la participación ha sido voluntaria y no inducida, firmo la presente:

-----

Firma