

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia”



TESIS

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
VIH/SIDA DEL PROGRAMA TARGA DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO - 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

TESISTA

Bach. James Joseph, TRUJILLO APAC

ASESORA

Dra. Psic. Judith Martha, PORTOCARRERO ZEVALLOS

HUANUCO – PERU

2019



ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las tres y treinta horas del día dieciséis del mes de Mayo del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad la Esperanza de la universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del jurado, designados por Resolución N°555-2019-D-FCS-UDH de fecha 09 de Mayo del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: **"NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA TARGA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO - 2017"**, presentado por el Bachiller don **TRUJILLO APAC, JAMES JOSEPH**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Dieciséis (Art. 54)

Siendo las 4:45 pm horas de día 16, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

MG. LINCOLN ABRAHAM MIRAVAL TARAZONA
PRESIDENTE

PSIC. YANINA JOYCE CANDELARIO SARAVIA
SECRETARIA

PSIC. SEGUNDO JENARO RAMIREZ VELA
VOCAL

DEDICATORIA:

A DIOS por su gran amor, misericordia y bendición que me brinda cada día de mi vida dando a cumplir su palabra.

A mi madre Laura quien me brindó su apoyo emocional y económico incondicionalmente por quien hoy en día alcance mis metas.

A mi esposa Jovy quién me brindo su amor y apoyo incondicional en todo momento.

A mi hijo Abdiel quien es mi gran motivo para seguir luchando y esforzándome.

A mi hermana Karina por su comprensión y apoyo en momentos importantes de mi vida.

Ya ustedes son lo más hermoso y precioso que tengo los amo.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora de tesis Dra. Judith Portocarrero Zevallos por proporcionarme ayuda en las dificultades que afronte en esta investigación. Gracias por el apoyo y confianza en esta investigación y su capacidad para encaminar mis ideas, y formación como investigador. Su aporte fue invaluable.

A nuestros Profesores de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad de Huánuco que recuerdo con mucho agradecimiento por sus conocimientos y experiencias de su carrera, a nuestras compañeras de cada uno de los semestres por compartir risas, tristezas, enojos y ganas de superación con un mismo propósito de ser excelentes psicólogos.

A los Psicólogos que laboran en el Hospital Hermilio Valdizán por compartir sus conocimientos, brindarme su amistad y apoyo en todo momento.

Al personal del programa Targa, quienes me brindaron su amistad, confianza y todo el apoyo.

Agradecemos en especial a todas las personas con VIH/SIDA del programa Targa que participaron en el estudio; gracias por compartirme sus experiencias y colaborar en el desarrollo de cuestionarios.

Sin restar importancia agradezco también a la coordinadora de la escuela Dra. Selma Chamorro Guerra; ya que ella es el ente principal que hace posible que la escuela junto con las alumnas alcancemos un desarrollo profesional óptimo.

A la Universidad de Huánuco por ser nuestra alma Mater en brindarnos conocimientos y valores para el desarrollo de excelentes profesionales en bien del futuro.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema.	9
1.2. Formulación del problema.	21
1.2.1. Problema general.	21
1.2.2. Problemas específicos.	21
1.3.. Objetivo general.	21
1.4. Objetivos específicos.	22
1.5. Justificación de la investigación	22
1.6. Limitaciones de la investigación	24
1.7 Viabilidad de la investigación	24
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.	25
2.2. Bases teóricas	35
2.3. Hipótesis.	63
2.3.1. Hipótesis generales.	63
2.3.2. Hipótesis específicas.	63
2.4. Variables	65
Variables e indicadores.	65
2.5. Definición de términos básicos.	69
CAPITULO III	
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipó de investigación	73
3.3.1 Enfoque	73
3.3.2 Alcance o nivel	73
3.3.3 Diseño	73
3.2 Población y muestra	74
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	79
3.3.1 Para recolección de datos	81
3.3. 2 Para la presentación de datos	81
3.3.3 Para el análisis e interpretación de datos	81
CAPITULO IV	
4. RESULTADOS	
4.1. Procesamiento de datos	83
4.2. Contrastación hipótesis y prueba de hipotesis	87
CAPITULO V	
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5.1. Resultados del trabajo de investigación.	93
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS.	110

RESUMEN

La prevalencia de trastornos emocionales en personas portadoras de VIH/SIDA, es considerablemente mayor que en la población general. La población en estudio fueron los pacientes portadoras de VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco, quienes a parte de padecer malestares subjetivos, también pueden presentar alteraciones de ansiedad y depresión. Esta presente investigación: “niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco, 2017.” tiene como objetivo general determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco, 2017. Este trabajo de investigación es justificado por que las cifras de ansiedad y depresión en personas portadoras de VIH/SIDA van en aumento. La metodología empleada en dicha investigación es de tipo básica, nivel descriptivo de método no experimental. Con una muestra de 55 participantes con VIH/SIDA del programa Targa. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumentos las escalas de ansiedad y depresión de Beck.

Los resultados obtenidos en esta investigación son significativos, según el valor de significancia de ($p: 0.018 < 0.05$), aceptando la hipótesis general “Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017. Concluyendo que un porcentaje de 47,27% de pacientes con VIH/SIDA presentaron ansiedad mínima, 40% ansiedad leve, 7,27% ansiedad moderada, 5,45% ansiedad grave. En comparación con el 25,45% depresión mínima, 7,27% depresión leve, 10,91% depresión moderada, 56,36% depresión grave.

Palabras clave: Niveles de Ansiedad y Depresión, Tratamiento antirretroviral.

ABSTRACT

The prevalence of emotional disorders in people with HIV / AIDS is considerably higher than in the general population. The study population was the HIV / AIDS carrier patients of the Targa program of the Hermilio Valdizán Huánuco Regional Hospital, who, besides suffering from subjective discomforts, can also present alterations of anxiety and depression. This present investigation: "levels of anxiety and depression in patients with HIV / AIDS of the Targa program of the Hermilio Valdizán Huánuco Regional Hospital, 2017." has as a general objective to determine the levels of anxiety and depression in patients with HIV / AIDS of the Targa program of the Hermilio Valdizán Huánuco Regional Hospital, 2017. This research work is justified because the figures of anxiety and depression in people carrying HIV / AIDS are increasing. The methodology used in this research is of a basic type, descriptive level of non-experimental method. With a sample of 55 participants with HIV / AIDS from the Targa program. For the collection of data, Beck's anxiety and depression scales were used as instruments.

The results obtained in this investigation are significant, according to the significance value of ($p: 0.018 < 0.05$), accepting the general hypothesis "There are significant levels of anxiety and depression in patients with HIV / AIDS of the HAART program of the Hermilio Valdizán Regional Hospital, Huánuco-2017. Concluding that a percentage of 47.27% of patients with HIV / AIDS presented minimal anxiety, 40% mild anxiety, 7.27% moderate anxiety, 5.45% severe anxiety. In comparison with the 25, 45% minimum depression, 7, 27% mild depression, 10, 91% moderate depression, 56, 36% severe depression.

Key words: Anxiety and Depression Levels, antiretroviral Treatment.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y depresión son trastornos que vienen incapacitando a un gran porcentaje de la población mundial, arrojando cifras alarmantes que son de gran preocupación en todo el mundo, repercutiendo en la vida de las personas que la padecen a nivel físico, psicológico, social, familiar, laboral y económico.

Estas alteraciones emocionales son un gran problemas de salud pública que viene afectan a un gran porcentaje en todo el mundo. Así mismo la OPS refiere que la depresión viene ocupando el primer lugar dentro de carga de enfermedades mentales y siguiendo muy de cerca la ansiedad.

Sin ser ajenos a esta gran problemática nuestro país también viene siendo víctima de alta prevalencia e incidencias de ansiedad y depresión que va incrementando al pasar de los años debido a la dificultad de identificarlos y manejarlos por parte de las personas quienes la padecen, sumado a ello la escasa busque de ayuda profesional genera que las personas se encuentren vulnerables y con gran posibilidad de exacerbación del trastorno.

Las personas que padecen estos trastornos se sienten incapacitas para continuar con sus actividades diarias llegando está a afectar globalmente en su vida, más aun el padecimiento físico de alguna enfermedad puede esta desencadenar la exacerbando dicho trastorno. Como por ejemplo el VIH/SIDA que ha cobrado millones de víctimas a nivel mundial. Así mismo sumado a ello el tratamiento antirretroviral y sus efectos secundarios conllevan a afectar significativa la vida del que la padece desencadenando reacciones emocionales que alteran globalmente su vida.

En nuestra ciudad no se realizaron investigaciones de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA que se encuentran en tratamiento antirretroviral en la cual me animo a investigar a esta población.

Esta trabajo investigación tiene como prioridad determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA lo cual permitió obtener datos estadísticos importantes sobre dicha problemática.

En tal sentido la presente investigación para su mejor estudio, está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: descripción del problema, se presenta la realidad problemática, luego la formulación del problema, justificación e importancia, objetivos de la investigación, viabilidad, limitaciones que direccionan la investigación.

Capítulo II: marco teórico donde se detallan los antecedentes del estudio, las bases teóricas y científicas, las hipótesis, variables de la investigación, definición de términos básicos.

Capítulo III: marco metodológico, donde se presenta el método y diseño de investigación, tipo y nivel de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos empleados en esta investigación.

Capítulo IV: denominado resultados, en los cuales se analizan los datos de los cuestionarios aplicados de la población en estudio, procesamiento de los datos y la contrastación y la prueba de hipótesis.

Capítulo V: corresponde a la discusión de resultados.

Capítulo VI: corresponde a conclusiones y recomendaciones que se llegó en base a los objetivos propuestos.

Finalmente, las fuentes bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción Del Problema.

La ansiedad y depresión son problemas de salud pública, no solo por su alta prevalencia e incidencia, sino también por las repercusiones que desencadenan a nivel físico, psicológico, económico, social y familiar que afectan a la población mundial, según las últimas estadísticas mostradas por la OMS la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundo ya que más de 300 millones de personas sufren de depresión siendo esta la principal causa de discapacidad en el mundo que contribuye a la carga mundial general de morbilidad.(OMS, 2017).

Por otra parte y sin ser ajeno a esta problemática, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) también hizo sus investigaciones mencionando que en América Latina aproximadamente unas 63.000 personas se suicidan anualmente. Refiriendo que gran porcentaje de personas esconden su depresión por muchos factores en las que resalta el desconocimiento de la sintomatología del problema que puedan estar padeciendo, es por ello que elaboraron una campaña a nivel mundial conjuntamente con la OMS llamada “La depresión, una crisis global” para ayudar a que las personas aprendan a identificar y reconocer esta alteración emocional, así mismo concientizar y sensibilizar en la búsqueda de ayuda profesional para la mejoría de su salud mental.

Asimismo, la OPS también resalto cifras preocupantes de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y Latinoamérica y el caribe, menciona que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22 % en América Latina y el Caribe. Menciona también que la depresión ocupa un porcentaje importante y preocupante dentro de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe mostrando un 5 %, acompañada muy cerca de los trastornos de ansiedad 3,4 %, así mismo informa que entre 20% y 40% que las madres de países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto haciendo referencia a que estadísticamente la depresión suele ser más frecuente en las mujeres que en los hombres. (OMS, 2012)

Nuestro país no es ajeno a estas investigaciones ya que el último estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, informo que aproximadamente más de un tercio de la población peruana ha sufrido de un tipo de trastorno mental siendo la depresión y la ansiedad los trastornos con mayor incidencia en el Perú, asimismo los estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento realizado en Lima, la sierra y la selva, indican que la ansiedad y la depresión, constituyen los dos trastornos psiquiátricos más prevalentes en nuestro país y que Siendo la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana de 17.2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la selva

de 21,4%. Por su parte La prevalencia de ansiedad en Lima Metropolitana es de 6.6%, en la sierra peruana de 16,9% y en la selva de 8.2% (INSM - estudio epidemiológico de salud mental lima metropolitana y callao-replicación 2012).

La ansiedad es una alteración del estado de ánimo que impacta en la vida de la persona presentando distintos síntomas físicos y psicológicos que no permite a la persona seguir con su ritmo normal de vida llegando hasta incapacitarlos por mucho tiempo si no es tratado profesionalmente, estos síntomas son: a nivel físico dolor de cabeza, dolor abdominal, mareos, sudoración frío o caliente, temblores motor, tensión muscular, frecuencia cardíaca rápida o irregular, presión en el pecho, etc. A nivel Psicológico presenta inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura, o al suicidio, etc.

La depresión es un trastorno que afecta significativamente a quien la padece presentando tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, afectando considerablemente a la capacidad

de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2017)

Es por ello que tanto la ansiedad como la depresión suelen ser causantes de que una persona se sienta incapacitada para continuar con normalidad su ritmo de vida repercutiendo significativamente a nivel familiar, social y laboral, es así que la misma condición médica del VIH/SIDA genera desequilibrios emocionales, por lo que es importante atender estas necesidades. Por lo cual la depresión en pacientes con VIH/SIDA es una alteración y reacción emocional frecuente que incrementa los sentimientos de culpa, autocrítica y disminución de la autoestima.

Se desencadena al confrontar con el significado real de las pérdidas actuales por ejemplo con su expectativa de vida, y las futuras como el temor al progreso de la enfermedad y a la muerte, al rechazo de sus familiares y amigos, a ser despedido del trabajo, etc. presentándose trastornos del sueño, del apetito, dificultad en la concentración, y en ocasiones llegando a paralizar a la persona, con grandes posibilidades de fortalecer una idea suicida, lo que conlleva a la posibilidad de generar un auto pesimismo y una visión pésima y negativa de su entorno, encaminando a un aislamiento social, fomentando a la soledad y al sentimiento de desamparo. Así también las reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son frecuentes. Estos estados psicológicos tienen a manifestar una expresión tanto

psicológica como fisiológica. citado en Avelar, cornejo y torres; (2011:34,35),

Los síntomas fisiológicos pueden parecer síntomas de SIDA, se debe tener precaución para poder reconocerlos y diferenciarlos. Las personas con VIH en ocasiones no es temor lo que sienten realmente, sino ansiedad, es decir que tienen sentimientos de miedo que son irreales. Pueden sentir que algo terrible estuviera a punto de suceder, no pueden decir claramente a qué le temen, sólo tienen una sensación de inquietud, se sienten incómodos e intranquilos donde se encuentren, pueden mostrarse irritables, tensos y preocupados por su cuerpo, además sufren insomnio y problemas de concentración.(Avelar v, Cornejo I, Torres J, 2011).

Así como afirma Nettleton (2002), citado en Avelar, cornejo y torres; (2011:32), “cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales (la opinión que tienen los demás para ellos), como en el sentido de sí mismos (su opinión personal de ellos mismos).Además menciona que el diagnóstico de una enfermedad crónica o amenazante constituye el inicio de un largo procedimiento de adaptación. Es por todo lo anterior que los estados emocionales como la ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA alteran el sistema inmunológico conjuntamente con las alteraciones que causa la

misma enfermedad, conllevando al aumento del deterioro físico y la rápida evolución de la enfermedad causando muertes prematuras.

Según la OMS el VIH/SIDA es una de las enfermedades que se ha convertido en una epidemia y un problema de salud pública a nivel mundial después de haberse cobrado más de 35 millones de vidas hasta ahora, que son cifras aterradoras que amenaza la estabilidad social y económica de los países a donde ha llegado.

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en el mayor de los casos esta infección es casi silenciosa pasando así mucho tiempo hasta ser detectado, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas.

En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta.

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos

tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros. (OMS 2016- nota descriptiva).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ONUSIDA, a finales de 2015 había en el mundo unos 36,7 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año, contrajeron la infección unos 2,1 millones de personas, y unos 1,1 millones murieron por causas relacionadas con el VIH. La enfermedad del VIH afecta a cerca del 10% de la población mundial siendo los pacientes de países pobres los más afectados esto debido al elevado costo del tratamiento. (OMS, 2016).

En el Perú Según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) (2017), se estima que en el Perú, 72 000 personas viven con VIH y hasta marzo del presente año se han notificado 68 201 casos de infección por VIH y 35 847 casos de Sida a nivel nacional.

Asimismo, las regiones más afectadas por la epidemia en el Perú son Lima con el 60.68% de los casos de VIH reportados, seguidas por Callao con el 6.26%, Loreto con el 4.92% Y La libertad con el 4.42%.

En nuestra ciudad de Huánuco, según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del

(MINSA, 2017), se estima que desde el año 2004 a la fecha existen 583 casos de infección por VIH y 51 casos de SIDA. Siendo estas cifras preocupantes que van en aumento en nuestra ciudad.

De acuerdo a las estadísticas que registra la Dirección Regional de Salud, en lo que va del año 2015, realizaron 68,854 tamizajes, confirmando un total de 74 casos nuevos de VIH en la región. De esa cifra, 61 casos son en varones y 13 en mujeres. Asimismo, el reporte revela que la población de 24 a 39 años de edad, tanto varones como mujeres, son los más afectados. Además, un 67% de casos corresponde a la población en general y el 17% a la población de hombres que tienen sexo con otros hombres. La Dirección Regional de Salud busca mejorar las acciones de prevención con la promoción de la educación sexual integral, (verónica Lazo, diario correo - nota de prensa -2015).

También, desde que reportaron el primer caso de VIH - Sida (1992) a la fecha confirmaron 771 casos, siendo la provincia de Huánuco con la más alta cifra, registra 342 casos, seguida por Leoncio Prado 263 casos, Puerto Inca 36, Huamalíes 24, Ambo 16, Pachitea 15, Marañón y Dos de Mayo 4, Huacay bamba 3 y Yarowilca (Verónica loza, diario correo - 2015).

El tratamiento brinda a los pacientes con VIH/SIDA, es llamado Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad "TARGA", dicho tratamiento consta de tres tipos de medicamentos antiretrovirales que tiene como función controlar el incremento del virus en la sangre y a su vez mejora el sistema de defensas del organismo, son

medicamentos que controlan y reducen la concentración del VIH. Son distintos esquemas los que se ofrecen gratuitamente en los establecimientos de salud. Los principal medicamento brindado son la Zidovudina, Lamivudina y Nevirapina, este tratamiento pueden recibir toda persona infectada con el virus del VIH, y si los exámenes muestran que ya está en riesgo de mutación a SIDA. Pero, es importante recordar que el ingreso al TARGA es voluntario dependiendo el estado físico de la persona, siendo el personal de salud quien decidirá si ingresa o no al TARGA. (MINSA 2009).

El Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017 cuenta con un programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad “TARGA” en donde los pacientes infectados reciben tratamiento a nivel físico que resulta muy importante para mitigar la exacerbación del virus y evitar la mutación a SIDA, así mismo es también importante la intervención psicológica que permita disminuir los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes para ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento, ya que la falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico, y tiene relación con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a SIDA y la mortalidad del paciente con infección por el VIH (MINSA - Hospital Hipólito Unanue 2010).

El concepto de adhesión al tratamiento hace referencia al apego o cumplimiento del tratamiento, poniéndose el paciente en un rol

pasivo y responsable de su tratamiento, es decir hacerlo por cumplir, esto se remonta desde los tiempos de Hipócrates en donde refería en algunos de sus escritos que los paciente mentía al médico cuando eran interrogados acerca del cumplimiento de su tratamiento que, si había tomado sus medicamentos, esto es lo que hoy en día llamamos falta de adhesión (Ballester 2002).

Por ello el término adhesión según (Meichenbaum y Turk, 1991), citado en (Ballester, 2002:155). Debe suponer una implicancia más activa y voluntaria de colaboración del paciente dentro de una relación mutuamente aceptable que tiene como consecuencia un resultado preventivo o terapéutico deseable.

A si mismo Paterson et al. (2000) Citado en (Ballester 2002:167), Encontró una gran correlación existente entre la adhesión terapéutica a los inhibidores de la proteasa y los resultados clínicos, concluyen que las existencias de perturbaciones emocionales constituyen un factor de riesgo por sí solo para una baja adhesión terapéutica y que, por lo tanto, debe ser una prioridad de los clínicos la detección y tratamiento de los problemas psicopatológicos de los pacientes.

Por su parte Law y Buermeyer (2005), citado en Santillán C, (2014), mencionan que las características de la depresión incluyendo apatía y pérdida de energía pueden reducir la motivación

hacia el auto-cuidado o la adherencia al tratamiento; de forma similar la ansiedad puede estar asociada a rumiar pensamientos de preocupación sobre efectos potenciales del tratamiento, reduciendo la persistencia del paciente al tratamiento a pesar de sus beneficios potenciales.

Por otra parte, según Oscar A, et al (2009) en su estudio realizado se ha observado que algunas patologías de carácter psicológico tienen un papel importante en el cumplimiento de la adherencia; se ha visto que la ansiedad, la depresión y el estrés están asociados al incumplimiento en el tratamiento. Una forma de denominar en forma general estas patologías es bajo el término de morbilidad psíquica.

Es por ello que al revisar las investigaciones y las referencias sobre la relación que existe entre ansiedad, depresión y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA se concluyó que la ansiedad y la depresión son unas de las principales causantes de no adhesión al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA, ya que, por temor al rechazo, a la estigmatización, a la poca expectativa hacia el futuro, miedo a la muerte, etc. Generan en los pacientes con VIH/SIDA aislamiento social, temor irracional, perdido de energía, visión negativa del futuro, entre otras características negativas, que conlleven al paciente a la pérdida de interés por el tratamiento causando así desánimo y desinterés por continuar con el tratamiento

y por consiguiente al abandono o al fracaso terapéutico (no adherencias al tratamiento).

En investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional se recoge esta información acerca de los problemas relacionados con la ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo. En donde se puede observar, a través de las conclusiones a que han llegado que existe un alto nivel de pacientes infectados con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de gran actividad que manifiestan ansiedad y depresión

Es por lo expuesto en la presente investigación, que se pretende conocer los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017 por ser una investigación novedosa y nueva en nuestra ciudad. Al conocer los niveles de ansiedad y depresión que presentan estos pacientes, se podrá proponer estrategias de abordaje oportunas, así como un mejor afrontamiento de la enfermedad.

1.2. Formulación del problema.

Frente a lo expuesto formulamos el siguiente problema de investigación.

1.2.1. Problema general.

- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017?.

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son los niveles de síntomas fisiológicos de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017?
- ¿Cuáles son los niveles de síntomas emocionales de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017?
- ¿Cuáles son los niveles de síntomas cognitivos de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017?.

1.3 Objetivo general.

- Determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

1.4 Objetivo específico.

- Determinar los niveles de síntomas fisiológicos de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.
- Indagar los niveles de síntomas emocionales de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.
- Explicar los niveles de síntomas cognitivos de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/ SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

1.5 Justificación de la investigación.

Conveniencia:

A la observación realizada como tesista y en los pocos trabajos de investigación y el poco conocimiento que se tiene sobre pacientes con tratamientos antiretroviral de gran actividad, surge el interés de llevar a cabo la presente investigación.

Con esta investigación se espera dar un gran aporte al programa TARGA en general que brinda el MINSA, describiendo los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA, Huanuco-2017.

Teórico.

Se establece la descripción sobre los factores de ansiedad y depresión que contribuyen al riesgo de la falta de adherencia al

tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA, por lo tanto la descripción de estos factores psicológicos podrán contribuir como soporte teórico en las futuras investigaciones a cualquier profesional, persona interesada al tema de investigación y encargados de estos pacientes, de esta manera lograr un aporte científico y enriquecedor al problema de investigación.

Metodológica.

Se ha determinado aplicar el nivel de investigación descriptivo simple, porque va a permitir describir los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017, lo cual nos permitirá conocer y tener una percepción del nivel de ansiedad y depresión con el fin de permitir que los encargados del programa planifiquen una intervención de salud integral previniendo así complicaciones tanto físicas como psicológicas, así mismo también brindara un aporte científico a todos los profesionales que brindan sus servicios a estos pacientes.

Práctico.

El trabajo de investigación mencionado, constituye una contribución para los profesionales y personal encargados de estos pacientes con VIH/SIDA, y la importancia de la intervención psicológica que permita disminuir los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes para ayudar a mejorar el tratamiento, y que sea sostenible en el tiempo.

Por tal motivo, se realizará la investigación en pacientes con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de gran actividad para conocer los niveles de ansiedad y depresión.

1.5 Limitaciones de la investigación

La limitación que se encontró es el tiempo que tomo para aplicar los instrumentos ya que hubo dificultad a ubicar a los pacientes. Así mismo no se encontró investigaciones de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA en nuestro departamento que brinden soporte a esta investigación.

1.6 Viabilidad de la investigación

La investigación es viable por la accesibilidad que brinda el hospital al programa Targa, así mismo existen investigaciones nacionales e internacionales que brindan un soporte teórico a la presente investigación. También se cuenta con los recursos necesarios y el apoyo de los profesionales encargados del programa Targa y una buena disposición de los pacientes permitiendo realizar la presente investigación.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

Antecedentes internacionales.

Criollo et al. (2014). Colombia.

“Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve”. Este es una investigación cuantitativa con diseño exploratorio descriptivo que tuvo por objeto describir la ansiedad, depresión y percepción de calidad de vida de 35 pacientes con VIH/SIDA con deterioro cognitivo leve, seleccionados por conveniencia. Se usaron tres cuestionarios, el BDI-II para evaluar la sintomatología depresiva; el BAI para evaluar la sintomatología ansiosa y el MOS-SF30 para evaluar la calidad de vida. Así mismo, se realizó una entrevista semiestructurada para profundizar en la evaluación de estas tres variables. Se concluyó que todos los pacientes presentan algún nivel de ansiedad y de depresión, evalúan su calidad de vida en un punto medio; ni óptima ni baja.

Carmona y Garcete. (2013). Paraguay

“Niveles depresivos y estados de ansiedad en personas que viven con VIH / SIDA”. La investigación se vinculó a niveles de ansiedad y depresión que predominan. La metodología es cuantitativa, el diseño no experimental del tipo descriptivo correlacional y transversal; este estudio fue realizado en el Instituto de Medicina

Tropical (IMT) y el Programa Nacional de Control del SIDA / ITS (PRONASIDA) durante los años 2012 – 2013, con un universo aproximado de 2.000 pacientes que acuden por mes al servicio de atención integral del PRONASIDA / IMT y con un promedio de 28 personas en sala de internados del servicio de clínica médica del IMT, del cual se tomaron como muestra 100 PVVS divididos en dos grupos por sexo. Para la recolección de datos fueron utilizados el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE SxE). Se concluyó con la existencia de una correlación positiva significativa entre, los niveles de depresión y estado de ansiedad.

M. Teresa y R. Ballester (2006). España

“Estado Emocional y Conducta de Enfermedad en Pacientes con VIH/SIDA y Enfermos Oncológicos”. Se utilizó una muestra de 180 sujetos. Como instrumentos se utilizaron el Inventario de Depresión (BDI) de Beck y Steer, Cuestionario de Autoestima (RSEI) de Rosenberg, Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ) de Pilowsky y Spence, Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) obteniendo los siguientes resultados (pág. 85). Los resultados obtenidos nos evidencian que los pacientes con VIH comparados con los pacientes oncológicos y la población general muestran un perfil psicológico caracterizado por un mayor grado de ansiedad estado y rasgo, con niveles mayores de depresión, menor autoestima, una conducta de enfermedad marcada por una mayor perturbación afectiva, hipocondría, fobia a la enfermedad, irritabilidad

y preocupación excesiva por su salud, un menor apoyo social percibido en las áreas social, laboral, familiar, de amistades y a nivel general y una mayor interferencia de la enfermedad en el ámbito social, familiar y de pareja. Podemos decir que, nuestros resultados apoyan en unos casos y contradicen en otros casos los obtenidos en otros estudios, aunque algunas de las divergencias podrían entenderse por las características de las muestras (sexo, vía de transmisión, estadio clínico, tamaño de la muestra etc.) e instrumentos de evaluación utilizados en los distintos estudios.

Arrivillaga M, López J, Ossa A (2006). Colombia

“Ansiedad, Depresión y Percepción de control en Mujeres Diagnosticadas con VIH/SIDA de Colombia”. Se estudió con una muestra de 48 mujeres con diagnóstico de VIH. Como instrumento se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD): De Zigmond y Snaith (1983), Subes cala de Percepción de Control sobre la Salud de la Encuesta General de Salud, Subes cala de Percepción de Control sobre Eventos Estresantes de la Vida de la Escala de Estrés Percibido, obteniendo los siguientes resultados. (pag. 65).

Esta investigación realizó varios hallazgos importantes a nivel descriptivo y correlacional de las diferentes variables entre los cuales los más sobresalientes fueron que el 23,4% de la muestra presentó altos niveles de ansiedad o, según la categorización del HAD, mostraron problemas clínicos de ansiedad. El 10,63% de la muestra

presentó altos niveles de depresión y/o problema clínico. El 6,38% de la muestra presentó bajos niveles de PCS. (pag. 65-68).

Rodríguez, et al. (2006 - 2010). El Salvador

Efectos Psicológicos en Personas de Ambos Sexos Entre las Edades de 20 a 50 años Diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 Pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la Lucha Contra el Sida “María Lorena” (contra sida) del Municipio de San Salvador”. Se estudió con una muestra de 50 personas de ambos sexos. Como instrumentó se utilizó la escala de depresión de Beck. Obteniendo los siguientes resultados (pág. 111-112)

Las personas diagnosticadas con VIH positivo presentan una serie de estados emocionales tales como: la depresión que implica experimentar sentimientos de desmotivación, falta de energía y visión de un futuro poco esperanzador. La ansiedad, el temor, la culpa por no haber tomado las medidas adecuadas de prevención y en otros casos por haber contagiado a su pareja; la ira o enojo consigo mismo/a y hacia los demás representada por conductas agresivas dirigidas a las personas que los/as rodean o contra sí mismo/a como el dejar de consumir alimentos o sus medicamentos como respuesta ante el conocimiento de tal situación. Las personas diagnosticadas con VIH positivo perciben como castigo el ser portadores/as, además de creer que es lo peor que le puede suceder a una persona por la misma concepción errónea que se tiene de creer que es una enfermedad que solamente les da a personas

promiscuas, homosexuales o trabajadoras/es del sexo, lo cual les genera aún más pesar psicológico, esto como resultado de las ideas equivocadas que en su mayoría presentan como lo es la creencia de perder el valor como persona por el hecho de ser portador/a del virus y que repercuten en su autoestima.

Antecedentes nacionales.

Sadot J. et al. (2012). Piura – Perú.

“Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA 2012”.

La Investigación es de tipo descriptiva correlacional, observacional, transversal; el instrumento usado para la recolección de datos fue la Escala de Hamilton para la Depresión. concluyendo que la incidencia de depresión en la población estudiada es de 75 %, así mismo no se encontró relación estadísticamente significativa entre niveles de depresión en pacientes que reciben TARGA y sus características socio demográficas como: sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación e ingreso económico familiar mensual. Sin embargo se encuentra una tendencia de mayor grado de depresión en aquellos pacientes varones, entre los 25-44 años, solteros, con menor grado de instrucción, desocupados y con un menor ingreso económico. Por lo tanto los investigadores sugieren: prestar mayor atención al paciente con VIH/SIDA en el área psicosocial, ya que por su misma condición social, económica y familiar que lo rodea, hace que tenga un perfil psicológico proclive a presentar cuadros de depresión de moderados a severos, siendo un

factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento médico y posterior abandono del mismo.

Díaz C, Serrato K. (2016). Chiclayo – Perú

“Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/sida integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016”. La presente investigación se realizó con una muestra de 50 mujeres pertenecientes a la asociación privada de Chiclayo. Como instrumento se usaron la escala de ansiedad de Beck y la escala de depresión de Beck. Concluyendo en lo siguiente.

Algo que se destaca al determinar el nivel de ansiedad es que toda la población en estudio tiene este trastorno emocional. Además, el 42 % de mujeres que viven con VIH/SIDA presentan un nivel moderado, el 22% presentan ansiedad grave y el 36 % presenta ansiedad baja. Estos resultados son preocupantes ya que toda la población en estudio padece de ansiedad; donde sobresale el nivel moderado que puede continuar en un nivel grave. Además, estos resultados revelan que existe en un porcentaje regular una ansiedad grave que puede conllevar a padecer un trastorno emocional mucho mayor como la depresión agravando aún más el proceso de vivir con el VIH/SIDA.

Al determinar el nivel de depresión en las mujeres de la asociación un 44% de la población presentan un nivel moderado, seguido por una menor cifra de 30% en un nivel grave, 24 % depresión leve y el 2 % que no presenta. A la vez es preocupante que la población

presente un nivel moderado de depresión; puesto que puede afectar la vida de la persona en un nivel grave de depresión y traer graves consecuencias en su vida. (pág. 83).

Alcántara N. (2008) Lima – Perú

“Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con VIH. Lima-Perú 2008”. Se estudió con una muestra de 50 pacientes de ambos sexos. Como instrumento se utilizó El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II), obteniendo los siguientes resultados. (pág. 42-43)

En cuanto a los objetivos planteados, se encontró que el puntaje de sintomatología depresiva medio para la muestra fue de 16.66, lo que la ubicaría en un nivel leve. Asimismo, un 56% de los participantes tiene un nivel mínimo de depresión, también considerado como ausencia de esta sintomatología, y 8% se ubica en el nivel leve, lo que permite afirmar que la mayoría de ellos (64%) está pudiendo lidiar con el diagnóstico de VIH sin llegar a niveles de tristeza, agobio o alteraciones cognitivas que supongan un menoscabo significativo en su vida diaria. Sin embargo, es preocupante que un 16% tenga un nivel de depresión moderado y, más aún, que 20% de la muestra presente niveles de depresión severa, lo que indica que un 36% de los participantes está considerado dentro del grupo de riesgo de esta sintomatología. Esto se explicaría por el fuerte impacto emocional que supone ser portador de VIH y sus repercusiones en amplias esferas de la vida de estos pacientes. En este sentido, es importante

la creación de programas de intervención psicológica y acompañamiento de los seropositivos para identificar y tratar los factores relacionados a este alto grado de depresión de manera que puedan obtener mayores índices de bienestar emocional y satisfacción consigo mismos.

Egúsquiza E. (2010). Lima – Perú

“Nivel de Autoestima en Pacientes con VIH/SIDA del Programa de TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2010, Lima-Perú”. Se estudió con una muestra de 94 pacientes. Como instrumentó se utilizó la Escala de Cooper Smith modificada obteniendo los siguientes resultados (pág. 54)

Por lo expuesto podemos deducir que el nivel de autoestima a nivel general, que existe una mayor cantidad de pacientes con 55.32%, que presentan una autoestima de nivel medio ,lo que significa que si el paciente no recibe una adecuada consejería y una detección precoz de signos de alarma en cuanto al autoestima se refiere puede generar un cuadro depresivo al sentirse relegado, llevándolo a la inconstancia en su tratamiento antirretroviral e incluso al suicidio en el peor de los casos; por otro lado existe un porcentaje significativo de Pacientes 26.59%, que presenta un nivel alto de autoestima, y por ultimo existe otro porcentaje de pacientes 18.09%, que presenta un nivel bajo de autoestima, estos pacientes tienen un alto riesgo de fracaso en su tratamiento, generando en ellos una disminución en la expectativa de vida y en la calidad de esta.

Gonzáles P. (2006) Lima - Perú

“Nivel de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio Atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Marzo a abril del 2006, Lima-Perú.”

En la población evaluada encontramos niveles elevados de ansiedad y depresión moderados a severos, mayores del 50%. Estos niveles de ansiedad y depresión moderadas o severas no estuvieron asociados con las variables clínicas evaluadas. Se observa que los pacientes que presentan infarto agudo de miocardio son en su mayoría mayores de 61 años. (pág.48).

Antecedentes locales.

En nuestra localidad aun no existen trabajos de investigación que aborden el tema de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de gran actividad siendo esta una investigación nueva. Por lo que si se encontró antecedentes directos.

Montoya, S. (2015). Huánuco - Perú

“Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco”. El objetivo fue determinar la relación entre la depresión y la ansiedad que presentan las madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco. La presente investigación fue de carácter descriptivo correlacional, con una muestra de 30 madres gestantes primerizas entre la edades de 15 a 35 años, el instrumentó que se

les aplicó fue el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) para identificar los niveles Mínima, Leve Moderada y Grave. Los resultados obtenidos de la investigación fueron las siguientes: Depresión leve con un 50%; y para Ansiedad se obtuvo el nivel moderado con un 40%. De los resultados generales obtenidos se puede observar que No existe relación significativa entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud de los distritos de Huánuco.

Aponte R. (2017). Huánuco – Perú.

“Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes en tratamiento de Hemodiálisis del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2017”. El presente estudio fue realizado con una muestra de 23 pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis. El estudio pertenece al tipo de investigación básica, nivel descriptivo y método no experimental. Los instrumentos usados en este estudio fueron la escala de ansiedad y depresión de Hamilton. Concluyendo que para los resultados de ansiedad el 39.1% de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis presentaron un nivel de ansiedad leve, 34.6% moderada y el 26.1% grave. Con un valor de significancia: ($p: 0.598 > 0.05$). Estos datos indican que la totalidad de los pacientes (23) presentaron niveles significativos de ansiedad estando en tratamiento de hemodiálisis. Así mismo para los resultados de depresión un porcentaje promedio de 39.1% de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de

hemodiálisis presentaron un nivel de depresión grave, el 30.4% moderado, el 17.4% muy grave y el 13% leve. Con un valor de significancia: ($p: 0.584 > 0.05$). El total de pacientes sometidos a hemodiálisis presentaron niveles significativos de producto del propio tratamiento.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Ansiedad y Depresión

Ansiedad.

Miguel-Tobal (1996) en Sierra, J; Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003:22). la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia.

Sandín y Chorot, (1995), en Sierra et al, (2003). La ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica.

No obstante, algunos autores que han trabajado en una línea más experimental han preferido definiciones más operativas, tal como la referida por Wolpe (1979), para el cual la ansiedad

puede ser definida de forma tan simplista como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo. (Belloch, A. 2009).

La ansiedad tiene tres componentes: Cognitivo, somático y conductual.

a. Componente cognitivo. Componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Este componente es el elemento central de la ansiedad ya que sin él la ansiedad no puede tener ningún valor clínico.

b. Componente somático. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.) algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y

desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

c. Componente conductual. Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación. (Belloch, A. 2009)

Depresión.

La depresión se puede entender como un malestar psicológico caracterizado por sentimientos de tristeza y abatimiento, y conformado por un conjunto de síntomas que se relacionan entre sí y que abarcan distintos aspectos del funcionamiento cotidiano de una persona. Para comprender la depresión es importante considerar cada uno de sus componentes:

a. Síntomas cognoscitivos: estos síntomas adquieren relevancia en el origen y mantenimiento de la depresión. Entre éstos se encuentran pesimismo, ideas de culpa, auto denigración, ideas suicidas, presencia de expectativas y autoimagen negativas, excesiva autocrítica, indecisión, imagen corporal negativamente distorsionada, disminución de la capacidad de atención y concentración.

- b. Síntomas afectivos: tristeza e infelicidad, sentimiento de desesperanza, sentimiento de culpa y de no valer nada, pérdida de alegría, aburrimiento, irritabilidad o rabia excesiva, pérdida de lazos emocionales, períodos de llanto, desaliento y aflicción excesiva y prolongada.
- c. Síntomas conductuales: inactividad y pasividad, enlentecimiento psicomotor, menor productividad, baja en la conducta verbal, déficit en la comunicación no verbal, pérdida de energía, descuido de la apariencia personal, agitación y gesto suicida.
- d. Síntomas fisiológicos: aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, estreñimiento, insomnio o hipersomnia y disminución del impulso sexual.
- e. Nivel motivacional: uno de los síntomas principales de la depresión es la ausencia de la motivación para llevar a cabo incluso las tareas más simples. De esta manera, se aprecia pasividad y pérdida de interés, baja en el apetito y en los deseos sexuales, falta de voluntad o ganas de hacer cosas, deseos de evitación y escape.
- f. Nivel interpersonal: un alto porcentaje de las personas deprimidas presentan un deterioro en las relaciones con los demás, planteando haber disminuido su interés por la gente. Esto conduce a otras dificultades, influyendo de manera importante en el resto de la sintomatología.

La depresión constituye un cuadro de diagnóstico variado, debido a que las personas deprimidas pueden diferir en cuanto a los síntomas que presentan y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos, se observa un episodio más bien breve; sin embargo, la depresión también puede volverse crónica; lo mismo sucede con la intensidad de la sintomatología, que puede ir desde una disminución relativamente leve del ánimo hasta una gravedad mayor, como la presencia de ideación o intentos suicidas o síntomas psicóticos. Esto permite comprender la existencia de cuadros como la distimia, por ejemplo, donde se presentan síntomas parecidos a los de una depresión mayor, pero con menor intensidad y prolongación superior en el tiempo. (Oblitas, L. 2004)

2.2.2 Enfoque cognitivo

Ansiedad y Depresión.

Sanz J. Menciona que la premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una Sobreestimación del grado de peligro asociado a las

situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Por otro lado, tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o deprivación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. (Sanz Fernández Jesús. 1993).

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la ansiedad y en la depresión conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión y de la ansiedad pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin

embargo, ese tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos.

El procesamiento distorsionado de la información en la depresión y en la ansiedad se entiende en la teoría de Beck como un factor próximo (no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos.

Entre todas las posibles causas distales que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (e.g., ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias, traumas evolutivos, etc.), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.(Sáenz J. 1993).

2.2.3 Enfoque psicoanalítico

Depresión.

Karl Abraham (1911, 1924), citado en Sanz J; (1995), Concibió la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral. Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales, típicamente los padres, en la fase preedípica (antes de la resolución de sus deseos edípicos hacia uno de los padres y de su rivalidad con el otro), se producen una asociación permanente de los sentimientos libidinales con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado y, puesto que hay una especial fijación en el nivel oral, el depresivo busca destruir el objeto incorporándolo, interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el Yo.

En este sentido, Abraham concibió la pérdida de apetito que frecuentemente forma parte del síndrome depresivo como una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor. (Sanz, J. 1995, Trastorno del estado de ánimo II- teorías psicológicas, pag.8).

Freud comparte en lo esencial la propuesta de Abraham, aunque, en su intento por comprender la pérdida de la autoestima que se da en la melancolía, enfatiza la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto. Así, para minimizar el impacto de la pérdida del objeto amado, el niño, según Freud, interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta. Como consecuencia, la ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia una parte del propio Yo del niño, predisponiéndole a futuros episodios depresivos caracterizados sobre todo por constantes autor reproches.(Sanz, J. 1995)

El impacto del modelo estructural del psicoanálisis (Ello/Yo/Súper yo) y de la psicología del Yo llevaron en un primer momento a ampliar el concepto de oralidad en la depresión, y, posteriormente, a centrar los modelos del trastorno en el papel de la autoestima y los determinantes de ésta (Bibring, Gero, Jacobson, Rado), en (Sanz, J.1995, pag. 9). Puesto que la fase oral implica la satisfacción pasiva de las necesidades una fijación a nivel oral facilitaría la dependencia emocional. Se postuló, pues, que, debido a algún trauma infantil, las personas depresivas tenían una fijación oral y, por tanto, una autoestima excesivamente dependiente de los demás.

Las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un "objeto" amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres, y más frecuentemente la madre. Esas pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados, o abandonados. Así, las pérdidas en la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, de diátesis, que más tarde, en la edad adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida, sea real simbólico. Sin embargo, esta apretada síntesis no hace justicia a las peculiaridades y complejidades de los distintos acercamientos psicodinámicos. (Sanz, J.1995, pag. 10)

Los autores de esta teoría psicoanalítica refieren que las personas depresivas son aquellas que sufrieron por traumáticas en la infancia en una determinada fase y etapa, ya sea de separación o pérdida de un objeto y/o persona amada siendo está muy significativa para el infante, quedando grabado dicho trauma en el inconsciente, conllevando al

sujeto a ser muy vulnerable y susceptible a cualquier evento en su vida. Así posterior mente al experimentar situaciones negativas percibidas como perdida y abandono real o imaginaria, les genera ira que lo afijan hacia sí mismo, autocriticándose y autocastigándose, generando una autovaloración pésima, causándoles dependencia hacia las acciones y actitudes demás.

Ansiedad.

La teoría freudiana sobre la naturaleza y etiología de la ansiedad se basaba en un modelo estructural constituido por las tres instancias psíquicas denominadas “el ello, el yo y el súper yo”. La ansiedad era considerada como una reacción del yo a las fuerzas instintivas procedentes del ello que no podían ser controladas. La ansiedad fue entendida por Freud como una «señal de peligro», esto es, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo. (Belloch, A. 2009.).

Dentro de este enfoque, se consideran cuatro tipos de ansiedad, dependiendo de la naturaleza de las consecuencias temidas: la ansiedad del impulso o del Ello, la ansiedad de separación, la ansiedad de castración, y la ansiedad del superego. Estas variedades se ha especulado que se gestan en diferentes estadios del crecimiento y el desarrollo. La ansiedad del impulso o del Ello está relacionada con

malestares difusos y primitivos de los bebés cuando se sienten abrumados por necesidades y estímulos sobre los cuales su estado de indefensión no les proporciona ningún control. La ansiedad de separación aparece en niños más mayores, pero aún en la fase pre edípica, que temen perder el amor o incluso temen el abandono de sus padres si fracasan en el control y dirección de sus impulsos hacia las demandas y estándar de éstos. Las fantasías de castración que caracterizan la fase edípica, particularmente en relación con el desarrollo de los impulsos sexuales en el niño, se reflejan en la ansiedad de castración del adulto. La ansiedad del Superyó es el resultado directo del desarrollo final de esta instancia que marca el paso del complejo de Edipo y el inicio del período prepuberal de latencia. (Belloch, A. 2009).

Es así que esta teoría psicoanalítica refiere que la ansiedad es una reacción de peligro procedente del inconsciente, formulando 4 tipos de ansiedad que van desarrollando en las distintas etapas de vida. Estas etapas son: la ansiedad del ello que son los instintos más primitivos que se ven amenazados por control del consciente, la ansiedad de separación que es el temor al abandono o pérdida del amor por el fracaso en el control del deseo, fantasía de castración donde al término de la etapa edípica los niños reconocen sus genitales y les genera la angustia a perderlos y el de no

tenerlos y la ansiedad del súper yo se siente amenazado de no poder controlar al inconsciente.

2.2.4 Enfoque conductista.

Depresión.

Ferster (1965), la depresión es entendida como un cuadro de debilitamiento o inhibición generalizada del comportamiento como consecuencia de una pérdida, retirada o disminución del refuerzo desde el entorno social. La conducta pierde su valor instrumental, al verse desposeída de los efectos que habitualmente le acompañaban. En consecuencia, el volumen del comportamiento se reduce y ello, a su vez, reduce la probabilidad de re-obtener el refuerzo. (Belloch, A. 2009.).

Lewinsohn, (1974, 1976). Para Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, los cuales según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión tales como la baja autoestima y la desesperanza serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia

de los siguientes factores aislados o en combinación: (a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; (b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, y (c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales. (Belloch, A. 2009.).

Watson y Rayner (1920) Estos autores formularon una teoría experimental de las fobias sobre la base del condicionamiento clásico, sugiriendo que cualquier situación o estímulo (principio de equipotencialidad), inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos (elicitadores naturales de miedo o dolor; estímulos incondicionados, (EI). Un estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado (EC) de miedo, por lo que su presencia evocará en el individuo respuestas condicionadas (RC) de temor. Por esto, la ansiedad es entendida como una respuesta emocional condicionada. (Sandín 1995, Pág. 115) citado en (Rodríguez Elsy, Mejía Vilma, Luna Jorge -2004).

Ansiedad.

Desde este enfoque la ansiedad será conceptualizada básicamente de dos formas: como una respuesta

clásicamente condicionada y como un impulso (drive) que motiva la conducta del organismo. Partiendo de una concepción ambientalista, y utilizando preferentemente los términos de miedo y temor, Watson y la escuela conductista en general conceptualizan la ansiedad como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad será definida principalmente como un subtipo de miedo, un impulso o drive aprendido. Desde este tipo de planteamientos Hull (1921, 1943, 1952) citado en (Sierra et al, 2003). Refiere que la ansiedad es un impulso motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. En años sucesivos, muchos autores estudian la ansiedad siguiendo los principios del condicionamiento clásico o instrumental. (Palmero, F.).Citado en (Ricardo A.2018)

2.2.5 VIH/SIDA.

Situación epidemia.

SIDA son las siglas del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida, un conjunto de síntomas causados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Barra (2003) menciona que es una enfermedad que se caracteriza por producir una deficiencia en el sistema inmunológico de quien la padece. Señala que este virus ataca al sistema inmunológico afectando en la capacidad del organismo para

defenderse de otras enfermedades causando su disfunción progresiva e irreversible.

Luque (2001) y Barra (2003) Mencionan que el VIH actúa de manera lenta dentro del organismo y la progresión de la enfermedad se divide en cuatro fases:

Fase I:

Periodo Ventana o “infección aguda”: en esta fase no se presentan síntomas evidentes; comienza desde el día cero (cuando se tiene la relación de riesgo) hasta semanas subsiguientes. A las pocas semanas (2 a 4 semanas posteriores a la relación de riesgo) el sistema inmunológico comienza a reaccionar ante la presencia del virus en el organismo, suele presentarse en algunas personas síntomas de una gripe común que suele desaparecer en menos de 48 horas. Esta etapa está comprendida entre el día uno hasta los tres o seis meses después, cuando en las pruebas diagnósticas detectan ya la presencia del virus.

Fase II:

Asintomática: Esta etapa comprende seis meses posteriores a la relación de riesgo y hasta la presencia de los primeros síntomas de la enfermedad característicos de la destrucción del sistema inmune. Su duración aproximada se estima de 6 hasta 10 años de la infección.

Fase III:

“linfadenopatía generalizada” o complejo relacionado a SIDA: en esta etapa son evidentes los síntomas de la falta de defensas en el organismo, la persona comienza a sentirse enferma, existe inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, diarreas, sudoraciones nocturnas excesivas, pérdida de peso evidente (más de 3 kg por semana) y la presencia de otras enfermedades llamadas “oportunistas” ya que se aprovechan del que el sistema inmune se encuentra deteriorado y llevan a las personas a presentar graves síntomas e inclusive hospitalizaciones de larga estancia (de más de 15 días y en ocasiones uno o dos meses).

Fase IV:

Etapa de SIDA: está reservada para las personas cuya enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia adquirida se encuentra avanzada, con importantes Complicaciones en el sistema inmune, la presencia simultánea de dos o tres enfermedades “oportunistas”. Si bien es cierto hasta la fecha no se tiene cura para este virus, siendo el tratamiento médico a través medicamentos llamados antiretrovirales, los únicos que ayudan a disminuir la producción del virus y la destrucción del sistema inmune. Cabe mencionar que como menciona Hernández R y López Z. en su informe que en la actualidad las personas que viven con el VIH en las etapas III y IV pueden recuperar nuevamente

un estado de buena salud, todo dependerá del tratamiento médico oportuno y adecuado, así como del buen estado animo (psicológico) de las personas.

Como actúa el virus del VIH en la destrucción del sistema inmune.

Cuando el VIH entra al organismo infecta a las defensas del sistema inmune (llamadas CD4), el virus entra en las células y combina su material genético con el de las células, utilizándola para generar muchísimos virus que posteriormente destruirán más células de defensa, este ataque es latente durante varios años. La mayoría de las personas infectadas por VIH se mantiene sana y puede vivir mucho tiempo sin experimentar síntomas. Esas personas están infectadas por VIH, pero no presentan síntomas de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) El VIH ataca a dos grupos de leucocitos, llamados linfocitos CD4+ y monocitos /macrófagos. En condiciones normales, las células CD4+ y los macrófagos ayudan a reconocer y destruir las bacterias, los virus y los demás agentes infecciosos que invaden el cuerpo humano a lo largo de la vida causando enfermedades. En las personas infectadas por VIH, el virus mata los linfocitos CD4+, mientras que los macrófagos actúan como reservorios y transportan el VIH a diversos órganos vitales. El VIH se une a los linfocitos CD4+ y continúa desarrollándose en su interior. Esto hace que la célula

produzca más VIH, pero, al mismo tiempo se destruye. Con la disminución de las células CD4+ del organismo, el sistema inmunitario se debilita y es menos capaz de luchar contra infecciones víricas y bacterianas.

Los síntomas de la enfermedad son variables y complejos, pero pueden incluir: fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, erupción cutánea, diarrea persistente, tos, pérdida de peso significativa, fatiga, lesiones cutáneas y pérdida de apetito. La persona infectada se vuelve susceptible a una amplia gama de infecciones “oportunistas”, como la neumonía por *Pneumocystis carinii*, que es poco común en los individuos con un sistema inmunitario normal. La tuberculosis (TB) constituye una amenaza particular para las personas VIH-positivas. Las personas infectadas por VIH también son más susceptibles a cánceres poco habituales, como el sarcoma de Kaposi, un tumor de los vasos sanguíneos o linfáticos y la presencia de otros virus como el de la toxoplasmosis y el citomegalovirus que atacan el sistema nervioso causando daños a nivel cerebral y/o neuropsiquiátricos hasta causar la muerte.

Vías de Transmisión.

De acuerdo con Barra (2003) las principales vías de transmisión son:

Vía Sexual.

Se transmite por mantener contacto sexual (penetración vaginal, anal y/u oral) en las relaciones heterosexuales u homosexuales con individuos infectados sin utilizar protección (condón).

Vía Sanguínea.

Se transmite por compartir con individuos infectados agujas de jeringas, cepillos dentales, máquinas de afeitar y objetos personales que hayan podido tener contacto con la sangre infectada. (Los usuarios de drogas intravenosas pueden infectarse por esta vía).

Vía Perinatal.

A través de esta vía madres portadoras del virus pueden transmitir a su bebé durante el desarrollo del embarazo, en el momento del parto o durante el periodo de lactancia. Este autor menciona una cuarta vía según su criterio, y es quizás la más importante, ésta se refiere a la ignorancia sobre el tema, ya que la mayor parte de la gente no conoce sobre que sucede con esta infección, y a la falta de un compromiso real sobre la divulgación en la sociedad sobre esta situación.

Como no se transmite el virus.

El VIH no se transmite por: dar la mano, toser o estornudar, utilizar un teléfono público, ir al hospital, abrir la puerta, compartir alimentos, cubiertos o utensilios de bebida, utilizar

fuentes de agua potable, utilizar lavabos o duchas, utilizar piscinas públicas, sufrir una picadura de mosquito u otros insectos. En general, es probable que un 50% de los adultos infectados por el VIH desarrolle el SIDA en el curso de los 10 años siguientes a la infección original. Sin embargo, que el tratamiento temprano con los fármacos actuales está prolongando significativamente la vida de las personas con SIDA.

2.2.6 Ansiedad, Depresión y VIH/SIDA

Son diversas las alteraciones psicológicas que manifiestan las personas a causa del diagnóstico de VIH/Sida, como puede ser el aumento del estrés por la percepción de los síntomas.

Además, las personas diagnosticadas con VIH pueden presentar ansiedad, abatimiento y depresión ante las distintas situaciones críticas que pueden acontecer en el proceso, tales como el inicio del tratamiento, la comunicación del diagnóstico a la familia o pareja, despidos, entre otras. Añadiendo la problemática relación que se establece con el entorno debido a la estigmatización que caracteriza a la infección por VIH/SIDA, un ambiente social que sin duda sostiene y refuerza esas creencias, todo lo cual no contribuye en absoluto a la recuperación y mantenimiento del equilibrio biopsicosocial, tan necesario para todos, pero de forma especial para las personas directamente involucradas en la infección por VIH.

2.2.6.1 Depresión y VIH/SIDA

Es una reacción emocional muy frecuente que se alimenta de los sentimientos de culpa, auto reproches y deterioro de la autoestima.

Aparece al enfrentarse con el real significado de las pérdidas actuales (su expectativa de vida, por ejemplo), y las futuras (temor al progreso de la enfermedad y a la muerte, a ser rechazado por sus familiares y amigos, a ser despedido del trabajo, entre otros).

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

Los estudios muestran que las personas que están infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general. La depresión afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA.

La depresión puede parecer una reacción inevitable después de recibir un diagnóstico de VIH/SIDA. Pero la depresión es una enfermedad independiente que puede, y debería ser tratada, incluso cuando una persona está recibiendo tratamiento para el VIH/SIDA. (Tsao JC, Dobalian A, Moreau C, Dobalian K 2004).

El diagnóstico de depresión puede a veces ser difícil debido a que los síntomas relacionados a la infección de VIH pueden ser similares a los síntomas físicos de la depresión. La fatiga, nivel de libido bajo, poco apetito y pérdida de peso pueden ocurrir tanto en enfermedades relacionadas al VIH como en la depresión. La depresión puede tener particularmente efectos perjudiciales a la salud de las mujeres viviendo con VIH/SIDA y por lo tanto es muy importante que se diagnostique y/o se trate. Algunos estudios han mostrado que las PVVS que

están deprimidas pueden experimentar progresión de enfermedades más rápido y puede que no vivan tanto como las PVVS que no están deprimidas.

Otros factores que pueden contribuir a que la depresión en las PVVS ocurra incluyen: infecciones sobre agregadas como Hepatitis B o C, ser mujer, historial previo o familiar de enfermedades mentales, abuso de sustancias o alcohol, falta de apoyo social, no informar sobre su diagnóstico a quienes están a tu alrededor, fallo de tratamiento, también algunos medicamentos de VIH pueden causar depresión, más notablemente Efavirenz (Sustiva). (Jennifer Grochocinski 2010).

Actualmente el hecho de vivir con VIH/SIDA causa problemas físicos y emocionales. Teniendo mayor prevalencia los problemas emocionales; afectando en gran medida la calidad de vida de las personas que padecen de esta enfermedad. (OMS 2005).

2.2.6.2 Ansiedad y VIH/SIDA

Las reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son frecuentes. Estos estados psicológicos tienen una expresión tanto psicológica como fisiológica. Los síntomas fisiológicos pueden parecer a los síntomas de

SIDA, se debe tener precaución para poder reconocerlos y diferenciarlos.

Las personas con VIH en ocasiones no es temor lo que

Sienten realmente, sino ansiedad, es decir que tienen sentimientos de miedo que son irreales. Pueden sentir que algo terrible estuviera a punto de suceder, no pueden decir

Claramente a qué le temen, sólo tienen una sensación de inquietud, se sienten incómodos e intranquilos dondequiera que se encuentren, pueden mostrarse irritables, tensos y preocupados por su cuerpo, además sufren insomnio y problemas de concentración. (Avelar Rodríguez, et. al Enero de 2006 a Junio de 2010).

La Organización de Estados Ibero-Americanos (OEI) bajo la temática VIH/SIDA: abordaje psicológico da a conocer los problemas psicológicos más usuales que afectan a las personas que viven con VIH/SIDA ya sea la ansiedad y depresión y la manifestación de estas tienen que ver con “el grado de aceptación de la persona infectada, el contexto y la redes sociales con las que cuenta, los recursos personales y sociales, el acceso a los recursos sanitarios”.

Como vemos estos estudios reconocen que se generan alteraciones emocionales que manifiestan las personas que viven con VIH/SIDA donde prevalecen dos trastornos más usuales como la ansiedad y depresión; siendo de mucha importancia su estudio ya que alteran y producen desordenes en el estado emocional de dicha población.

Para las personas que viven con VIH/SIDA la ansiedad no es sólo un factor limitante por la activación fisiológica, sino que también le limita debido a la disminución de reactividad inmunológica que se presenta durante estos episodios; esta situación es preocupante debido a que la ansiedad se encuentra relacionada directamente con la toma de medicamentos antirretrovirales. (Arrivillaga M, López J Ossa Toro, Ossa AM 2006).

La ansiedad y el VIH La enfermedad por VIH/SIDA ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado. Al igual que cualquier condición médica que sea seria y crónica, la ansiedad comúnmente también es reportada

entre las personas seropositivas por varias razones: el diagnóstico inicial, bajar el conteo de CD4, revelar tu cero estatus y otros temas relacionados al estigma. Estos son algunos de los retos que una persona viviendo con VIH/SIDA tiene que afrontar durante el transcurso de su vida como persona seropositiva. (Miaja M 2012).

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. 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 que ser bien manejada por el personal de salud que atiende al paciente. (Miaja M 2012).

Ser portador de VIH o enfermo de SIDA son situaciones que generan un conjunto multifacético de estresores con un impacto adverso sobre el

funcionamiento personal, social y el estado emocional de los mismos. Las respuestas de ansiedad se hacen inevitables, interactuando con la aparición de nuevos síntomas de desarrollo de la enfermedad y llegando a ser de tal intensidad que pueden incapacitar al individuo para llevar a cabo una actividad normal, de forma similar a lo que sucede cuando la persona soporta altos niveles de ansiedad general. Sabemos que esta enfermedad se considera hoy en día, como una enfermedad crónica. A pesar de ello, los pacientes de VIH/SIDA reaccionan con elevados niveles de ansiedad, depresión, rituales obsesivos de autoexploración, tentativas de suicidas, ira y hostilidad. (López A., Calle I 2008).

2.3 Hipótesis.

2.3.1 Hipótesis generales.

H1: Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

H0: No Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

2.3.2 Hipótesis específicas.

H2: Son significativos los niveles de síntomas fisiológicos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

H0: No son significativos los niveles de síntomas fisiológicos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017

H3: Son significativos los niveles de síntomas emocionales en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huanuco-2017.

H0: No son significativos los niveles de síntomas emocionales en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

H4: Son significativos los niveles de síntomas cognitivos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

H0: Son significativos los niveles de síntomas cognitivos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

2.5 Variables

Variables e indicadores.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ITEMS	INDICE
Ansiedad	Fisiológica	- Taquicardia - Sudores - Sensación de ahogo - Temblores en las extremidades - Sensación de pérdida del control o del conocimiento - Mareos - Problemas digestivos - Incapacidad para relajarse - Rubor facial	Escala de medición de Beck	2,3,4,6,7,12,15,18,19,20,21	Likert (adaptado)
Depresión		- Perdida del placer - Agitación - Perdida del interés - Cambios en los estados del sueño - Cambios en el apetito - Cansancio o fatiga - Perdida del interés por el sexo		4,11,12,15,16,18,20,21	
Ansiedad	Emocional	- Sentimiento de minusvalía o inferioridad - torpeo entumecido - Sentirse inestable - Sentirse amenazado, atemorizado o asustado - Sentirse nervioso - Sentirse inquieto, inseguro - Sentir miedo	Escala de medición de Beck	1,8,9,10,13,17	Likert (adaptado)

Depresión		- Tristeza - Pesimismo - Fracaso - Llanto - Irritabilidad - Sentimientos de culpa - Sentimientos de castigo		1,2,3,5,6, 10,17	
Ansiedad	Cognitiva	- Bloqueo de procesos mentales - Pensamientos con miedo a perder el control - Pensamientos con temor a que ocurra lo peor - Pensamientos con temor a morir	Escala de medición de Beck	5,11,14,16	Likert (adaptado)
Depresión		- Desconformidad con uno mismo - Autocrítica - Pensamientos o deseos suicidas - Indecisión - Desvalorización - Dificultad de concentración		7,8,9,13, 14,19	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	ESCALA DE MEDICION
Ansiedad	La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.	FISIOLOGICA: - Taquicardia - Sudores - Sensación de ahogo - Temblores en las extremidades - Sensación de pérdida del control o del conocimiento - Mareos - Problemas digestivos - Incapacidad para relajarse - Rubor facial EMOCIONALES: - Sentimiento de minusvalía o inferioridad – torpeo entumecido - Sentirse inestable - Sentirse amenazado, atemorizado o asustado - Sentirse nervioso - Sentirse inquieto, inseguro - Sentir miedo COGNITIVA: - Bloqueo de procesos mentales - Pensamientos con miedo a perder el control - Pensamientos con temor a que ocurra lo peor - Pensamientos con temor a morir	Mínimo 0-7 Leve 8- 15 Moderado 16- 25 Severo 26- 63

Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	FISIOLOGICA: - Pérdida del placer - Agitación - Pérdida del interés - Cambios en los estados del sueño - Cambios en el apetito - Cansancio o fatiga - Pérdida del interés por el sexo EMOCIONALES: - Tristeza - Pesimismo - Fracaso - Llanto - Irritabilidad - Sentimientos de culpa - Sentimientos de castigo COGNITIVA: - Desconformidad con uno mismo - Autocrítica - Pensamientos o deseos suicidas - Indecisión - Desvalorización - Dificultad de concentración	Mínimo 0-13 Leve 14- 19 Moderado 20- 28 Severo 29- 63
-----------	---	--	--

2.5 Definición de términos básicos

2.5.1 Ansiedad.

La ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.

Niveles de ansiedad.

Ansiedad ausente. Donde no se manifiesta ningún síntoma de la ansiedad en la persona.

Ansiedad leve. Donde la persona manifiesta cierto grado de inquietud, están alertas a sus sensaciones corporales, sin embargo, el paciente es capaz de concentrarse.

Ansiedad moderada. La persona tiene sensaciones inquietantes, asimismo se sienten nerviosos y agitados. El paciente está muy pendiente de las sensaciones corporales, tiene gran dificultad para concentrarse.

Ansiedad grave. La persona se encuentra preocupada, tiene la sensación de que algo malo le puede pasar, está completamente atemorizado.

2.5.2 Depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos

del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Niveles de la depresión.

Depresión ausente. La persona se encuentra estable, no se manifiestan ningún síntoma de la depresión.

Depresión leve. Los síntomas que experimenta la persona son tristeza, apatía, desilusión en forma ligera que no afecta la vida del paciente.

Depresión moderada. En este nivel los síntomas están sobrepasando la capacidad de la persona de sobrellevarlo, afecta en cierto grado todos los aspectos de la vida de la persona como: la familiar, la laboral y la social. Los síntomas se intensifican.

Depresión grave. La persona se encuentra incapacitada debido a la gravedad de los síntomas su vida se encuentra completamente afectada, se observa pérdida de interés por la vida, existen pensamientos suicidas.

2.5.3 VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando

deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (OMS)

2.5.4 Targa.

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) es un tratamiento que brinda el Ministerio de Salud (MINSA) como una de las mejores estrategias costo-efectivas para los pacientes con VIH-SIDA, debido a que reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas y el cáncer, promoviendo así el uso de servicios de salud y mejora en la calidad de vida.

Actualmente se considera que el tratamiento más eficaz para luchar contra el VIH es la combinación de tres medicamentos, dos análogos de los nucleósidos (inhibidores de la transcriptasa inversa) y un inhibidor de la proteasa. Aunque estas combinaciones pueden dar lugar a importantes efectos secundarios, cuando se usan con precaución es posible reducir los niveles del virus en sangre (carga viral) hasta cifras prácticamente indetectables. La carga viral debe

determinarse de forma periódica entre 1 y 6 meses. En la actualidad se está llevando a cabo ensayos clínicos de terapia intermitente con resultados esperanzadores.

2.5.5 Hospital.

Urdaneta. (2004) refiere que el Hospital es un conjunto de elementos humanos, materiales y tecnológicos organizados adecuadamente para proporcionar asistencia médica: preventiva, curativa y rehabilitación, a una población definida, en las condiciones de máxima eficiencia y de optima rentabilidad económica. El trabajador y el paciente deben permanecer en condiciones óptimas garantizadas por el diseño y Mantenimiento adecuado de las instalaciones del Hospital, que a su vez tendrá que estar dentro de una Organización.

CAPITULO III

3. METOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación.

Según Sánchez Carlessi (2002) por su finalidad pertenece al tipo de investigación básica ya que está orientada a la búsqueda de conocimientos científicos que produce resultados de utilidad práctica inmediata.

3.1.1 Enfoque

El presente trabajo de investigación pertenece al método no experimental ya que no se manipulara deliberadamente ninguna variable, lo que se hace en la investigación no experimental es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para luego analizarlos. (Hernández, S. 2015).

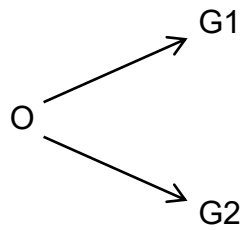
3.1.2 Alcance o Nivel

Según la profundidad pertenece al nivel descriptivo, ya que pretende describir los fenómenos, tal como es y cómo se manifiesta en el momento de realizarse el estudio. (Sánchez, C. 2002).

3.1.3 Diseño

El presente estudio corresponde al diseño descriptivo transversal, ya que los datos se recogieron en un momento y en un tiempo único, teniendo en cuenta que se pretende indagar los niveles de una o más variables en una población determinada. (Hernández, S. 2015).

El esquema de este diseño es el siguiente:



Del esquema anterior:

O = Muestra.

G1 = Ansiedad.

G2 = depresión.

3.2 Población y muestra.

3.2.1 Población.

La población de estudio está constituida por pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco-2017 teniendo en cuenta que Según (Sampierri 2006) la población es un Conjunto de todos los casos que concuerdan con delimitadas especificaciones.

TABLA N° 1: Registro de pacientes del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017.

PACIENTES	EDADES	SEXO		TOTAL
		F	M	
PROGRAMA TARGA	17 a 25	11	24	35
	26 a 59	54	50	104
	60 a mas	2	4	06
TOTAL				145

Fuente: obtenidos del programa TARGA
Elaborado por: El investigador.

TABLA N° 2: Registro del tiempo de tratamiento de pacientes del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017.

TIEMPO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO	EDADES			TOTAL
	17 - 25	26 – 59	60 a mas	
1 mes - 6 meses	4	13	0	17
7 meses -12 meses	6	8	0	14
13 meses - 36 meses	9	11	0	20
37 meses – 60 meses	7	26	1	34

61 meses - 120 meses	9	34	2	45
121 meses – 180 meses	0	12	3	15
TOTAL				145

Fuente: obtenidos del programa TARGA

Elaborado por: El investigador.

3.2.2 Muestra.

Muestra es no probabilística por criterio del investigador, ya que a los sujetos se seleccionaran en función de las características de la investigación. Además, el muestreo fue de tipo accidental, pues dependía de la participación voluntaria de las personas que cumplieran con las características antes especificadas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Dicha muestra estará constituida por 55 pacientes de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años en tratamiento antirretroviral de gran actividad, para los criterios de la muestra se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión.

TABLA N° 3: Muestra de pacientes del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco – 2017.

PACIENTES	EDADES	SEXO		TOTAL
		F	M	
PROGRAMA TARGA	17 a 25	5	14	19
	26 a 59	15	21	36
	60 a mas	0	0	0
TOTAL		20	35	55

Fuente: elaborado por el investigador.

Para la selección de la muestra se debe tener los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes entre las edades de 20 años a 50 años.
- Pacientes LOTEP.
- Pacientes que participan del programa TARGA de Ambos sexos: masculino y femenino.
- Pacientes en tratamiento antirretroviral.

Criterios de exclusión:

- Pacientes mayores de 51 años.
- Pacientes con alguna dificultades a nivel visual, auditivo o motora.
- Pacientes que no deseen participar en la presente investigación.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

- El análisis de documentación se realizará para recopilar información sobre los pacientes y se utilizará el registro de información de pacientes con VIH del programa TARGA en el cual están consignados los datos generales de los pacientes y el tiempo que vienen realizándose el tratamiento antirretrovirales de gran actividad.
- Aplicación del inventario de Beck. Este instrumento está diseñada para medir las característica específica de nuestros sujetos de estudio, en tal sentido se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión a través del inventario de ansiedad y depresión de Beck. En las que se utilizaron la adaptación española y actualizada en nuestro contexto.

Instrumentos.

*** inventario de ansiedad de Beck.**

- Para evaluar la ansiedad se utilizará como instrumento la escala de ansiedad de Beck, Se trata de una escala heteroadministrada . se puntúa de 0 a 3 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, tres dimensiones que corresponden a dimensiones físicas (ítems 2,3,4,6,7,12,15,18,19,20,21), a

dimensión emocional (ítems 1,8,9,10,13,17). Y a dimensiones cognitivo (ítems 5,11,14,16). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Inventario de depresión de Beck.

- Para evaluar la depresión se utilizará como instrumento el inventario de depresión de Beck, Se trata de una escala hetero administrada. El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 alternativas, con puntaje de 0 a 3, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, Se pueden obtener, además, tres dimensiones que corresponden a dimensiones físicas (ítems 4,11,12,15,16,18,20,21), dimensiones emocionales (ítems1,2,3,5,6,10,17). dimensiones cognitivas (ítems 7, 8, 9, 13, 14,19). El inventario consta de 21 ítems.

Validez y confiabilidad de los instrumentos obtenidos

- Los instrumentos de recolección de datos alcanzaron una confiabilidad alta mayor o igual de 0.8 de igual modo cada dimensión de las variables. Se obtuvieron como resultados de Alfa de Cronbach 0.919 para el instrumento de Ansiedad de Beck. Así mismo para el instrumento de Depresión se obtuvo como resultado de Alfa de Cronbach 0.912; esto significa que los instrumentos de ambas variables son confiables en su consistencia interna. lo que se interpreta para la validez que cada instrumento mide aquello para lo cual están diseñados, teniendo en cuenta que cuanto más cerca se encuentre el valor de alfa a 1 mayor es la consistencia de los ítems. (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

3.3.1 Para la recolección de datos.

La recolección de datos se realizará de la siguiente manera:

- Solicito autorización al responsable correspondiente del programa TARGA del Hospital Hermilio Valdizán, para dar inicio a la presente investigación.
- Aplicación de los inventarios de ansiedad y depresión a los pacientes.
- Procesamiento de la información obtenida.
- análisis de los datos recogidos.
- Prepara el informe final.

3.3.2 Para la presentación de datos

Los resultados de la presente investigación fueron procesados utilizando los programas SPSS versión 21 y Excel, lo cual permitirá especificar los resultados, a través de tablas y gráfico haciendo uso del programa estadístico.

3.3.3 Para el análisis e interpretación de datos

- Interpretación de los datos recogidos.
- Tabulación de los datos obtenidos.
- Elaboración de los cuadros y gráficos

Procesamiento de datos.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó la Significancia del Chi cuadrado que interpreta la no paramétrica.

Dicho esquema estadístico es el siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Donde:

$$\chi^2 = \text{¿?}$$

Σ = Sumatoria

F_o = frecuencia observada.

F_e = Frecuencia esperada.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

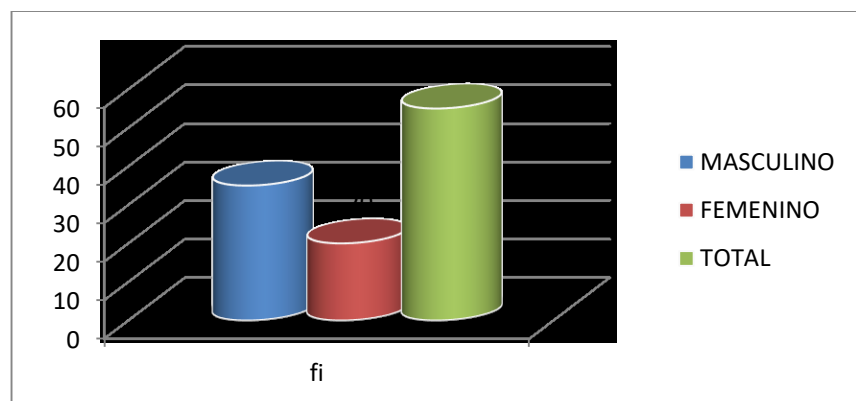
4.1 Procesamiento de datos

Tabla 1: Resultados del Sexo de los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco -2017.

SEXO	fi	%
MASCULINO	35	63,64
FEMENINO	20	36,36
TOTAL	55	100

Fuente: Historia clínica de los pacientes.
Elaboración: Propia

Grafico 1



Interpretación:

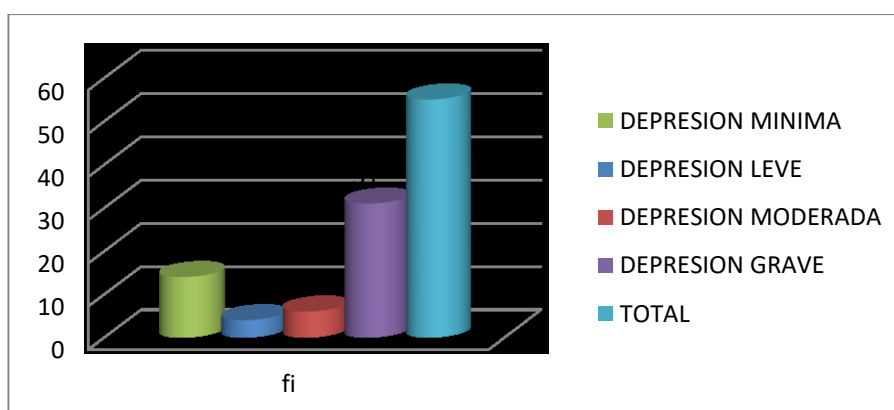
Como se aprecia en la tabla 1 y gráfico 1, del total de 55 pacientes evaluados, un porcentaje de 63.64% (35) de pacientes estudiados pertenecen al sexo masculino y el 36.36% (20) al sexo femenino.

Tabla 2: Resultados de la variable depresión de los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017

NIVELES DE DEPRESIÓN	fi	%
DEPRESION MINIMA	14	25,45
DEPRESION LEVE	4	7,27
DEPRESION MODERADA	6	10,91
DEPRESION GRAVE	31	56,36
TOTAL	55	100,00

Fuente: Aplicación del instrumento.
Elaboración: Propia

Gráfico 2



Interpretación:

En la tabla 2 y gráfico 2, se muestra que del total de 55 pacientes evaluados que equivale al 100%, se observa que un porcentaje de 25,45% (14) de pacientes evaluados presentaron depresión mínima, 7,27% (4) de pacientes evaluados presentaron depresión leve, 10,91% (6) de pacientes evaluados presentaron depresión moderada, 56,36% (31) de pacientes evaluados presentaron depresión grave.

Lo cual significa que la mayoría de pacientes presente depresión grave, es decir con síntomas de profunda tristeza, llanto frecuente, incapacidad para afrontar la situación. Pensamientos suicidas, intentos de suicidio, su vida social está profundamente afectada, pérdida de interés por la vida.

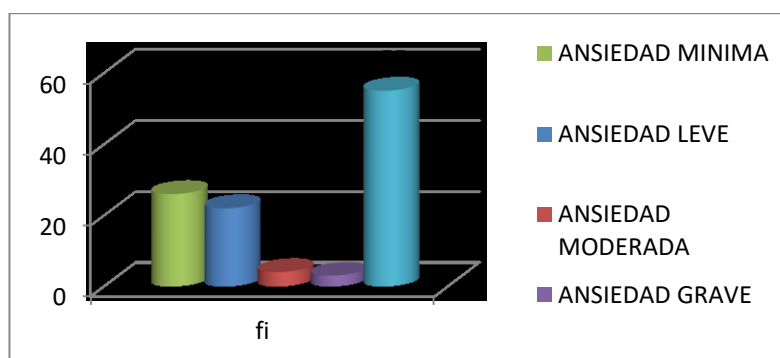
Tabla 3: Resultados de la variable Ansiedad de los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017

NIVELES DE ANSIEDAD	fi	%
ANSIEDAD MINIMA	26	47,27
ANSIEDAD LEVE	22	40
ANSIEDAD MODERADA	4	7,27
ANSIEDAD GRAVE	3	5,45
TOTAL	55	100,00

Fuente: Aplicación del instrumento.

Elaboración: Propia.

GRAFICO 3



Interpretación:

En la tabla 3 y gráfico 3, se muestra que del total de 55 pacientes evaluados que equivale al 100%, se observa que un porcentaje de 47,27% (26) de pacientes evaluados presentaron ansiedad mínima, 40% (22) de pacientes evaluados presentaron ansiedad leve, 7,27% (4) de pacientes evaluados presentaron ansiedad moderada, 5,45% (3) de pacientes evaluados presentaron ansiedad grave.

Los resultados denotan que un gran porcentaje de pacientes presentan síntomas ansiosos en mayor o menor escala predominando cierto grado de inquietud, nerviosismo, miedo, sudoración, consideración que algo malo puede suceder, pueden funcionar de forma normal, pero hacen esfuerzo para ello.

Tabla 4: Resultados de la variables Ansiedad y depresión de los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco -2017 cruzada Ansiedad y Depresión*Pacientes con VIH/SIDA

Tabla cruzada Ansiedad y Depresión*Pacientes con VIH/SIDA			
Pacientes con VIH/SIDA			Total
Ansiedad y Depresión	En absoluto	Recuento	26
		% del total	47,3%
	Levemente	Recuento	25
		% del total	45,5%
	Moderadamente	Recuento	1
		% del total	1,8%
	Severamente	Recuento	3
		% del total	5,5%
Total	Recuento	55	
	% del total	100,0%	

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,272 ^a	2	,018
Razón de verosimilitud	4,554	2	,003
Asociación lineal por lineal	3,720	1	,024
N de casos válidos	55		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,035.

Interpretación:

Como el valor de significancia es 0.018 y este es menor a 0.05 rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

4.2 Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis

Según la significancia del Chi cuadrado X^2 , en base a los datos Obtenidos:

Prueba de Chi cuadrado en los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del Programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco 2017.

Prueba de hipótesis general

Formulamos las hipótesis estadísticas.

H1: Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

H0: No Existen niveles significativos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

Prueba de Chi cuadrado en los niveles de síntomas fisiológicos en los pacientes con VIH/SIDA del Programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2017

Prueba de hipótesis específica síntomas fisiológicos

Formulamos las hipótesis estadísticas.

H1: Son significativos los niveles de síntomas fisiológicos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

H0: No son significativos los niveles de síntomas fisiológicos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

Tabla 7: Resultados de la dimensión fisiológica de los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.

Tabla cruzada Fisiológica*Pacientes con VIH/SIDA

			Total
Fisiológica	En absoluto	Recuento	15
		% del total	27,3%
	Levemente	Recuento	12
		% del total	21,8%
	Moderadamente	Recuento	9
		% del total	16,4%
	Severamente	Recuento	19
		% del total	34,5%
Total	Recuento	55	
	% del total	100,0%	

Fuente: Spss

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,272 ^a	2	,018
Razón de verosimilitud	4,554	2	,003
Asociación lineal por lineal	3,720	1	,024
N de casos válidos	55		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,035.

Interpretación

Como el valor de significancia es 0.018 y este es menor a 0.05 rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir Son significativos los niveles de síntomas fisiológicos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

Prueba de Chi cuadrado en los niveles de síntomas emocionales en los pacientes con VIH/SIDA del Programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017

Prueba de hipótesis específica síntomas emocionales

Formulamos las hipótesis estadísticas.

H3: Son significativos los niveles de síntomas emocionales en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Hermilio Valdizán, Huanuco-2017

H0: No son significativos los niveles de síntomas emocionales en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

Tabla 6: Resultados de la dimensión emocional de los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017.

Tabla cruzada Emocional *Pacientes con VIH/SIDA

			Total
Emocional	En absoluto	Recuento	12
		% del total	21,8%
	Levemente	Recuento	23
		% del total	41,8%
	Moderadamente	Recuento	5
		% del total	9,1%
	Severamente	Recuento	15
		% del total	27,3%
Total		Recuento	55
		% del total	100,0%

Fuente: Spss.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,872 ^a	2	,038
Razón de verosimilitud	3,113	2	,011
Asociación lineal por lineal	2,052	1	,052
N de casos válidos	55		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,035.

Interpretación

Como el valor de significancia es 0.038 y este es menor a 0.05 rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir Son significativos los niveles de síntomas emocionales en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huanuco-2017.

Prueba de Chi cuadrado en los niveles de síntomas cognitivos en los pacientes con VIH/SIDA del Programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2017.

Prueba de hipótesis específica síntomas cognitivos

Formulamos las hipótesis estadísticas.

H3: Son significativos los niveles de síntomas cognitivos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

H0: Son significativos los niveles de síntomas cognitivos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

Tabla 5: Resultados de la dimensión cognitiva de los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2017

Tabla cruzada Cognitiva *Pacientes con VIH/SIDA

			Total
Cognitiva	En absoluto	Recuento	17
		% del total	30,9%
	Levemente	Recuento	10
		% del total	18,2%
	Moderadamente	Recuento	6
		% del total	10,9%
	Severamente	Recuento	22
		% del total	40,0%
Total	Recuento	55	
	% del total	100,0%	

Fuente: Spss

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,525 ^a	2	,014
Razón de verosimilitud	8,804	2	,012
Asociación lineal por lineal	8,330	1	,004
N de casos válidos	55		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que
5. El recuento mínimo esperado es ,035.

Interpretación

Como el valor de significancia es 0.014 y este es menor a 0.05 rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, es decir Son significativos los niveles de síntomas cognitivos en los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Resultados del trabajo de investigación.

El objetivo general de la presente investigación es Determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/sida del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco-2017.

La población general es de 145 pacientes y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se extrajo una muestra de 55 pacientes a quienes se les aplico los test de ansiedad y depresión de Beck.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba de la significancia del chi cuadrado, se encontró un valor de ($0.018 < 0.05$). Es decir existe niveles significativos de ansiedad y depresión, demostrando que un total de 74.54 % de pacientes presentan síntomas depresivos y el 52,72 % de pacientes presentan síntomas ansiosos en mayor o menor nivel.

En el trabajo de investigación realizado por **M. Teresa y R. Ballester (2006)**. “Estado Emocional y Conducta de Enfermedad en Pacientes con VIH/SIDA y Enfermos Oncológicos”. Se evidencian que los pacientes con VIH comparados con los pacientes oncológicos y la población general muestran un perfil psicológico caracterizado por un mayor grado de ansiedad estado y rasgo, con niveles mayores de depresión. Dicho resultado indicada que a la investigación realizada por los autores apoyan esta investigación ya que nuestra investigación se

encontró niveles significativos de ansiedad y depresión en un alto porcentaje de los pacientes siendo mayor la prevalencia de ansiedad leve y depresión grave.

Por su parte, **Arrivillaga M, López J, Ossa A (2006)** “Ansiedad, Depresión y Percepción de control en Mujeres Diagnosticadas con VIH/SIDA de Colombia”. Muestra que el 23,4% de la muestra presentó altos niveles de ansiedad o, según la categorización del HAD, mostraron problemas clínicos de ansiedad. El 10,63% de la muestra presentó altos niveles de depresión y/o problema clínico. El 6,38% de la muestra presentó bajos niveles de PCS(percepción de control social). Siendo estos datos resaltantes mostrando en esta investigación la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA, Así mismo estos autores resaltan cierta relación con nuestra investigación ya que en ambos casos se evidencian la existencia de niveles significativos de ansiedad y depresión clínica en mayor y menor escala siendo menor la población que padece la sintomatología de ansiedad y depresión en la tesis antes mencionada, ha comparación de esta investigación que se evidencia gran porcentaje de ansiedad y depresión en los pacientes. Siendo estos datos obtenidos preocupante para la población en estudio.

Así mismo, en la investigación de **Alcántara N. (2008)** “Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con VIH. Lima-Perú 2008”. un 56% de los participantes tiene un nivel mínimo de depresión, también considerado como ausencia de esta

sintomatología, y 8% se ubica en el nivel leve, lo que permite afirmar que la mayoría de ellos (64%) está pudiendo lidiar con el diagnóstico de VIH sin llegar a niveles de tristeza, agobio o alteraciones cognitivas que supongan un menoscabo significativo en su vida diaria. Sin embargo, es preocupante que un 16% tenga un nivel de depresión moderado y, más aún, que 20% de la muestra presente niveles de depresión severa, lo que indica que un 36% de los participantes está considerado dentro del grupo de riesgo de esta sintomatología. Esta investigación denota la presencia de síntomas depresivos en pacientes con VIH/SIDA en menor escala, se observa también que mayor parte de los pacientes el 64% no presenta dificultad alguna. A diferencia de nuestra investigación el 74,54% presenta sintomatología depresiva que llega a ser alarmante y preocupante que pudiera dificultar la adhesión al tratamiento antirretroviral. Pues, este estudio contrasta nuestra investigación por encontrarse menor índice de ansiedad y depresión a diferencia de nuestra investigación que gran parte de la población presenta depresión por ser portador del VIH/SIDA.

Por su parte Criollo et al, 2014. En su estudio “Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve” concluyó que todos los pacientes con VIH/SIDA presentan algún nivel de ansiedad y depresión. Al definir el nivel de ansiedad en esta investigación no toda la población en estudio presentó este trastorno emocional aun que es un porcentaje alto que la padece, a diferencia de los resultados que indica Gómez et al en su tesis. Así

mismo al determinar el nivel de depresión gran parte de la población presentan también depresión en un porcentaje alto, no coincidiendo con los resultados de Gómez et al que afirma que todos los pacientes con VIH/SIDA padecen de dicho trastorno.

Al contrastar con el soporte teórico se encuentra los aportes de Villarreal, quien fundamenta que los trastornos mentales o emocionales incluyen una gran gama de condiciones que afectan sustancialmente la capacidad de las personas para manejar las demandas de la vida diaria. Esta condición puede causar dificultades de pensamientos, sentimientos, conducta funcional y relaciones personales. El desarrollo de dichos trastornos se da en fases; empezando desde lo más leve hasta lo más grave cuando no se recibe la ayuda oportuna. En este estudio gran parte de la población presentan ansiedad debido al proceso de la misma enfermedad. Es por ello que se debería brindar la ayuda necesaria y pertinente para no exacerbar a un problema mayor como depresión a niveles muy altos y complique aún más el proceso de la misma enfermedad.

Así mismo, muchos estudios como el de Teva I & et al. 2005 reafirman que la ansiedad y depresión siempre van acompañados ya sea en menor o mayor escala, es por ello que una persona con ansiedad también mostrara algún grado de depresión. Además, los trastornos emocionales siguen algún tipo de secuencias en niveles, por

lo que una ansiedad puede desencadenar una depresión en menor o mayor nivel si es que no es tratada en su debido momento.

Volviendo a los antecedentes, Natali R. Alcántara Zapata, 2008, Lima – Perú realizó un estudio sobre “Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH” cuyos resultados arrojaron que el 16% de la población muestra un nivel de depresión moderado y, el 20% de la muestra evidencia niveles de depresión severa, lo que muestra que un 36% de la población en estudio está considerado dentro del grupo de riesgo de esta sintomatología y además que predomina una depresión severa. Al comparar estos resultados con los obtenidos en la presente investigación se encuentran diferencias, ya que se identificó un nivel de depresión grave en un 56,36% y 10,91% con depresión moderada. Sobresaliendo en ésta el nivel de depresión grave y moderada a diferencia de como se muestra en otra investigación. Estos resultados muestran que no todos desencadenan un problema mayor al que ya tienen; que cada trastorno emocional tiene sus etapas de desarrollo.

En tanto Hunter 1993 refiere que el estrés psicológico producidos por el VIH/SIDA ocasiona diferentes manifestaciones emocionales en las que se encuentran presentes la ansiedad y depresión. Las personas con VIH/SIDA se encuentran constantemente en situaciones de amenaza, iniciando desde que la persona es diagnosticada hasta llegar a etapa Sida. Ante esta situación es muy difícil para el paciente no

experimentar temor, angustia y desesperanza durante el proceso de adaptación y asimilación ya que la misma sintomatología y la definición de las personas sobre el VIH/SIDA, mantienen a los pacientes ocultando su diagnóstico para no ser discriminados, causando muchas manifestaciones emocionales como ansiedad y depresión.

Así mismo como refiere Avelar Rodríguez, et. Al 2010. Las personas con VIH en ocasiones no es temor lo que Sienten realmente, sino ansiedad, es decir que tienen sentimientos de miedo que son irreales. Pueden sentir que algo terrible pudiera estar a punto de suceder, no pueden decir Claramente a qué le temen, sólo tienen una sensación de inquietud, se sienten incómodos e intranquilos donde quiera que se encuentren, pueden mostrarse irritables, tensos y preocupados por su cuerpo, además sufren insomnio y problemas de concentración. Es por ello que los resultados obtenidos denotan que las personas evaluadas del programa Targa presentan niveles significativos de ansiedad, por los sentimientos de miedo irreal que se generan por el mismo diagnóstico.

Es por ello, que las personas sometidas a antirretrovirales se encuentran en una circunstancia de amenaza constante, el peligro sobre su salud y sobre todo sobre su vida es real, como ya se mencionó anteriormente estas personas están experimentando miedo y angustia, ante esta Situación el paciente claudica emocionalmente haciendo que en ellos se genere síntomas de ansiedad y depresión. Al obtenerse resultados de niveles significativos de ansiedad y depresión en gran

porcentaje de pacientes evaluados y según la teoría cognitiva de Beck (1985) estas personas están en un procesamiento de forma distorsionada de la información, por parte de la ansiedad los pacientes consideran que sus capacidades de afrontamiento están infravaloradas, se sienten vulnerables, Beck, Emery y Greenberg (1985) “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y Externos sobre los que adolece de control o éste es insuficiente para brindarle una sensación de seguridad”. Al encontrarse en dicha situación en el paciente aparecen los pensamientos irracionales referentes a su integridad, tales como el catastrofismo considera que el tratamiento es lo más terrible y que no le ayuda en nada, asimismo desvaloriza sus habilidades de afrontamiento a la nueva circunstancia en la que se encuentra, sintiéndose incapaz de confrontarlo.

Así mismo, referente a los niveles significativos de depresión encontrados en los pacientes en tratamiento de antirretrovirales, la teoría cognitiva de Beck explica la depresión denominada la triada cognitiva, de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación donde el 74.54% de los pacientes evaluados presentaron niveles significativos de depresión, corroborándose la teoría de la triada cognitiva propuesta por Beck (1985) donde define que la persona deprimida tiene una visión negativa de sí mismo, el paciente con VIH/SIDA perteneciente al programa TARGA se ve como un inútil, considerándose una carga y una decepción para su familia, se

subestima y crítica considerablemente sintiéndose culpable por la circunstancias que está pasando. Siente su ambiente muy hostil que no puede enfrentar y todo lo que le rodea está mal y le hace daño. Asimismo, tiene una visión devastadora del futuro que las cosas irán, pero de las que están le es imposible ser optimista en un futuro próximo y que todo lo que se haga no valdrá la pena, está completamente desesperanzado esperando tan solo la muerte.

CONCLUSIONES

Con respecto al objetivo de esta investigación Determinar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/Sida del programa TARGA del Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco-2017

Se concluyó lo siguiente:

1. Son significativos los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán.
2. Son significativos los síntomas fisiológicos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán.
3. Son significativos los síntomas emocionales de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán.
4. Son significativos los síntomas cognitivos de ansiedad y depresión en los pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán.
5. El porcentaje de sexo masculino es mayor al de femenino, los niveles de ansiedad y depresión fueron mayores entre el sexo masculino.

RECOMENDACIONES

- **Al Director del Hospital Hermilio Valdizán:**
 - Contratar un psicólogo permanente en el programa Targa que apoye a llevar a cabo una adecuada intervención integral.
 - Implementar capacitaciones constantes a todo el personal con el fin de fortalecer sus conocimientos.
- **Al personal que labora en el área de Targa del Hospital Hermilio Valdizán (médico, enfermera, obstetra y técnicos):**
 - Mantenerse constantemente actualizados sobre los aspectos emocionales que padecen los pacientes para un mejor abordaje y recuperación de los pacientes y por consiguiente generar una buena adhesión al tratamiento.
 - Generar una red de apoyo entre los pacientes.
- **A las instituciones y autoridades de salud de la Dirección Región Huánuco (DRE):**
 - Generar campañas constantes concientizando y sensibilizando a la población sobre la ansiedad y depresión y cómo afrontarlas.
 - Monitorear de los centros de salud que cuenten con el programa Targa para recoger las inquietudes y necesidades que puedan presentarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avelar Rodríguez, Vanessa Yamileth, Cornejo Gómez, Iliana Bedilia, Torres Ayala, Juana Dolores (2006) “. Efectos Psicológicos en Personas de Ambos Sexos Entre las Edades de 20 a 50 años Diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 Pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la Lucha Contra el Sida “María Lorena” (contra sida) del Municipio de San Salvador”.

Arrivillaga M, López J Ossa Toro, Ossa AM (2006). “Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida”. Pensamiento Psicológico 2006 [citado 20 de mayo del 2016]; 2(7): 55-71.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80120705.pdf>.

Ballester R. (2002). “Revista de psicopatología y psicología clínica 2002” Vol. VII. “Adhesión terapéutica revisión histórica y estado de cuestión en la infección por VIH/SIDA” pg. 151 - 175. (AEPCP).

Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (2009). “Manual de psicopatología” Vol. II. (Ed. revisada). Madrid – España. Editorial: MCGRAW - HILL/interamericana, S.A.U.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) (2017) Disponible en: -

(http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=362&Itemid=362).

Criollo A.B., Palomino L.M.(2014), “Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve”. [Tesis]. Colombia- Bogotá: Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud; 2014.

Chanamé Carpio, Bernardo Dámaso Mata, Elsa Elvira Palacios Flores “Factores de la Adherencia de las Personas que Viven con VIH-Sida que Reciben Esquema Targa en El Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco”.

Eduardo Alexander Egúsqüiza Valera (2010), “Nivel de Autoestima en Pacientes con VIH/SIDA del Programa de TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2010”, Lima-Perú”.

Jennifer Grochocinski, ND(2010). “La ansiedad, la depresión y el VIH” [Internet] Canadá: 2010 [citado el 4 de junio del 2016] Disponible en:<http://www.pwatoronto.org/spanish/pdfs/topic-anxiety-depression+HIV.pdf>.

Hernández, R. y otros (2015). “Metodología de la Investigación” (6ª edición). Chile. McGraw-Hill/Interamericana Editores.

López A., Calle I (2008), “Características psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA”. Revista anual de psicología “Psicothema”. 2008 [citado 15 de octubre del 2016]. Vol. 20, n. 4, p. 958-963. Disponible en:

-

<http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/8757/8621>

Luque (2001) y Barra (2003), Cargado por WinCreative Diseño Gráfico.
Disponibile en: <https://es.scribd.com/doc/101286294/Marco-Teorico-Vih-sida>.

M. Teresa Edo y Rafael Ballester (2006) “Estado Emocional y Conducta de Enfermedad en Pacientes con VIH/SIDA y Enfermos Oncológicos”

Marcela Arrivillaga Quintero, Javier López Martínez, Ana María Ossa Toro (2006) “Ansiedad, Depresión y Percepción de control en Mujeres Diagnosticadas con VIH/SIDA”, Colombia.

Miaja M.,(2012) Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas con y sin VIH/SIDA [Tesis]. Monterrey- México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología; 2012. Disponible en: <http://Cd.Dgb.Uanl.Mx/Bitstream/Handle/201504211/5364/20638.Pdf?Sequ ence=1&Isallowed=Y>.

MINSA (2009) “NOTIFICACIÓN DE CASOS DE VIH/SIDA”.
Disponibile en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE22/vih.pdf>

MINSA – Hospital Hipólito Unanue (2010) nota de prensa. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/COMUNICACIONES/Noticias/2010/VIH.pdf>.

Montoya S. (2015) “Depresión y Ansiedad en mujeres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del Distrito de Huánuco 2015” Huánuco – Perú.

Natali Ruth Alcántara Zapata (2008). “Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con VIH”. Lima-Perú .

Oblitas, L. (2004). “Manual de psicología clínica y salud hospitalaria”. Bogotá – Colombia. Editorial: Psicom Editores.

OMS (2016) nota descriptiva.

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.

OMS (2017) nota descriptiva

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

OMS (2005). "VIH/SIDA y la salud mental" [citado 5 de abril del 2016]

Ginebra.

Disponible en:

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf.

OPS (2012).

Disponible en:

http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es.

Organización de Estados Ibero- Americanos (OEI) (2014)"VIH-SIDA:

Abordaje psicológico". Barcelona: María Luisa García Berrocal;

2014 [actualizado 27 de noviembre de 2014; acceso 13 de abril de 2016]..

Disponible en: <http://www.oei.es/divulgacioncientifica/?VIH-SIDA-Abordaje-psicologico>.

Oscar A. et. al. (2009). "Factores asociados a la no adherencia al

tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados

con el VIH-sida". Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima,

Perú. facultad de medicina. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102

5-55832009000400007

Patricia Gonzáles Luna (2004), "Nivel de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio Atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Marzo a Abril ", Lima-Perú.

Rodríguez Elsy, Mejía Vilma, Luna Jorge (2004), " Clasificación de Miedos y Fobias en Estudiantes de Primer Año de Ciencias y Humanidades, Facultad Multidisciplinaria Oriental, Universidad de El Salvador Entre Los Meses de Abril a Octubre del Año 2004". El Salvador, Universidad de El Salvador Facultad Multidisciplinaria Oriental Departamento de Ciencias y Humanidades Sección de Psicología. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/3921/1/50100173.pdf>.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2002). "Metodología y diseños en la investigación científica" (3ª edición). Lima – Perú. Editorial: Universidad de Lima.

Sanz Fernández, Jesús. (1993). "Anales de Psicología: Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck". Madrid, España. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf.

Santillán C. (2014). "Adherencia Terapéutica en Personas que Viven con VIH/SIDA". [Tesis]. México Universidad Nacional Autónoma de México, 2014. Disponible en: <http://www.ciencianueva.unam.mx/bitstream/handle/123456789/76/62.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. pp. 35

Sanz fernandez, Jesus. Vásquez, C. (1995). "Trastornos del Estado de Ánimo: II. Teorías Psicológicas". Madrid, España. Disponible en:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Teorias.pdf.

Sierra, J; Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. (2003). “Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar”. Universidad de Fortaleza Fortaleza, Brasil. Revista Mal-estar E Subjetividades, vol. 3, núm. 1, março, 2003, pp.22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>.

Tsao JC, Dobalian A, Moreau C, Dobalian K. (2004). “Estabilidad de la ansiedad y la depresión en una muestra nacional de adultos con el virus de la inmunodeficiencia humana”. J Nerv Ment Dis. 2004 Feb; 192(2):111–8.

Villarreal S, Ojeda P, Castro L.G (2012). “Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA; que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital II.1” Santa Rosa [Tesis]. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Medicina Humana; 2012.

Verónica Lazo, (2005, 02 de diciembre).” Huánuco: detectan 74 nuevos casos de VIH-Sida”. Nota de prensa diario correo. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/en-huanuco-detectan-74-casos-nuevos-de-vih-637048/>.

Loza v. (2015). “La Dirección Regional de Salud busca mejorar las acciones de prevención con la promoción de la educación sexual integral”.

Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/en-huanuco-detectan-74-casos-nuevos-de-vih-637048/>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

	<u>Objetivo general:</u> Determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/sida del programa Targa del Hospital Hermilio Valdizan <u>Objetivos específicos:</u> a. Determinar el nivel de síntomas fisiológicos de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/Sida del programa Targa del Hospital Hermilio Valdizan b. Determinar el nivel de síntomas emocionales de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/Sida del programa Targa del hospital Hermilio Valdizan c. Determinar el nivel de síntomas cognitivos de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/ Sida del programa Targa del Hospital Hermilio Valdizan	<u>Hipótesis general:</u> Los pacientes con VIH/Sida del programa Targa del Hospital Hermilio Valdizan presentan niveles significativos de ansiedad y depresión <u>Hipótesis específicas:</u> H1. Los pacientes con VIH/Sida del programa Targa del Hospital Hermilio Valdizan presentan niveles significativos de síntomas fisiológicos de ansiedad y depresión H2. Los pacientes con VIH/Sida del programa Targa del Hospital Hermilio Valdizan presentan niveles significativos de síntomas emocionales de ansiedad y depresión H3. Los pacientes con VIH/Sida del programa Targa del Hospital Hermilio Valdizan presentan niveles significativos de síntomas cognitivos de ansiedad y depresión	<u>Variables de estudio:</u> <u>Variable independiente:</u> - Pacientes con VIH/Sida <u>Variable dependiente:</u> - Ansiedad y depresión
--	--	---	--

FICHA TECNICA

Nombre: Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre original: Beck Anxiety Inventory (BAI)

Autores: Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer

Año: 1988

Versiones: Aunque se han publicado dos ediciones del manual del BAI original (Beck y Steer, 1990, 1993), no ha habido variaciones en el contenido del instrumento. Se ha desarrollado una versión informática, que apenas ha sido utilizada, pero la misma tampoco ha variado el contenido del instrumento original (Steer, Rissmiller, Ranieri y Beck, 1993). Existen traducciones o adaptaciones del BAI a los siguientes idiomas: alemán, árabe, coreano, chino, finés, francés canadiense, español, italiano, noruego, portugués, sueco y turco.

Adaptación en español: Existen dos adaptaciones en español diseñadas para los hispanos de Estados Unidos de América, una creada por la empresa editora del BAI original (Psychological Corporation, 1993) y otra por Novy, Stanley, Averill y Daza (2001).

También existe una versión española adaptada a la población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). En España se han publicado varias traducciones al español del BAI (p. ej., Botella y Ballester, 1997; Comeche, Díaz y Vallejo, 1995; Echeburúa, 1993), sin embargo ningún estudio ha analizado sus propiedades psicométricas en muestras españolas de cualquier tipo. Sanz y Navarro (2003) realizaron una nueva versión española del BAI y analizaron sus propiedades psicométricas en una muestra española de estudiantes universitarios, mientras que Magán, Sanz y García-Vera (2008)

analizaron sus propiedades psicométricas en una muestra de adultos de la población general española. Por tanto, esta es la única versión que puede considerarse, por ahora, una versión española del BAI adaptada para la población de España.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: En el estudio original se encontró, con una muestra de 160 pacientes ambulatorios con trastornos psicopatológicos, un índice elevado de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,92), el cual ha sido posteriormente replicado en otras muestras clínicas y no clínicas. De hecho, recientemente De Ayala, Vonderharr Carlson y Kim (2005) realizaron un meta-análisis de 52 estudios que informaban de coeficientes de fiabilidad del BAI y obtuvieron un coeficiente alfa medio de 0,92 con muestras de pacientes con trastornos psicopatológicos, de 0,88 con muestras sin pacientes psicopatológicos y sin estudiantes universitarios y de 0,89 con muestras de estudiantes universitarios. La adaptación española de Sanz y Navarro ha obtenido un coeficiente alfa de 0,88 en una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles y de 0,93 en una muestra de 249 adultos de la población general española. La fiabilidad test-retest al cabo de una semana que se obtuvo en el estudio original con una muestra de 83 pacientes ambulatorios con trastornos psicopatológicos fue de 0,75, mientras que el meta-análisis de De Ayala et al. (2005) informa de una correlación test-retest media de 0,66, aunque con un intervalo de tiempo medio mayor (32 días).

Validez: Existe una abundante literatura empírica que ha obtenido buenos índices de validez convergente del BAI al mostrar que el instrumento

correlaciona de forma moderada con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de población (pacientes Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica Jesús Sanz. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Ficha Técnica psicopatológicos, adultos de la población general, adolescentes, estudiantes universitarios, ancianos, pacientes médicos, etc.). Por ejemplo, en el estudio original el BAI correlacionó 0,51 con la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton en una muestra de pacientes psicopatológicos, mientras que en el estudio de Creamer, Foran y Bell (1995) con estudiantes universitarios el BAI mostró correlaciones de 0,57-0,68 y de 0,56-0,64 con las escalas Estado y Rasgo, respectivamente, del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger.

En cuanto a la validez discriminante respecto a la depresión, aunque la literatura muestra también correlaciones moderadas entre el BAI y diferentes medidas de depresión como, por ejemplo, ocurre en los estudios de la adaptación española en los que el BAI correlacionaba 0,63 y 0,58 con el Inventario para la Depresión de Beck-II en población general y estudiantes universitarios, respectivamente, sin embargo, los análisis factoriales de los ítems del BAI y del BDI-II revelaban en tales estudios dos factores claramente diferenciados de ansiedad y depresión en los que saturaban los ítems respectivos y, por tanto, sugieren que las correlaciones entre los dos instrumentos pueden deberse más a la relación entre los constructos de ansiedad y depresión que a un problema de falta de validez discriminante por parte del BAI. Finalmente, el BAI ha demostrado sensibilidad al

cambio tras un tratamiento y, de hecho, ha sido usado en multitud de estudios para evaluar la respuesta al tratamiento de grupos de pacientes con trastornos de ansiedad, especialmente con trastorno de pánico y con trastorno de ansiedad generalizada, y para comprobar qué tratamiento es el más eficaz (véanse, por ejemplo, las revisiones de Ayers, Sorrell, Thorp y Wetherell, 2007; Chambless y Gillis, 1993; McEvoy y Nathan, 2007; Siev y Chambless, 2007).

APLICACIÓN: Tiempo de administración estimado: 5 minutos Normas de aplicación: Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). Corrección e interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63. En la primera edición del manual original del BAI, se proponen los siguientes puntos de corte para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa (Beck y Steer, 1990): 0-9 = “ansiedad mínima(normal); 10-18 = “ansiedad leve”; 19-29 = “ansiedad moderada”, y 30-63 = “ansiedad grave”. Posteriormente, en la segunda edición del manual original del BAI, Beck y Steer (1993) proponen puntos de corte algo más bajos para definir las distintas categorías de gravedad de la ansiedad: 0-7 = mínima(“normal”); 8-15 = “leve”; 16-25 = “moderada”, y 26-63 =

“grave”. A partir de los estudios de la adaptación española de Sanz y Navarro, se ha propuesto, de manera tentativa para el contexto español, una puntuación igual o menor de 11 en el BAI (que representa la media de la población Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica Jesús Sanz. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Ficha Técnica general española) como criterio para evaluar si un paciente adulto tras recibir un tratamiento para la ansiedad no se diferencia de las personas normales respecto a sus síntomas y quejas principales, es decir, presenta una recuperación o mejoría clínicamente significativa, y se ha propuesto una puntuación igual o mayor de 14 para detectar un trastorno de ansiedad en la población de estudiantes universitarios, ya que dicha puntuación fue capaz de identificar correctamente al 76,4% de los individuos con un trastorno de ansiedad y al 88,2% de los individuos sin un trastorno de ansiedad, lo cual supone unos índices de eficiencia diagnóstica y de concordancia (coeficiente kappa) de 86,7% y 0,52, respectivamente. Por supuesto, el hecho de que el BAI puede ayudar a detectar, como instrumento de cribado (screening), casos de ansiedad patológica en muestras de estudiantes universitarios no justifica el uso exclusivo del BAI como instrumento diagnóstico. Hacerlo conllevaría confundir los niveles de análisis: síntoma-síndrome-trastorno. El BAI sirve para identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, el estado general del paciente o la efectividad de un proceso terapéutico. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno de ansiedad se efectúa

teniendo en cuenta no sólo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles (p. ej., se debe excluir que los síntomas sean el efecto fisiológico directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas), por lo que los casos inicialmente detectados por el BAI deberían posteriormente ser confirmados mediante algún tipo de entrevista diagnóstica.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	☐	☐	☐	☐

Inventario de Depresión de Beck

Manual

DESCRIPCIÓN

El Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en España¹

En 1979 Beck y cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991)^{2,2b}, siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario³, el *Beck Depression Inventory-II* o *BDI-II*,

Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión BDI-II

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II; es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

Beck et al. (1996) observaron una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0,92. En la adaptación española realizada por el equipo de Sanz, el Inventario para la Depresión de Beck-II obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, de población general y de consultantes con trastornos psicopatológicos (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún & Vázquez, 2005; Sanz, Navarro et al., 2003; Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003). Dada la existencia de traducciones del BDI-II al español, sólo se realizó una adaptación de éste a los usos lingüísticos propios de Chile. Para ello la traducción del equipo de Beck et al. (1996), y la realizada en España por Sanz, Navarro et al. (2003), fueron contrastadas por los autores entre sí y respecto del instrumento original en inglés. Una aplicación piloto del instrumento mostró adecuada comprensión de los ítems.

Recomendaciones para utilizar la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica La interpretación de las puntuaciones del BDI se suele basar

en unas puntuaciones de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología depresiva. El manual original del BDI-II propone las siguientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Beck et al., 1996). Estas puntuaciones fueron asumidas en la adaptación española del BDI-II y, recientemente, un estudio ha demostrado empíricamente su validez para distinguir niveles de gravedad de la depresión en pacientes españoles con trastornos psicológicos (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera, 2013).

La validación y confiabilidad de las pruebas de ansiedad y depresión de Beck en nuestro contexto fue realizado por Montoya S, y Valencia L. para su investigación de ansiedad y depresión en madres gestantes primerizas atendidas en el centro de salud del distrito de Huánuco-2015.

El nivel de confiabilidad se realizó a través del método estadístico usando para esto el Alfa de Cronbach como se presenta en los cuadros para las dos pruebas de Ansiedad y Depresión.

Confiabilidad del instrumento de depresión de Beck. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Número de elementos
0.912	0.912718818	21

Confiabilidad del instrumento de ansiedad de Beck. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Número de elementos
0.919	0.919	21

Los instrumentos de recolección de datos alcanzaron una confiabilidad alta mayor o igual de 0.8 de igual modo cada dimensión de las variables. Se obtuvieron como resultados de Alfa de Cronbach 0.919 para el instrumento de Ansiedad de Beck. Así mismo para el instrumento de Depresión se obtuvo como resultado de Alfa de Cronbach 0.912; esto significa que los instrumentos de ambas variables son confiables en su consistencia interna.

BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkuela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. Escoja una opción

- A. No me siento triste.
- B. Me siento triste.
- C. Siempre me siento triste y no puedo quitarme la tristeza de encima.
- D. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Escoja una opción

- A. No me siento especialmente desalentado ante el futuro.
- B. Me siento desalentado ante el futuro.
- C. Siento que no hay nada que me haga ilusión.
- D. Siento que no tengo ninguna esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3. Escoja una opción

- A. No me siento fracasado.
- B. Me siento más fracasado que la mayoría de las personas.
- C. Al mirar atrás, en mi vida veo muchos fracasos.
- D. Siento que como persona soy un fracaso absoluto.

4. Escoja una opción

- A. Las cosas me siguen satisfaciendo igual que antes.
- B. Las cosas no me hacen disfrutar como antes.
- C. Ya no encuentro verdadera satisfacción en nada.
- D. Todo me incomoda o aburre.

5. Escoja una opción

- A. No me siento particularmente culpable.
- B. Me siento culpable en muchas ocasiones.
- C. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- D. Siempre me siento culpable.

6. Escoja una opción

- A. No siento que esté siendo castigado.
- B. Siento que puedo ser castigado.
- C. Espero ser castigado.
- D. Siendo que estoy siendo castigado.

7. Escoja una opción

- A. No me siento decepcionado conmigo mismo.

-
- B. Me siento decepcionado conmigo mismo.
C. Estoy asqueado conmigo mismo.
D. Me odio.
8. **Escoja una opción**
A. No creo que sea peor que cualquier otra persona.
B. Soy crítico conmigo mismo acerca de mis debilidades o errores.
C. Siempre me estoy culpabilizando por mis fallos.
D. Me culpabilizo de todo lo malo que sucede.
9. **Escoja una opción**
A. No pienso en suicidarme.
B. Pienso en el suicidio, pero no lo llevaría a término.
C. Quisiera suicidarme.
D. Me suicidaría si tuviera oportunidad de ello.
10. **Escoja una opción**
A. No lloro más de habitual.
B. Lloro más de lo que solía.
C. Ahora siempre estoy llorando.
D. Antes solía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.
11. **Escoja una opción**
A. Las cosas no me irritan más de lo que me irritaban antes.
B. Estoy algo más irritado que de costumbre.
C. Estoy irritado gran parte del tiempo.
D. Siempre estoy irritado.
12. **Escoja una opción**
A. No he perdido el interés por las demás personas.
B. Estoy menos interesado en las otras personas de lo que solía estarlo.
C. He perdido gran parte de mi interés en las otras personas.
D. He perdido todo mi interés en las otras personas.
13. **Escoja una opción**
A. No tengo ningún problema en seguir tomando decisiones.
B. Pospongo tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.
C. Tengo mucha más dificultad que antes en tomar decisiones.
D. Soy incapaz de tomar decisiones.
14. **Escoja una opción**
A. No creo que tenga peor aspecto que antes.
B. Me preocupa el hecho de volverme viejo o poco atractivo.
C. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
D. Creo que soy feo.
15. **Escoja una opción**
A. Puedo realizar mis tareas como antes.
B. Me cuesta un esfuerzo extra ponerme a hacer algo.
C. Tengo que esforzarme mucho si quiero hacer algo.
D. No puedo hacer ningún trabajo.
16. **Escoja una opción**
A. Puedo dormir tan bien como siempre.
B. No puedo dormir tan bien como antes.
-

-
- C. Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 - D. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

17. Escoja una opción

- A. No me canso más de lo habitual.
- B. Me canso con más facilidad de la acostumbrada.
- C. Me canso si hago cualquier cosa, por pequeña que sea.
- D. Estoy demasiado cansado para hacer algo.

18. Escoja una opción

- A. Sigo teniendo el mismo apetito.
- B. Mi apetito ha disminuido.
- C. Apenas tengo apetito.
- D. Ya no tengo ningún apetito.

19. Escoja una opción

- A. No he perdido nada de peso.
- B. He perdido más de 2 kilos de peso.
- C. He perdido más de 5 kilos de peso.
- D. He perdido más de 7 kilos de peso.

20. Escoja una opción

- A. No estoy más preocupado de lo habitual por mi salud.
- B. Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestar en el estómago o estreñimiento.
- C. Me preocupan tanto mis problemas físicos que me resulta difícil pensar en otra cosa.
- D. Me preocupan tanto mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.

21. Escoja una opción

- A. Recientemente no he notado cambios en mi interés por el sexo.
 - B. Tengo menos interés por el sexo del que solía tener.
 - C. Casi no tengo interés por el sexo.
 - D. He perdido completamente mi interés por el sexo.
-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....

Acepto voluntariamente participar de la investigación titulada “Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes con VIH/SIDA del programa Targa del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco - 2017”. En la que se mantendrá en reserva y estrictamente confidencial mi identidad.

Me encuentro informado sobre los fines de esta presente investigación.

Firma del investigador

Firma del participante