



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TESIS

**NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES
VIVIENDO CON VIH/SIDA INTEGRADAS EN UNA
ASOCIACION CIVIL PRIVADA DE CHICLAYO.**

JULIO- NOVIEMBRE, 2016

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autor (es):

Bach. Díaz Chiroque Claudia

Bach. Serrato Rojas Kimberly del Milagro

Pimentel 23 de Febrero del 2017

**NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA
INTEGRADAS EN UNA ASOCIACION CIVIL PRIVADA DE CHICLAYO. JULIO-
NOVIEMBRE, 2016**

Aprobación del informe de investigación

Mg. Sc. Chávarry Ysla Patricia del Rocío

Asesor metodólogo

Mg. Elías Bravo Úrsula Elisa

Asesor especialista

Mg. Medina Saldaña Britaldo Filadel

Presidente del jurado de tesis

Dra. Arias Flores Cecilia Teresa

Secretario del jurado de tesis

Mg. Elías Bravo Úrsula Elisa

Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada a Jehová que nos regaló la vida y salud para desarrollar con constancia y sacrificio este proyecto. A nuestros padres Maribel Chiroque Limo, Arturo Díaz Eneque, Israel Serrato Pacherras, y Zarela Rojas Rodriguez quienes son el motor de nuestras vidas y a quienes le debemos todo lo que somos, gracias por el apoyo brindado tanto emocional y económico, sus consejos y sobre todo la dicha que tenemos de que se encuentren en nuestras vidas.

A nuestros hermanos Mathias y Kassandra; que nos regalan día a día su sonrisa y nos impulsan en el logro de nuestras metas a pesar de los obstáculos que afrontamos.

Y por último a las personas que forman una parte importante en nuestras vidas, nuestros amigos que nos proporcionan apoyo incondicional en los buenos y difíciles momentos de nuestras vidas.

Las autoras:
Claudia y Kimberly

AGRADECIMIENTO

A nuestras asesoras de tesis Mg. Sc. Chávarry Ysla Patricia del Rocío y Mg. Elías Bravo Úrsula Elisa; quienes nos proporcionaron ayuda en las dificultades que afrontamos en esta investigación. Gracias por el apoyo y confianza en nuestra investigación y su capacidad para encaminar nuestras ideas, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación como investigador en salud. Esto ha sido un aporte invaluable hacia nosotras.

A las personas que contribuyeron con nuestra formación profesional, nuestros profesores de la escuela académico profesional de la escuela de enfermería de la Universidad Señor de Sipán que recordamos con sentimiento de 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 enfermeras con enfoque humanístico.

Agradecemos en especial a todas las mujeres que viven con VIH/SIDA que participaron en el estudio; gracias por compartirnos sus experiencias y colaborar en el desarrollo de cuestionarios.

Sin restar importancia agradecemos también a nuestra directora de escuela Mg. Gonzales Carhuajulca Doris; 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 Señor de Sipán por ser nuestra alma mater en proporcionarnos conocimientos y valores para el desarrollo de excelentes profesionales para el futuro.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- 1.1. Situación problemática.....
- 1.2. Formulación del problema.....
- 1.3. Delimitación de la investigación.....
- 1.4. Justificación e importancia de la investigación.....
- 1.5. Limitaciones de la investigación.....
- 1.6. Objetivos de la investigación.....

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes de estudios.....
- 2.2. Estado del arte.....
- 2.3. Base teórica científicas.....
- 2.4. Definición términos básicos.....

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

- 3.1. Tipo y diseño de investigación.....
- 3.2. Población y muestra.....
- 3.3. Hipótesis.....
- 3.4. Variables.....
- 3.5. Operacionalización.....
- 3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....
 - 3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....
 - 3.6.2. Instrumentos de recolección de datos.....
- 3.7. Procedimiento para la recolección de datos.....
- 3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos.....
- 3.9. Principios éticos.....
- 3.10. Criterios de rigor científico.....

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

- 4.1. Resultados en tablas y figuras.....

TABLA 01: Nivel de ansiedad en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016.....

TABLA 02: Nivel de depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016.....

TABLA 03: Relación nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016.....

4.2. Discusión de resultados

CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....

5.2. Recomendaciones.....

REFERENCIAS.....

ANEXOS

ANEXO 01: Declaración jurada.....

ANEXO 02: Consentimiento informado.....

ANEXO 03: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....

ANEXO 04: Ficha técnica del instrumento de ansiedad.....

ANEXO 05: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....

ANEXO 06: Ficha técnica del instrumento de depresión.....

RESUMEN

La prevalencia de trastornos emocionales en personas infectadas por el VIH/SIDA, es considerablemente más alta que en la población general. Teniendo como población objetivo a las mujeres con VIH/SIDA quienes además de presentar malestar subjetivo; puede producirse en ella ansiedad y/o depresión. El presente estudio: “Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio–Noviembre, 2016”, tiene como objetivo general: determinar los niveles de ansiedad y depresión en dicha población. Esta investigación se justifica porque las cifras de ansiedad y depresión en personas que padecen de VIH/SIDA van en aumento, afectando especialmente a mujeres. La metodología empleada fue cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 50 mujeres. La información se recolectó a través del test de ansiedad y depresión de Beck, publicado en U.S.A en 1996 y actualizado en 2011. Con una confiabilidad de 0,90 por el método del alfa de Cronbach.

Los resultados obtenidos sobre nivel de ansiedad en mujeres fueron: 36% ansiedad baja; 42% ansiedad moderada y 22% ansiedad grave. Y los niveles de depresión tiene como resultados: 2% ausencia de depresión; 24% depresión leve; 44% depresión moderada y 30% depresión grave.

Por lo que se concluye que, los niveles de ansiedad y depresión que se evidenciaron en las mujeres de la asociación “Viviendo en Positivo”, fueron moderados. Y a la vez alarmante ya que existe un alto porcentaje de mujeres en riesgo por sintomatología ansiosa (62%) y depresiva (74%) en niveles moderados y graves.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, VIH/SIDA, mujeres.

ABSTRACT

The prevalence of emotional disturbances in people infected with HIV/AIDS is considerably higher than in the general population. Target population is women with HIV/AIDS who, in addition to presenting subjective discomfort; Anxiety and / or depression may occur. The present study: "Level of anxiety and depression in women living with HIV / AIDS integrated into a private civil association of Chiclayo. July-November, 2016, "aims to: Determine levels of anxiety and depression in this population. This research is justified because the numbers of anxiety and depression in people with HIV / AIDS are increasing, especially affecting women. The methodology used was quantitative, descriptive cross-sectional, with a sample of 50 women. Data were collected through Beck's anxiety and depression test, published in U.S.A in 1996 and updated in 2011. With a reliability of 0.90 by the Cronbach's alpha method.

The results obtained on anxiety level in women were: 36% low anxiety; 42% moderate anxiety and 22% severe anxiety. And the levels of depression results in: 2% absence of depression; 24% mild depression; 44% moderate depression and 30% severe depression.

Therefore, it is concluded that the levels of anxiety and depression that were evidenced in the women of the association "Living in Positive", were moderate. And at the same time alarming since there is a high percentage of women at risk for anxious (62%) and depressive (74%) symptomatology at moderate and severe levels.

Key words: Anxiety, depression, HIV / AIDS, women.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no es lo mismo que síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH posee la capacidad de infectar a las células del sistema inmunitario a través de una infección persistente que se expresa clínicamente después de un tiempo¹.

Actualmente el hecho de vivir con VIH/SIDA causa problemas físicos y emocionales. Teniendo mayor prevaletencia los problemas emocionales; afectando en gran medida la calidad de vida de las personas que padecen de esta enfermedad³. Entre los problemas emocionales que padecen encontramos a los más importantes ansiedad y depresión; evidenciándose generalmente en la población femenina por ser la más vulnerable y estigmatizadas en comparación con la población masculina⁴.

A nivel mundial durante el año 2014; 36,9 millones de personas vivían con el VIH; de las cuales casi la mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres⁵. Los problemas de salud emocional en las personas que viven con VIH/SIDA como la ansiedad y la depresión constituyen un problema médico actual; por ello se determinó e identificó los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres integradas en una asociación privada civil privada de Chiclayo.

Además las cifras de ansiedad y depresión en personas que padecen de VIH/SIDA van en aumento, afectando especialmente a mujeres¹⁶. El conocer cuál es el nivel de ansiedad y depresión en las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil de Chiclayo permitió brindar datos estadísticos sobre dicha problemática y fomentar en ellas una disposición para recibir atención psicológica con el fin de mejorar su salud emocional y el proceso de su enfermedad. Además ayudó a los profesionales encargados de la atención psicológica a brindar

una atención enfatizada en estrategias para el manejo de ansiedad y depresión en dicha población en estudio.

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

El capítulo I: titulado problema de investigación; se presenta la realidad problemática desde el punto de vista internacional, nacional y local, luego la formulación del problema, la delimitación de la investigación, la justificación e importancia del estudio, las limitaciones y los objetivos que direccionan el estudio.

El capítulo II: denominado “Marco Teórico”, se detallan los antecedentes de estudios desde un punto internacional, nacional y regional; dentro del cual se considera el estado del arte, bases teóricas científicas y definición de términos básicos con respecto a las variables de estudio.

El capítulo III: corresponde al “Marco Metodológico”, en el cual se presenta el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, la hipótesis, variables con sus respectivas definiciones y operacionalización, el abordaje metodológico, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el análisis estadístico e interpretación de los datos, los principios éticos y rigor científico empleados en esta investigación.

El capítulo IV: denominado análisis e interpretación de los resultados en el cual se analizan los datos de los cuestionarios aplicados a la población en estudio, se detallan los resultados en tablas y gráficos con su respectiva discusión.

El capítulo V: corresponde a las conclusiones y recomendaciones a las que se ha llegado en base a los objetivos propuestos.

Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) sino se diagnostica y trata a tiempo infectando las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función¹. El VIH puede ocasionar pocos o incluso ningún síntoma por unos diez años antes de que se desarrollen los síntomas del SIDA².

La prevalencia de trastornos emocionales en personas infectadas por el VIH/SIDA, es considerablemente más alta que en la población general. El virus suele concentrarse en poblaciones muy vulnerables, marginadas y estigmatizadas; en particular se evidencia en población en riesgo como personas promiscuas, trabajadoras sexuales, homosexuales, los consumidores de drogas y las personas privadas de su libertad, que tienen niveles más altos de trastornos mentales que la población general. Entre las personas infectadas por el VIH es común que presenten un grado mayor de angustia psicológica, que a menudo parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección por VIH. Por otro lado los estilos de afrontamiento pueden configurar la experiencia de síntomas depresivos y la posibilidad de ocuparse de sí mismo³.

Así mismo el VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica, lo cual se evidencia en hombres y mujeres siendo más vulnerables las mismas ya que suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el

acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o de amigos⁴. Por ello se debe determinar los niveles de ansiedad y depresión; para que dichos trastornos se traten adecuadamente, dependiendo el nivel de complejidad que presenten.

El VIH/SIDA a nivel mundial comprende una epidemiología actual compleja, dinámica que eleva las tasas de mortalidad en la población. A nivel mundial durante el año 2014; 36,9 millones de personas vivían con el VIH; de las cuales 2 millones de personas se infectaron con el VIH en el año 2014⁵.

Según la OMS, a nivel mundial las mujeres representan casi la mitad de las personas que viven con el VIH. Esta proporción es mayor en algunas partes del mundo. Hoy son casi 15.5 millones de mujeres que viven con VIH/SIDA a nivel mundial, de los cuales, más de tres cuartos residen en África. La región menos afectada es la del Pacífico Occidental en donde sólo el 28 por ciento de los adultos infectados son mujeres⁶.

Estadísticas muestran que África subsahariana presenta mayor índice de personas que viven con VIH; donde había 25,8 millones de personas infectadas por el VIH en el 2014. “Las mujeres representan más de la mitad del número total de personas que vivían con el VIH en la región. En 2014, se estima que se produjeron 1,4 millones nuevas infecciones por el VIH en el África subsahariana”⁷.

Las regiones de Europa Occidental y Central y América del Norte presenta menor índice de Personas que viven con el VIH durante el 2014. En promedio son 2,4 millones de personas⁸. En América Latina durante el 2014 había 1,7 millones de personas que vivían con el VIH; actualmente se estima que se produjeron 87 000 nuevas infecciones por el VIH. El país que presenta mayor índice de personas que viven con VIH es Brasil con un promedio de

610,000 a 1 000,000 habitantes y él que presenta menor índice de personas que viven con VIH es Costa Rica con 8,800⁹.

De acuerdo a los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Peruano, basado en los casos de VIH y SIDA notificados desde el año 1983 en que se reportó el primer caso de SIDA en el país, hasta el 2016, se han notificado un total de 64 955 casos de VIH y 34 990 casos de SIDA¹⁰.

En los primeros años de la epidemia, la razón de masculinidad de casos de SIDA presento cifras altas. A partir de 1990 este indicador fue disminuyendo; siendo en el 2012 de 3.4 hombres por una mujer. En el año 2012; la población masculina con VIH era de 787 personas y la femenina era de 233 personas; observando aquí una gran diferencia donde la población femenina peruana que vive con VIH ocupa un menor porcentaje a comparación de la masculina. Actualmente el Perú presenta una alta incidencia de VIH/SIDA en personas jóvenes de entre 20 a 29 años¹¹.

La región de Lambayeque durante los años 2004 al 2015 presenta 1425 notificaciones de VIH, 476 notificaciones de SIDA y para agosto del 2016 existen 129 notificaciones de VIH y 45 de SIDA¹². Lo que revela un importante número de personas que padecen esta enfermedad en nuestra región, y que año con año van en aumento.

Respecto a la problemática de ansiedad y depresión en las mujeres que viven con VIH/SIDA; existen diferentes estudios. Un estudio correccional compuesto por una muestra de 47 mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA atendidas en la institución de salud del Cali – Colombia; dio como resultado general de la muestra que el 23,4% de mujeres presentan indicadores clínicos de ansiedad, el 10,63% de depresión¹³.

Otra investigación donde participaron 100 pacientes con VIH/SIDA. De entre ellos, 37 eran mujeres y 63 varones que acudían a visitas médicas a diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España); donde se muestran un 22.13 % de ansiedad en mujeres y 21.28 % en hombres. De acuerdo con el análisis realizado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en cuanto a síntomas de ansiedad. Así mismo un 12.21 % de mujeres y 14.62 % de varones presentan depresión. Este resultado es interesante, pues en la población normal se da la condición inversa, es decir, existe una mayor proporción de mujeres con depresión. Concluyendo que, se podría estudiar en el futuro qué factores influyen para que los varones padezcan más síntomas depresivos¹⁴.

Una investigación de tipo correlacional con una muestra de 50 personas; entre ellos 26 hombres y 24 mujeres diagnosticados con VIH/SIDA en un hospital de Lima – Perú concluye que el 56% presenta un nivel de depresión mínimo, el 8% leve, el 16% moderado y el 20% tiene un nivel de depresión severo. 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 mismos¹⁵.

La persona viviendo con VIH/SIDA, no solo experimenta síntomas físicos, sino que a su vez esto le genera problemas emocionales como tristeza, sentimientos de culpa, rechazo al tratamiento por lo prolongado del mismo, temor al no saber si logrará la curación completa, miedo a la muerte y en relación a lo social tendrá el estigma que produce la enfermedad. Por ello tener una enfermedad altamente contagiosa como el VIH/SIDA, el entrar a un programa de tratamiento antirretroviral prolongado y supervisado,

los problemas familiares, sociales y económicos que tiene que vivir el paciente con VIH/SIDA; podrían afectar su estado psicológico, su interacción social de forma negativa, su autoestima y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad¹⁶.

Las investigadoras al realizar sus prácticas comunitarias por la estrategia de TARGA del Hospital Referencial de Ferreñafe tuvieron contacto directo con algunas mujeres portadoras de VIH/SIDA quienes pertenecen a una asociación civil privada. Dicha asociación se inició en la región Lambayeque en el año 2003; cuya meta es salvar vidas a través de la captación de pacientes con VIH/SIDA y vincularlos a un programa TARGA de los diferentes hospitales de la región. En aquellas mujeres viviendo con VIH/SIDA se evidencio expresiones de tristeza, ganas de llorar, cansancio, además de nerviosismo y preocupación y eso se reflejó en lo que manifestaron: “me siento triste, pesimista, a veces tengo ganas de llorar y me siento cansada”, así mismo refirieron: “estoy nerviosa, preocupada, mi tratamiento me sanara, son muchas pastillas las que tomo”.

Frente a esta problemática las investigadoras se plantearon la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema:

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio – Noviembre, 2016?

1.3. Delimitación de la investigación

El presente estudio se enfocó en las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo durante los meses de julio- noviembre del 2016.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

Las personas que padecen una enfermedad médica crónica como el VIH/SIDA experimentan un fuerte impacto psicológico en su vida; que se acompaña de emociones complejas y cambiantes. Las investigaciones demuestran que las mujeres que viven con VIH/SIDA son más vulnerables a padecer de trastornos de salud mental en los que prevalecen la ansiedad y depresión¹⁷.

Ésta investigación se justificó porque las cifras de ansiedad y depresión en personas que padecen de VIH/SIDA van en aumento, afectando especialmente a mujeres¹⁵. Por ello esta investigación determinó el nivel de ansiedad y depresión en mujeres que viven con VIH/SIDA; permitiendo brindar resultados estadísticos sobre dicha problemática.

Para que estos resultados generen en los profesionales de la salud de dicha asociación, encargados de la población en estudio la implementación de estrategias en el manejo de salud mental; evitando así problemas emocionales que perjudiquen aún más el proceso de la enfermedad, pues sabemos que muchas veces los problemas físicos disminuyen cuando se maneja adecuadamente la salud emocional.

Este estudio fue motivado y abordado, debido a que durante nuestra rotación de prácticas comunitarias por el programa TARGA encontramos a mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada ; en la cual pudimos entablar contacto enfermera-paciente evidenciando que el hecho de vivir con VIH/SIDA muchas veces genera en ellas problemas emocionales como ansiedad y depresión.

El aporte de esta investigación a la escuela de enfermería, fue contribuir con un nuevo tema de problemática social, para así abrir nuevas

investigaciones que puedan crear estrategias en el manejo de la ansiedad y depresión; y así mismo destacar la eficacia del rol enfermero en cuanto a la salud emocional de las mujeres que viven con VIH/SIDA, teniendo en cuenta actividades de apoyo emocional y el manejo adecuado de los aspectos psicológicos que reconforten su estado anímico, y generen un impacto positivo en su salud.

Los beneficiados con esta investigación fue la población femenina viviendo con VIH/SIDA integrada en una asociación civil privada de Chiclayo. En esta población se identificó el nivel de ansiedad y depresión que presentan, ya que son personas muy susceptibles y vulnerables a estos cambios emocionales. Por ende, posteriormente será tratado de manera adecuada por los profesionales de la salud y así evitar consecuencias que dañen o empeoren la salud de la persona.

Según la teoría de enfermería psicodinámica de Peplau permite “entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”¹⁸, relacionando esto con nuestro tema de investigación al determinar el nivel de ansiedad y depresión en las mujeres viviendo con VIH/SIDA vamos a poder intervenir adecuadamente en su salud emocional; si es que esta se encuentra alterada.

Por ello esta teoría nos permitió aplicar las cuatro fases en la relación enfermera/o paciente para reconocer, entender su problema y determinar qué tipo de ayuda necesita; ya que muchas veces estas personas no son escuchadas y se pasa por alto los problemas emocionales que surgen a raíz de esta enfermedad. Además influyó en su disposición para recibir apoyo profesional e involucrarse totalmente, con el único fin de afrontar positivamente el proceso de su enfermedad.

1.5. Limitaciones de la investigación:

La presente investigación tuvo como principal factor limitante la poca asistencia diaria de población femenina a la asociación; debido a esto se adoptó medidas para llevar un control de asistencia de dicha población femenina teniendo que visitar diariamente la asociación, realizar reuniones extramurales e ir de casa por casa con el fin de aplicar dichos instrumentos a la población en estudio.

1.6. Objetivos de la investigación:

Objetivo general:

Determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio-noviembre, 2016

Objetivos específicos.

Identificar el nivel de ansiedad en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016.

Identificar el nivel de depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Gómez *et al.* (2014). Colombia. Ansiedad, depresión y calidad de vida en personas adultas con VIH/SIDA y deterioro cognitivo leve. Este es un estudio cuantitativo con diseño exploratorio descriptivo que tuvo por objeto describir la ansiedad, depresión y percepción de calidad de vida en 35 pacientes con VIH/SIDA con deterioro cognitivo leve, seleccionados por conveniencia. Se aplicaron 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. Además, se realizó una entrevista semiestructurada para profundizar en la evaluación de estas tres variables. Dentro de los resultados se evidenció que todos los pacientes presentan algún nivel de ansiedad y de depresión, evalúan su calidad de vida en un punto medio; ni óptima ni baja¹⁹.

Carmona y Garcete. (2013). Paraguay. Niveles depresivos y estados de ansiedad en personas que viven con VIH / SIDA. La temática de esta investigación se vinculó a los niveles de ansiedad y depresión que predominan estas. La metodología es cuantitativa, el diseño no experimental del tipo descriptivo correlacional y transversal; el estudio se realizó en el Instituto de Medicina Tropical (IMT) y el Programa Nacional de Control del SIDA / ITS (PRONASIDA) durante el año 2012 – 2013, con un universo aproximado de 2.000 personas 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 se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE SxE). Se concluyó que existe una correlación positiva significativa entre, los niveles de depresión y estado de ansiedad²⁰.

Montalván P., Sánchez TD. (2011). Ecuador. Trastornos ansioso – depresivos y su relación con los diagnósticos de VIH-SIDA en los pacientes que son atendidos en el Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el periodo Junio – Diciembre 2011. El presente estudio cuantitativo fue descriptivo y experimental, el universo y la muestra la constituyeron 22 pacientes en edades comprendidas de 20 a 70 años, se inició esta investigación con la finalidad de ver cómo se relaciona la ansiedad y la depresión con los diagnósticos de VIH-SIDA. Entre los resultados más relevantes podemos mencionar los siguientes: La población más afectada con diagnóstico de VIH/SIDA fue de los 21 a 30 años correspondiendo a los adultos jóvenes, de estado civil casados y con mayor prevalencia en el género femenino que el masculino, siendo la vía de transmisión sexual la más frecuente para contraer el virus. La intensidad de ansiedad y depresión encontrada en mayor índice fue la grave y finalmente los rasgos de personalidad dependientes predominan en los pacientes estudiados²¹.

Díaz TI, Galindo SJ, Ortega RM. (2010). México. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En esta investigación cuantitativa se realizó una encuesta transversal a los pacientes que acuden a consulta externa de Infectología con el diagnóstico de VIH/SIDA, se utilizó el cuestionario clínico de Síndrome Depresivo de Calderón-Narváez para determinar los niveles de depresión. Además para determinar la existencia de diferencias significativas entre los niveles de depresión y las variables de estado civil, carga viral, esquema de tratamiento y número de esquema, se

realizaron tablas de contingencia y posteriormente se realizaron pruebas de hipótesis sobre la proporción con un $D=0.05$ mediante el estadístico Z. De los 160 pacientes entrevistados; el 70.63% obtuvo puntuaciones normales en el cuestionario clínico de depresión, 10.63% calificó con ansiedad generalizada, 18.13% se encontró con depresión moderada, y 0.63% con depresión severa. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y los esquemas de tratamiento antirretroviral. Se observó una diferencia significativa entre los niveles de depresión y el género, la carga viral, y el número de esquema de tratamiento²².

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Sadot J. *et al.* 2012, Piura – Perú. Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA. Esta Investigación es de tipo descriptiva-correlacional, observacional, transversal; el instrumento aplicado para la recolección de datos fue la Escala de Hamilton para la Depresión. De la cual se concluye que la incidencia de depresión en la población estudiada que recibe tratamiento antirretroviral 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 ello 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 este un factor de riesgo para una mala adherencia al tratamiento médico y posterior abandono del mismo²³.

Natali R. Alcántara Zapata, 2008, Lima – Perú. Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. La investigación es de tipo correlacional dado que pretende conocer y medir la relación existente entre las dos variables, para la cual se aplicaron los siguientes instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición y una encuesta sociodemográfica, de la cual se concluye que, 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. 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 mismos²⁴.

2.1.3. Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes locales relacionados a este tema de investigación, lo cual hace más relevante el estudio.

2.2. Estado del arte

Existen investigaciones que demuestran la existencia de trastornos emocional de las mujeres con VIH/SIDA. Los cuales engloban diferentes categorías.

El estudio correlacional de variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA describe datos sociodemográficos, características biomédicas, psicosociales y variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA; destacando en esta última problemas

como depresión, ansiedad, inadecuada percepción de control sobre la salud. Se observaron mayores puntajes de ansiedad y de depresión en mujeres que no tienen pareja diagnosticada con VIH/SIDA. Con estos resultados se corrobora que existen niveles de ansiedad y depresión en la población femenina que vive con VIH/SIDA²⁵.

La Organización de Estados Ibero- Americanos (OEI) bajo el tema VIH/SIDA: abordaje psicológico describe los problemas psicológicos más frecuentes que afectan a las personas que viven con VIH/SIDA como la ansiedad y depresión y la manifestación que estos 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”²⁶.

Elisama Beltrán de la Rosa en su monografía estado emocional de la mujer con VIH identifica las situaciones de impacto en la mujer ante el VIH/SIDA; donde enfoca emociones como depresión, culpa, ansiedad, agresividad, represión de la sexualidad, sentimientos de abandono que afectan sus contactos e interacción social y familiar; aumentando las expectativas de muerte. Además describe factores socio-económicos como la desintegración familiar, muerte o enfermedad de la pareja, hijos seropositivos, reacciones de amigos, vecinos, compañeros de trabajo²⁷. “Todos estos factores llevan a la mujer a diferentes situaciones estresantes, que abanderan la mayor crisis emocional, favoreciendo o desfavoreciendo su auto cuidado y autoprotección con la adopción de una actitud reactiva que al adolecer de la pro actividad necesaria, generan en ella el estancamiento y bloqueo de una evolución positiva del proceso”²⁸.

Como vemos estas investigaciones reconocen que existen alteraciones emocionales que manifiestan las mujeres que viven con VIH/SIDA donde prevalecen dos trastornos más frecuentes como lo son

ansiedad y depresión; siendo de gran importancia su estudio ya que alteran y producen desordenes en el estado emocional de ésta población.

2.3. Base teórica científicas

2.3.1. Teoría psicodinámica de Hildergard Peplau

La teoría psicodinámica de Hildergard Peplau es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica.

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”¹⁸.

La relación que existe entre la teoría y el tema de investigación está presente en: entender la conducta de las personas que viven y luchan con esta enfermedad VIH/SIDA. Esto se logrará al identificar el nivel de ansiedad y depresión de las mujeres con VIH/SIDA.

Para lograr aplicarla se establecerán las cuatro fases de la relación enfermero- paciente que describe Hildergard Peplau en su teoría.

En la primera fase, orientación, el individuo tiene una “necesidad insatisfecha” y precisa apoyo profesional. En esta fase se ayuda a reconocer, entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

En la segunda fase, identificación, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle, va reconocer al personal que le brinda apoyo y se va a establecer una relación enfermero –paciente.

La tercera fase, explotación, el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece; aprovecha al máximo la relación establecida. En la última fase, resolución, el paciente se libera de su identificación con el enfermero²⁹.

Peplau identifica dos supuestos explícitos: el aprendizaje de cada paciente cuando recibe una asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea el enfermero. Esto implica brindar una consejería personalizada dependiendo del tipo de paciente. En relación con nuestra investigación dicha consejería se brindara después de conocer el nivel de ansiedad y depresión de las mujeres que viven con VIH/SIDA; ya que cada persona es un sujeto diferente. El otro supuesto explícito nos menciona que es función de enfermería estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez; por ello el determinar el nivel de ansiedad y depresión de la población en estudio ayudará en la intervención emocional positiva para el desarrollo de su personalidad³⁰.

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto nos permite enseñar a los pacientes cómo debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. Además este sistema conceptual de las relaciones interpersonales está encaminado al desarrollo de la capacidad de los enfermeros/as para emplear estos conceptos¹⁸.

Según sus metaparadigmas para Peplau la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad. Define salud como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. La relación interpersonal entre

enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades³¹.

Papeles de la enfermería

Peplau describe seis papeles o roles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o paciente. En el papel de extraño, Peplau afirma que el enfermero/a y el paciente no se conocen; por ello no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es.

El papel como persona a quien recurrir, el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados.

El papel docente, es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”.

El papel conductor, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.

El papel de sustituto, el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto. Aquí las actitudes y conductas del enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior.

En el último papel de asesoramiento, Peplau opina que es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la

relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente.

Como vemos enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales³².

En esta investigación se toma como base la teoría psicodinámica de Hildergard Peplau porque está enfocada en el manejo de la salud mental tratando problemas como la ansiedad y depresión; en la cual está basada esta investigación. Además esta teoría permitirá que las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada “Viviendo en positivo”, estén dispuestas a recibir apoyo emocional; donde será la enfermera quien entablará una buena relación interpersonal cumpliendo con los seis papeles de enfermería que describe Peplau en su teoría.

2.3.2 Ansiedad

Definición:

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente de estímulos externos o de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral³³. La ansiedad “es considerada como una reacción del Yo a las demandas inconscientes de los conflictos intra psíquicos de carácter generalmente inconsciente”. Según esta definición la ansiedad es consecuencia de los conflictos intra psíquicos manifestados de manera inconsciente³⁴.

“Es un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos negativos como tensión y síntomas fisiológicos como palpitaciones, temblor, náuseas y vértigo”. La ansiedad es una sensación que presentamos ante situaciones que valoramos como amenaza o riesgo. Esta situación alerta al cerebro; el cual promueve la respuesta adecuada;

cuya finalidad es utilizar al máximo nuestros recursos para enfrentarse al problema; teniendo siempre como objetivo de fondo el instinto de supervivencia³⁵.

En opinión de las autoras la ansiedad es un mecanismo de adaptación natural que nos permite estar alerta ante sucesos que comprometen nuestra vida ; la cual proporciona un adecuado componente de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Sin embargo cuando esta se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, se la considera un trastorno.

Para los pacientes con VIH/SIDA la ansiedad no es sólo un factor limitante debido a la activación fisiológica sino que también les limita debido a la disminución de reactividad inmunológica que se presenta durante estos episodios; esta situación es problemática debido a que la ansiedad también se encuentra relacionada directamente con la toma de medicamentos antirretrovirales³⁶.

En cuanto a la ansiedad, se ha investigado su relación con la infección por el VIH manifestando que esta varía en función del estadio de la infección. A su vez, una mayor percepción de control de la salud por parte del paciente supone un descenso en los niveles de ansiedad. De esta manera, si la persona percibe que tiene cierto control sobre la enfermedad, es decir, si la persona cree que puede influir sobre ella y se siente capaz de afrontarla, se produce un descenso en los niveles de ansiedad³⁷.

Causas:

Todo trastorno emocional en la vida del ser humano tiene sus causas; es por ello que la ansiedad puede ser parte de la composición genética y bioquímica; así como de los diferentes tipos de personalidad. Además existen

factores externos que pueden generar ansiedad como el entorno, situaciones estresantes o un evento traumatizante³⁸.

Existen tres factores que causan ansiedad: predisposicionales, activadores o desencadenantes y de mantenimiento. Dentro de los factores predisposicionales encontramos a los biológicos; aquellos que pueden heredarse a través de los genes como los tipos de personalidad, estilos de vida inapropiados y los factores ambientales como el aprendizaje, contexto y apoyo social. Entre los factores activadores o desencadenantes encontramos situaciones o acontecimientos que son vividos como desbordantes de recursos, consecuencias graves o que exigen importantes esfuerzos adaptativos y el consumo de estimulantes u otras drogas. Como tercer factor causante de ansiedad tenemos al de mantenimiento; está ligado a la gestión de la propia ansiedad como el “miedo al miedo”, la pérdida de condiciones o facultades por la propia ansiedad que dificultan el afrontamiento de los problemas y soluciones. Los problemas de ansiedad se producen por una combinación de alguno de estos factores durante un período de tiempo³⁹.

Síntomas:

Los síntomas de ansiedad alcanzan niveles muy elevados en personas que sufren uno o varios trastornos de ansiedad. La mayor parte de los pacientes sufren dos o más de estos trastornos al mismo tiempo; sólo un tercio de los pacientes con trastornos de ansiedad es diagnosticado de un único trastorno de ansiedad. Las manifestaciones de ansiedad se dan en tres niveles: cognitivo-subjetivo, fisiológico- somática y motor-conductual⁴⁰.

Dimensión cognitiva-subjetivo: este componente está relacionado con la propia experiencia interna de cada ser humano, e incluye una infinidad de variables relacionadas con la recepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Aquellos síntomas son

preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc. Se le conceden a estos síntomas la función de percibir y evaluar los estímulos o manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta⁴⁰.

Dimensión fisiológico- somática: la ansiedad está condicionada por la actuación de determinadas estructuras cerebrales como la actuación del hipotálamo. Desde un punto de vista fisiológico, la aparición de la ansiedad está condicionada por descargas de adrenalina⁴¹.

La ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica de tipo externo: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, molestias en el estómago, tiritar, etc⁴⁰.

Dimensión motor-conductual: es aquella que involucra los cambios de conducta observando la expresión facial, movimientos y posturas corporales; aunque principalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad. Entre los principales síntomas tenemos: evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc⁴².

En muchos casos, la ansiedad de una persona está provocada por sus propias manifestaciones de ansiedad, por ejemplo la mayoría de personas

temen padecer de ansiedad; este temor ya está produciendo ansiedad en ellas⁴².

Tipos:

Una clasificación general de la ansiedad menciona tres tipos de ansiedad: ansiedad muy baja, ansiedad moderada y ansiedad severa.

La ansiedad muy baja o normal es aquella defensa ante un estímulo amenazante real, siempre es adaptativa y adecuada en grado y tiempo al estímulo que lo provoca; no interfiere significativamente en la capacidad de respuesta del sujeto. Hablamos de ansiedad moderada a aquella que genera sensaciones inquietantes, normalmente nos hace sentir nerviosos o agitados; donde nuestros sentidos y percepción están alerta ante cualquier amenaza. La ansiedad severa se experimenta cuando no logramos dejar de preocuparnos y constantemente sentimos que hay algo que puede salir mal. En este punto se agudiza y profundiza el temor⁴³.

La ansiedad cuando es prolongada en tiempo genera un trastorno. Dichos trastornos se contemplan dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud:

Trastorno Fóbico: son miedos intensos e irracionales hacia objetos o situaciones específicos. Los trastornos fóbicos difieren de los trastornos de ansiedad generalizada y de los trastornos de pánico en que hay un estímulo específico e identificable que produce la reacción de ansiedad.

Las fobias pueden tener un efecto mínimo en la vida de quienes las padecen si logran evitar los estímulos que las producen. Existen tres tipos de fobias: la agorafobia es la ansiedad de estar en lugares o situaciones donde podría ser difícil o vergonzoso escapar si una persona sufre un ataque de pánico, las fobias específicas se caracterizan por un miedo intenso y

permanente de objetos o situaciones concretas y por último la ansiedad social o la fobia social se caracteriza por un miedo a situaciones sociales o públicas.

Trastorno de pánico: se caracteriza por ataques de pánico que pueden durar desde unos cuantos segundos hasta varias horas. A diferencia de las fobias los trastornos de pánico no son provocados por ningún estímulo identificable. Aunque los síntomas difieren de una persona a otra, son comunes las palpitaciones cardíacas, la falta de aliento, la sudoración excesiva, los desmayos y mareos, un deseo intenso de orinar, sensaciones gástricas y en los casos extremos, una sensación de muerte inminente.

Trastorno de ansiedad generalizada: en este tipo de trastorno las personas experimentan una ansiedad constante y a largo plazo, sin saber su causa. Estas personas tienen miedo o se preocupan por algo, pero son incapaces de explicar de qué se trata. Debido a su ansiedad no pueden desempeñarse en forma normal, no logran concentrarse, no pueden apartar sus temores y sus vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Esta forma de ansiedad puede, al final, producir problemas fisiológicos debido a la gran tensión muscular y excesiva excitación.

Trastorno obsesivo - compulsivo: se trata de pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. En todo caso, el sujeto reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones.

El trastorno de estrés postraumático: es un trastorno de ansiedad provocado por un evento traumático importante, como una violación sexual o un trágico accidente. Se caracteriza por recuerdos perturbadores, “embotamiento” de emociones y dificultad para dormir⁴³.

Diagnóstico:

Para evaluar si un determinado paciente sufre ansiedad, es recomendable descartar la existencia de una enfermedad sistémica. Para ello, el médico debe tener en cuenta los siguientes aspectos: síntomas físicos que presenta, historia médica y psicológica anterior del paciente y de su familia, posibilidad de que sufra alguna enfermedad que genere trastorno de ansiedad, influencia de tóxicos como la cafeína, el cannabis o la cocaína y otras drogas de síntesis, desencadenantes de crisis de ansiedad y angustia en personas con predisposición.

Para continuar con el diagnóstico se debe realizar una entrevista semiestructurada y llegar a una comprensión global del paciente. Dicha revista es importante; ya que permite recoger la información necesaria para orientar el diagnóstico y se suele estructurar en cuatro fases: la fase preliminar cuyo objetivo es conocer el motivo de la consulta, en la fase exploratoria se le interroga al paciente acerca de sus síntomas, localización, intensidad, cronología y evolución, presencia de patologías orgánicas, factores desencadenantes directos, como cambios vitales, duelos, acontecimientos traumáticos, etc. También se recolecta datos sobre antecedentes personales como episodios maníacos, depresiones anteriores y datos de su entorno social que incluye creencias, expectativas, personalidad, afectividad y entorno sociofamiliar. En la tercera fase, la resolutive se resume los problemas, se informa al paciente de la naturaleza del problema y se solicita su implicación en la elaboración de un plan diagnóstico-terapéutico. En la fase final el médico ofrece al paciente una serie de recomendaciones que debe empezar a poner en práctica hasta la siguiente cita⁴⁴.

Por último existen un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de ayudar a detectar “posibles casos” de ansiedad. Estas escalas no son suficientes por sí mismas para establecer un diagnóstico, sino que permiten identificar a personas susceptibles de patología mental, que deben ser sometidas a un estudio más profundo.

Algunas de las escalas más utilizadas son la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, de Beck y la escala de Hamilton⁴⁵.

Tratamiento:

El tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de angustia (TA) intenta aliviar los síntomas, evitar las secuelas y ayudar o asesorar en la resolución de problemas psicosociales, buscando la efectividad. Dicho tratamiento en primera instancia implica terapias psicológicas; pero si este no surge efectos se le agrega la terapia farmacológica.

Tratamiento psicológico

Este tratamiento involucra la psicoterapia; que es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo. Aunque el abordaje psicoterapéutico se plantea desde numerosos enfoques teóricos, describimos, dentro de los diferentes modelos de intervención para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los dos grandes grupos en los que las investigaciones han centrado:

Terapias cognitivo-conductuales:

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo; donde el paciente y la terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.

Psicoterapias psicodinámicas:

Esta psicoterapia tiene como objetivo promover la comprensión e integración de los aspectos del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar dichos aspectos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen son la psicoterapia breve y de grupo⁴⁴.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación; teniendo en cuenta la cronicidad de este trastorno. Habitualmente se aconsejan tratamientos prolongados que puedan proporcionar la estabilidad clínica. Entre los más usados tenemos a los antidepresivos y ansiolíticos.

Antidepresivos: en este grupo se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como paroxetina, sertralina o escitalopram, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) como venlafaxina de liberación prolongada) y los antidepresivos triciclicos (ADT) como imipramina. En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento. Para su prescripción se debe considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el costo igual efectividad.

Ansiolíticos: se recomienda la utilización a corto plazo de las benzodiazepinas no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera a la respuesta del tratamiento

con antidepresivos. Entre ellas tenemos alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam.

Estos son los grupos de tratamiento farmacológico más utilizados en la ansiedad patológica; sin embargo existen otros fármacos como: azapironas, pregabalina, hidroxicina, antipsicóticos atípicos, entre otros⁴⁶.

Consecuencias:

La ansiedad patológica puede tener una influencia muy negativa en la calidad de vida de las personas. Las consecuencias de la ansiedad conforman tanto efectos físicos como psicológicos.

Físicas:

Cuando el trastorno de ansiedad no se trata puede producir una serie de consecuencias físicas que a largo plazo pueden poner en grave riesgo la salud. Esos efectos o consecuencias de la ansiedad están muy relacionados con sus propios síntomas. Entre ellas tenemos: debilitar el sistema inmune dejándolo vulnerable a infecciones virales; ya que desencadena la respuesta de lucha o huida, liberando químicos y hormonas como la adrenalina en el organismo ocasionando daños en el sistema digestivo y excretor como vómitos, náuseas o diarreas, pérdida de memoria a corto plazo. Además ocasiona reacciones físicas variadas como mareos, fatiga, dolores de cabeza, boca seca, incapacidad de concentrarse ritmo cardíaco acelerado, tensión muscular, transpiración, respiración rápida, irritabilidad, temblores, espasmos y náuseas. Incluso puede ocasionar ataques al corazón en aquellas personas que ya tienen problemas cardíacos.

Además la ansiedad afecta la capacidad de descanso y sueño originando insomnio; ya que la misma tensión o preocupación puede interferir en la habilidad para relajarse y quedarse dormido. Por otra parte, la persona ansiosa puede ser más sensible a los sonidos mientras duerme⁴⁷.

Psicológicas:

Si las consecuencias físicas de la ansiedad alarman a las personas, las psicológicas pueden llegar a ser aún más graves. Los síntomas como la inseguridad y el temor pueden llevar a una situación de aislamiento social, a recluirse en casa paralizados por el miedo.

La ansiedad también puede llevar a padecer otros trastornos psicológicos, otros tipos de trastornos de ansiedad menos habituales como la ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar la vida social, laboral y familiar de las personas. Esta ruptura con la sociedad, con el entorno más cercano y con uno mismo origina una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad, que son las adicciones a las drogas, alcohol o cualquier otro medio que permita evadirse por un segundo de la ansiedad pero que puede acabar destrozando la vida de muchas personas. Además la ansiedad cuando es prologada en tiempo origina depresión o incluso pensamientos suicidas⁴⁸.

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 sero 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 seropositiva⁴⁹.

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 ser bien manejada por el personal de salud que atiende al paciente⁴⁹.

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 hostilidad⁵⁰.

2.3.3. Depresión

Definición:

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 concentración⁵¹.

La depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente⁵².

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria; en su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional⁵³.

En opinión de las autoras la depresión es un trastorno que puede ser crónico o periódico, el cual afecta emocionalmente a quienes lo padecen con manifestación de sentimientos negativos que repercuten en su vida cotidiana deteriorando sus relaciones interpersonales, su desempeño laboral y familiar; incluso puede llevar al suicidio como la consecuencia más grave.

Epidemiología y factores de riesgo:

La proporción de los individuos que presentan una depresión entre la población general y/o que reciben tratamiento para la depresión es de dos mujeres por cada hombre. Existen razones biológicas que pueden explicar estas diferencias entre sexos, ya que sean hormonales o cromosómicas. Entre las causas biológicas figurarían la tensión premenstrual o la menopausia, así como el embarazo.

Otras investigaciones sugieren que los efectos del estrés, de la vulnerabilidad social, la ausencia de apoyo, el papel de mujer en la vida social y el modo de afrontar los acontecimientos puede llevar a las mujeres a padecer de depresión en una determinada manera y dirigir a los hombres hacia otras vías (adicciones)⁵⁴.

Entre los factores de riesgo en la depresión mayor se encuentran: el hecho de ser mujer; edad entre 18 y 44 años, clase social baja, separado/divorciado, presencia de acontecimientos vitales, presencia de factores crónicos estresantes, ausencia de apoyo social, ausencia de estrategias apropiadas de afrontamiento, historia de abuso sexual, trauma físico, antecedentes familiares de depresión, estrés crónico o ansiedad, otro trastorno psiquiátrico⁵⁵.

Causas:

Las causas de la depresión son variadas, entre las principales causas de la depresión podemos encontrar tanto factores genéticos, fisiológicos, personales como ambientales:

La bioquímica puede ayudar a explicar algunos casos. Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol (una hormona) y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios⁵³.

Los factores genéticos engloban la presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos.

Los factores fisiológicos implican la aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales. Por este motivo, en el

tratamiento de la depresión se emplea en ocasiones un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuya función consiste precisamente en modificar los niveles de serotonina que se encuentran alterados en estos pacientes. Existe, además, un grupo de enfermedades estrechamente ligadas a la aparición de depresión, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas como migraña, diabetes, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Adisson, amenorrea, factores personales.

Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres. La edad también es un factor influyente, y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones. El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas.

Los factores ambientales se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto (estrés, ansiedad, incapacidad de encauzar los problemas...) en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar...), en especial si el sujeto se encuentra además en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas, etcétera. Una situación de escasas o nulas relaciones interpersonales potencia especialmente estos factores⁵⁶.

Síntomas de depresión:

Las personas que sufren de depresión, manifiestan un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos. Esta es una sintomatología que desde un estado de ánimo bajo a alteraciones de la conducta tan graves como la tentativa de suicidio o las autolesiones.

Síntomas afectivos/cognitivos: estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad/nerviosismo, dificultad para la concentración, pérdida de interés y motivación, incapacidad para disfrutar, anhedonia (incapacidad para presentar placer), distorsiones cognitivas, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte o suicidio.

Síntomas físicos: fatiga, pesadez en extremidades, insomnio, hipersomnias, pérdida de apetito, pérdida de peso, aumento del apetito, aumento de peso, disfunción eréctil, anorgasmia, dolores, dolor de cabeza, tensión muscular, problemas gastrointestinales, palpitaciones, sensación de quemazón.

Síntomas conductuales: llanto, confrontación interpersonal, aislamiento social, evitación de intimidad, uso/abuso de sustancias, evitación de situaciones ansiógenas, rituales o compulsiones, reducción de producción, reducción de actividades de ocio, autolesiones, intentos de suicidio, conductas violentas⁵⁷.

Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave, el trastorno distímico y post parto.

El trastorno depresivo grave o mayor: también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad.

Los síntomas del trastorno depresivo mayor son: estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo., sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de

interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta.", dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso, pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio, inquietud, irritabilidad. También hay presencia de síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos⁵⁸.

El trastorno depresivo distímico: también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas⁵⁹.

Los síntomas del trastorno distímico, son las características parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son: sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada de interés o placer, aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad.

Estos síntomas dependen de la edad y el sexo: en general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas. En los adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico⁵⁸.

La depresión posparto: se caracteriza porque puede ocurrir poco después del parto. Puede presentarse hasta un año más tarde de que la mujer haya dado a luz, pese a que es habitual que ocurra dentro de los primeros tres meses después del parto.

Las causas de la depresión posparto, son: cambios a nivel corporal del embarazo y el parto (por ejemplo, debido al cambio hormonal), cambios en las relaciones laborales y sociales, tener menos tiempo y libertad para sí misma, cambios el ciclo sueño-vigilia debido al nacimiento, preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre⁶⁰.

Entre los principales síntomas de la depresión post-parto destacan la tristeza profunda, el insomnio, el letargo y la irritabilidad; así como: la fatiga, pereza, desmotivación, alteración del sueño y del apetito, falta de concentración, confusión, pérdida de memoria, sentimiento de culpa, pérdida de libido, miedo a autolesionarse o a dañar al niño, sobreprotección del niño, la madre siempre ve al hijo enfermo y consulta constantemente con el especialista; puede aparecer intolerancia extrema hacia el bebé, que se manifiesta incluso con violencia verbal o física hacia el niño; síntomas ansiosos: angustia, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico⁵³.

Clasificación de depresión según síntomas

La depresión se clasifica en distintos grupos, en función a los síntomas que muestra el paciente.

Grupo A: En este primer grupo se evidencian síntomas depresivos leves con una duración no inferior a 2 semanas. Dichos síntomas no son atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos.

Grupo B: En este grupo se evidencia humor depresivo no habitual en el paciente, constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma casi constante. No varía con las circunstancias ambientales del sujeto, y persiste al menos durante 2 semanas. Además de presentar pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras; aumento de la capacidad de fatiga, o pérdida de la vitalidad habitual.

Grupo C: En este grupo existe presencia de pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo, sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo, auto-reproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada, pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas; disminución de la capacidad de concentración y pensamiento. Suele acompañarse de falta de decisión; aparición de lentitud de las funciones motoras, o agitación, alteraciones del sueño, variaciones del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito).

Grupo D: en este último grupo hay presencia de síndrome somático, compuesto por alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, concordantes o no con el estado anímico del paciente⁵⁵.

De acuerdo a los criterios o grupos de clasificación anteriormente mencionados se pueden identificar tres cuadros depresivos, donde predomina el nivel o la intensidad de depresión, lo cuales son leve, moderado o grave.

Episodio depresivo leve, donde se presentan dos o tres síntomas del grupo B. Estos pacientes, por lo general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad.

Episodio depresivo moderado, aquí el paciente presenta al menos dos síntomas del grupo B y un cierto número del grupo C, hasta conformar un mínimo de seis síntomas. Estos pacientes presentan dificultades manifiestas para el desarrollo de las actividades habituales.

Episodio depresivo grave, aquí se presentan todos los síntomas del grupo B, unidos a varios del grupo C, hasta conformar un mínimo de ocho síntomas. Estos pacientes manifiestan una situación emocional marcada ligada a la angustia, especialmente con pérdida de autoestima y sentimientos intensos de culpa e inutilidad.

En estos episodios cobran relevancia los intentos de suicidio, asociados a la carga somática, principalmente en los pacientes de sexo masculino, por lo que estos pacientes deben ser controlados de forma constante e incluso, en determinados casos, se debe valorar la hospitalización del paciente. En esta fase pueden aparecer asociados síntomas del grupo D⁵⁶

Diagnóstico de depresión:

Cuando aparecen síntomas depresivos en una persona que sufre de patología médica, puede ser difícil atribuir estos síntomas a un trastorno del estado de ánimo o a la enfermedad médica . En numerosas patologías médicas aparecen síntomas depresivos, como problemas del sueño, pérdida del apetito y fatiga. Los síntomas somáticos/vegetativos de la depresión, y en especial los cambios en el apetito, son indicadores importantes de la depresión en la mujer.

En la actualidad, el concepto de depresión son síntomas somáticos se utiliza para hacer referencia a los trastornos depresivos que influyen síntomas físicos de cualquier tipo, y no sólo aquellos asociados

específicamente a las alteraciones del estado de ánimo: dolores de espalda, mareos, problemas digestivos, dolor torácico, náuseas, palpitaciones, etc.

Siempre debemos considerar la posibilidad de estar ante un trastorno del estado de ánimo en caso de: aparición de frecuentes quejas somáticas, incremento de las quejas somáticas en una paciente conocida por una enfermedad física crónica sin evidencia de modificación clínica, consultas repetidas sin justificación médica, cefalea, pérdida de peso, insomnio, etc., sin justificación orgánica, antecedentes personales y/o familiares de trastornos del estado de ánimo⁵⁵.

Tratamiento de depresión

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Al igual que con muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar a una condición médica como la causa, la persona debe llevar a cabo una evaluación psicológica o referir al paciente a un profesional de la salud mental⁵⁹.

Los Medicamentos usados para la depresión, conocidos como antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias

químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan⁵⁹.

Los tipos de medicamentos antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se encuentran la fluoxetina (Prozac), el citalopram (Celexa), la sertralina (Zoloft), y varios otros. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Effexor) y la duloxetina (Cymbalta). No obstante, los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, no existe una única propuesta cuando se trata de medicamentos. Por lo tanto, los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoamino oxidasa pueden ser la mejor opción para ciertas personas.

Las personas que toman inhibidores de la monoamino oxidasa deben atenerse a significativas restricciones alimenticias y medicinales para evitar posibles interacciones graves, deben evitar ciertos alimentos que contienen niveles altos de la sustancia tiramina, la cual está presente en muchos quesos, vinos, y pepinillos así como en algunos medicamentos descongestivos⁵⁹.

La psicoterapia o “terapia de diálogo” pueden ayudar a las personas con la depresión. Algunas psicoterapias son tratamientos de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo.

Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar

sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

Así mismo puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición. Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años⁶⁰.

La depresión y el VIH/SIDA

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/SIDA⁶¹.

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.

La depresión también está asociada con la dificultad en la adherencia al medicamento, lo que puede en consecuencia llevar a la resistencia a los fármacos.

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)⁶².

2.3.4. Las mujeres y el VIH/SIDA

El rostro de la epidemia ha ido cambiando con el tiempo. Si bien es cierto los hombres fueron los más afectados con este virus al comienzo, los índices de infecciones entre las mujeres ahora superan a los hombres, especialmente en países donde las mujeres viven en pobreza y en una condición social relativamente baja⁶³.

“El perfil del VIH/SIDA entre los hombres y las mujeres ha mostrado cambios significativos en la razón hombre-mujer, desde 14 a 1 en 1990 hasta un nivel estable de 3 a 1 que ha mantenido en los últimos 8 años⁶⁴.

De acuerdo a la información de ONUSIDA, “en todo el mundo, están viviendo con el VIH 17,3 millones de mujeres de edad igual o superior a 15 años; o sea, el 48% del total mundial”. De lo cual se estima que más del 70 por ciento de las nuevas transmisiones de VIH ocurren en relaciones sexuales heterosexuales, lo que hace pensar que la proporción de mujeres viviendo con VIH o SIDA seguirá creciendo. Por ello un reporte de Human Rights Watch detalla que el VIH/SIDA es la causa principal de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva, de entre quince y cuarenta y nueve años⁶⁵.

El manejo de esta etapa a la que se enfrenta el paciente determina la actitud que asuma con respecto al manejo de su patología en un futuro. En el caso de la mujer sobresalen muchos aspectos relevantes, debido que en ella se involucran una serie de factores de índole interno como externo que presionan su estado emocional y de esta forma la capacidad de resiliencia se debilita perpetuando muchos síntomas que desfavorecen su estado clínico a nivel integral⁶⁶.

En el caso de la mujer se puede observar desde la clínica la vulnerabilidad a los eventos externos que queda expuesta, sobre todo si son de impacto negativo como el ser diagnosticada de VIH/SIDA; lo que desencadena una serie de reacciones ante las múltiples interrogantes desde la forma en que se infectó generalmente por su pareja preguntándose ¿Qué voy hacer? ¿Qué va a pasar conmigo ahora? ¿Me voy a morir? ¿Por qué me sucede esto a mí? Este cumulo de interrogantes de una u otra forma inicia un proceso en la mujer de incertidumbre, ansiedad y sobre todo temor, sentimientos de frustración, impotencia ; la cual se incrementa si su pareja fallece generando indignación, grandes cargas de culpa evidenciada por

sensación de vergüenza, baja autoestima y resentimiento, originando un cuadro depresivo, desconfianza hacia sí misma por el aumento de la responsabilidad ante todo lo que tiene que enfrentar desde el punto de vista social, laboral, familiar entre otros⁶⁷.

2.4. Definición de términos básicos

Ansiedad: Es un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos negativos como tensión y síntomas fisiológicos como palpitaciones, temblor, náuseas y vértigo³⁵.

Depresión: La depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente⁵².

VIH: Siglas de Virus de Inmunodeficiencia Humana. También conocido como HIV, por sus siglas en inglés⁶⁸.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Es la etapa final de la infección por VIH cuando el sistema de defensas ha llegado a su más bajo nivel y el organismo humano se encuentra completamente debilitado e incapaz de luchar contra cualquier infección, enfermedad o cáncer llevándolo finalmente a la muerte⁶⁹.

PVVS: Personas Viviendo con VIH/SIDA⁶⁸.

TARGA.- Terapia anti-retroviral de Gran Actividad. Es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica de las personas con infección por VIH⁶⁹.

CD4: son glóbulos blancos que ayudan a organizar la respuesta de tu sistema inmunitario frente a las infecciones, en ocasiones denominadas células-T o células auxiliares⁶⁸.

CV (Carga viral).- Es el Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide en número de copias por mililitro de plasma (copias/ml) ⁶⁹.

Atención integral.- Es la atención a las personas con infección por VIH que responda a las expectativas y necesidades de salud y contribuya a mejorar su calidad de vida⁶⁹.

Dimensión cognitiva: comprende la capacidad que tienen los seres humanos para relacionarse, actuar, analizar, crear y transformar la realidad, permitiendo la construcción de nuevo saber⁷⁰.

Dimensión somática: Somático hace referencia al cuerpo humano, a la estructura corporal y a las sensaciones corporales, sentimientos, incluyendo sentimientos sexuales y la memoria⁷¹.

Psicoterapia.- es el tratamiento que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta) para conseguir que un paciente en cuestión pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a su comportamiento, a su salud psíquica y física, a la adaptación al entorno o a su identidad psicológica⁷².

Antidepresivos: son medicamentos que pueden ser recetados en el tratamiento contra una depresión. Estos medicamentos ayudan a mejorar la forma en que el cerebro utiliza ciertas sustancias químicas naturales⁷³.

Ansiolíticos: Los ansiolíticos son un grupo de fármacos que producen enlentecimiento de las funciones nerviosas, por lo que producen relajación o sensación de calma⁷⁴.

Trastorno psicológico: hace referencia a un desequilibrio del estado mental de una persona. Por lo general, quien sufre de este tipo de trastornos acude a un especialista (el psicólogo) para recibir tratamiento (a través de la psicoterapia y otras técnicas) ⁷⁵.

Distemia: llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple todos los patrones diagnósticos de la depresión ⁷⁵.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

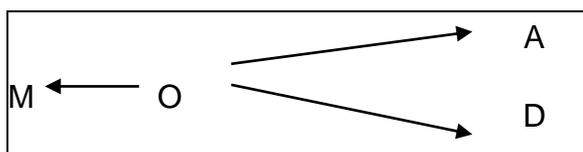
La Investigación fue de enfoque cuantitativa; ya que se centró fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de la variable, nivel de ansiedad y depresión. Dicha cuantificación se realizó a través de la aplicación de dos cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ⁷⁶.

3.1.2. Diseño de la investigación

Su diseño fue no experimental; dado que no se realizó ninguna intervención en la población objetivo.

Según su carácter fue descriptivo porque permitió conocer las características o realidades de la población en estudio frente a un tema o variables⁷⁷. En esta investigación el fenómeno que se determinó fue el nivel de ansiedad y depresión en la población en estudio. La Investigación fue de corte transversal porque estudió el nivel de ansiedad y depresión en las mujeres durante un momento dado que comprendió los meses de julio – noviembre del 2016.

El siguiente gráfico representa las variables:



M: Mujeres adultas viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil.

O: Observación

A: Ansiedad

D: Depresión

3.2. Población y muestra

La población de este estudio estuvo conformada por 50 mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo.

La muestra fue censal, es decir incluyó a toda la población por ser pocas unidades de análisis.

Criterios de Inclusión:

Mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil de Chiclayo, que aceptaron participar en el estudio de investigación firmando el consentimiento informado.

Mujeres viviendo con VIH/SIDA de 18 a 59 años integradas en una asociación civil de Chiclayo, que aceptaron participar en el estudio de investigación firmando el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil de Chiclayo, que no aceptaron participar en el estudio de investigación.

Mujeres viviendo con VIH/SIDA menores de 18 años integradas en una asociación civil de Chiclayo,

Mujeres viviendo con VIH/SIDA mayores de 59 años integradas en una asociación civil de Chiclayo.

3.3. Hipótesis

El nivel de ansiedad y depresión fue moderado en las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo durante los meses julio- noviembre del 2016.

3.4. Variables

Nivel de ansiedad y depresión

3.4.1. Definición Conceptual

Nivel de ansiedad en mujeres viviendo con VIH/SIDA: es el grado de preocupación por lo desconocido. La ansiedad es una reacción natural del cuerpo ante situaciones que pueden representar un peligro para uno mismo⁷⁸.

Nivel de depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA: es el grado de un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo como sentimientos severos y prolongados de tristeza hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad⁷⁹.

3.4.2. Definición Operacional

Nivel de ansiedad en mujeres viviendo con VIH/SIDA:
La variable fue evaluada con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), elaborado por el mismo autor, que tiene las siguientes categorías: Ansiedad muy baja (00–21), Ansiedad moderada (22–35), y Ansiedad severa (35 a más).

Nivel de depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA:

La variable fue evaluada con Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), elaborado por el mismo autor, que tiene las siguientes categorías: Ausencia (0-9), Depresión Leve (10-15), Depresión moderada (16-23), y Depresión grave (24-63)

3.5. Operacionalización

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS | INDICE | INSTRUMENTO |
|-----------------|--|--|----------------------|--|-----------------------------------|--|---|
| ANSIEDAD | Es el grado de preocupación por lo desconocido. La ansiedad es una reacción natural del cuerpo ante situaciones que pueden representar un peligro para uno mismo ⁷⁸ | Fue evaluada con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), elaborado por el mismo autor, que tiene las siguientes categorías: Ansiedad muy baja (00–21), Ansiedad moderada (22–35), y Ansiedad severa (35 a más). | COGNITIVO - AFECTIVO | Torpe, incapaz de relajarse, temor a lo peor, inestable, atemorizado, sensación de bloqueo, miedo a perder el control, temor a morir, miedo. | Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. | Ansiedad muy baja (00–21), Ansiedad moderada (22–35), y Ansiedad severa (35 a más) | INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) |

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------|---|---|--|--|
| | | | SOMÁTICO | <p>Acalorado, nervioso, temblor en las piernas, inquieto o inseguro, mareos, latidos del corazón fuertes, temblores en las manos, sensación de ahogo, desvanecimientos, problemas digestivos, rubor facial, sudores, fríos o calientes.</p> | <p>Ítems: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.</p> | | |
|--|--|--|----------|---|---|--|--|

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS | ÍNDICE | INSTRUMENTO |
|------------------|---|--|----------------------|---|---|--|---|
| DEPRESIÓN | Es el grado de un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo como sentimientos severos y prolongados de tristeza hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración con signos y síntomas asociados, marcadamente | Fue evaluada con Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), elaborado por el mismo autor, que tiene las siguientes categorías: Ausencia (0-9), Depresión Leve (10-15), Depresión moderada (16-23), y Depresión grave (24-63). | COGNITIVO – AFECTIVO | Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de placer, Sentimiento de Culpa, Sentimientos de castigo, Disconformidad con Uno Mismo, Autocrítica, Pensamientos o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Irritabilidad. | Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 17 | Ausencia (0-9), Depresión Leve (10-15), Depresión moderada (16-23) Depresión grave (24-63) | INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDII) |

| | | | | | | | |
|--|---|--|----------|---|--------------------------------|--|--|
| | distintos a la normalidad ⁷⁹ . | | | | | | |
| | | | SOMÁTICO | Pérdida de Energía, Cambio en los Hábitos de Sueño, Cambios en el Apetito, Dificultad de Concentración, Cansancio o Fatiga, Pérdida de Interés en el Sexo | Ítems: 15, 16, 18, 19, 20 y 21 | | |

3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Abordaje metodológico

La presente investigación fue descriptiva porque permitió determinar los niveles de ansiedad y depresión mediante la observación sin afectar el comportamiento normal; esto se logró con los inventarios para ansiedad y depresión de Beck⁸⁰.

3.6.2. Técnicas de recolección de datos

En este estudio se aplicó como técnica de recolección de datos, la encuesta; donde las preguntas fueron hechas por las investigadoras ya que con este método se obtuvo información confiable y se despejaron las dudas de los sujetos de estudio. Además es una técnica de recolección de datos conocida, de fácil aplicación y permite obtener información concreta y directa de las personas involucradas⁸¹.

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como instrumento de recolección de datos: el cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas cerradas de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis. Es decir, se presenta cada interrogante y se solicita al sujeto que responda a cada una de ellas, asignándole un valor numérico. Así el participante obtiene una puntuación que posteriormente fue evaluado⁸⁰. Se aplicó un piloto de 20 mujeres viviendo con VIH atendidas en el programa TARGA del Hospital Docente Regional Las Mercedes para ver la confiabilidad de los instrumentos.

El instrumento utilizado en este estudio fue: el inventario de ansiedad de Beck (BAI); es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que

describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos y cognitivos relacionados con la ansiedad. Cada ítem tiene una puntuación de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Su aplicación fue en un tiempo de 5 a 10 minutos, retroalimentada⁸¹ (anexo 2).

El segundo instrumento fue el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II); es un auto informe compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.

Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Su aplicación fue en un tiempo de 5 a 10 minutos, retroalimentada⁸² (anexo 2).

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Esta investigación fue aprobada por la Escuela Académico Profesional de Enfermería; la cual nos brindó un permiso a la institución. Posteriormente se planteó el proyectos a encargados y dirigentes de la asociación “viviendo en positivo”, quienes nos apoyaron desinteresadamente en la investigación, de esta manera se pudo proceder con la recolección los datos.

Se contactó a las de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en el momento que acudieron a dicha asociación “viviendo en positivo”. Al identificar a nuestro sujeto de investigación se utilizó la técnica de participación voluntaria donde las encuestadas firmaron el consentimiento informado para su participación en la investigación, decisión que fue registrada y firmada luego de una adecuada información sobre el objetivo de la investigación. Finalmente se realizaron los dos cuestionarios de ansiedad y depresión (Inventario de ansiedad y Depresión II de Beck).

3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos

Una vez recolectados los datos se vaciaron manualmente en la tabla de códigos y tabla matriz a fin de presentar los resultados recolectados en gráficos y cuadros estadísticos con las frecuencias relativas y absolutas para su análisis e interpretación de los mismos considerando el marco teórico. Se realizó el procesamiento estadístico utilizando el software SPSS versión 22, del cual se obtuvieron los resultados finales, sobre los niveles de ansiedad y depresión de la población en estudio.

3.9. Principios éticos

Durante el desarrollo de la investigación se puso en práctica la ética y el rigor científico expuestos en el Informe Belmont donde se formulan los tres principios: respeto a las personas, beneficencia y justicia, garantizando de esta manera una investigación moralmente correcta.

El principio de respeto a las personas se aplicó en todas las participantes como agentes autónomos, las personas sujetos del estudio colaboraron en la investigación voluntariamente y con la información adecuada, evidenciándolo con la firma del consentimiento informado; además no se reveló sus datos personales ni su diagnóstico médico a otras personas no involucradas en la investigación.

El principio de beneficencia se evidenció en la protección del participante ante cualquier daño, procurando su bienestar, por lo que protegeremos su identidad con un seudónimo asegurando que sus opiniones sólo sirvan para fines de esta investigación. Además este estudio colaboró en aquellas mujeres que presentan ansiedad o depresión a que puedan empezar un tratamiento psicológico; de esta manera será beneficioso para ellas con respecto a su salud emocional y al proceso de su enfermedad. Los resultados obtenidos, se utilizaron estrictamente para fines de la investigación. Se brindó seguridad a los participantes afirmándoles que su participación e información no será usada en contra de ellos.

El principio de la justicia y equidad se reflejó antes, durante y después de su participación, ya que se empezó por una selección sin discriminación alguna y el cumplimiento de lo establecido del investigador y el participante⁸³

3.10. Criterios de rigor científico

Durante toda la investigación, se siguieron los criterios de científicidad, según Hernández, Fernández y Baptista que servirán para evaluar la calidad científica del estudio:

La credibilidad en esta investigación se logró cuando los hallazgos del estudio fueron reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las mujeres

adultas que participaron en el estudio y por aquellas que experimentaron o estuvieron en contacto con el fenómeno investigado, se realizó la recolección de datos e información de las propias fuentes primarias, mediante la entrevista donde se aplicaron dos cuestionarios; produciendo hallazgos conocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que piensan y sienten⁸⁴.

Este criterio de fiabilidad se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador tuvo en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

En la presente investigación se examinaron datos e información de investigaciones anteriores con una temática similar en cuanto al objeto de estudio.

El término objetividad por lo general implica mantener la distancia entre el observador y el observado y minimizar toda posible influencia de los valores del investigador sobre el proceso de la investigación⁸⁵.

En este estudio se aseguró la objetividad utilizando instrumentos confiables como lo son: el inventario de ansiedad y depresión de Beck, los cual fueron publicados en 1996 y actualizada en 2011; la confiabilidad de la prueba piloto que se realizó en el Hospital Docente Regional Las Mercedes a través del estadístico Alfa de Cronbach.

CAPÍTULO IV:
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y figuras

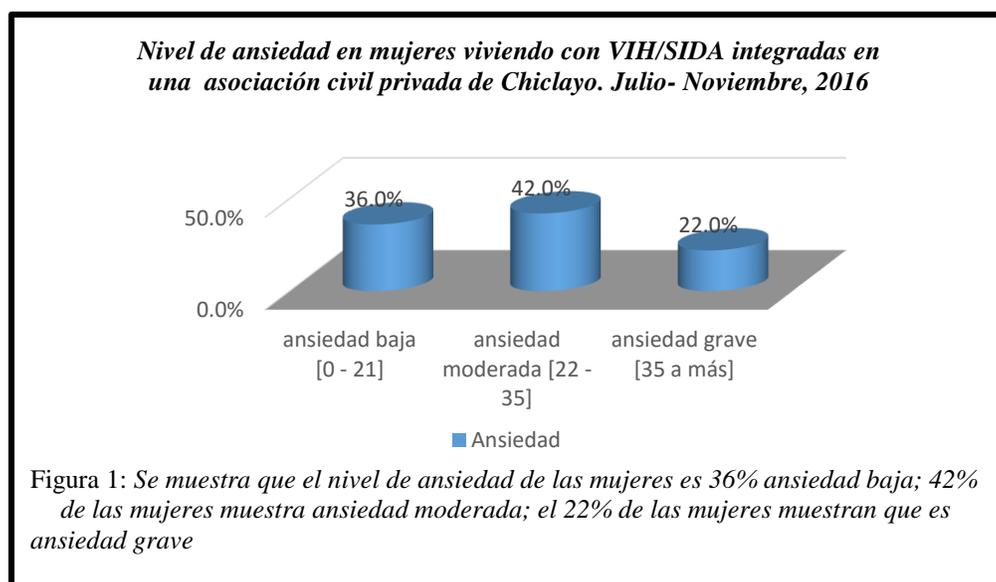
4.1.1. Tablas y figuras

Tabla N°1:

Nivel de ansiedad en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016.

| | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| <i>ansiedad baja [0 - 21]</i> | 18 | 36,0 |
| <i>ansiedad moderada [22 - 35]</i> | 21 | 42,0 |
| <i>ansiedad grave [35 a más]</i> | 11 | 22,0 |
| <i>Total</i> | 50 | 100,0 |

Gráfico N°1:



Fuente: Encuesta sobre el inventario de ansiedad de Beck (BAI) aplicada a mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio – noviembre, 2016.

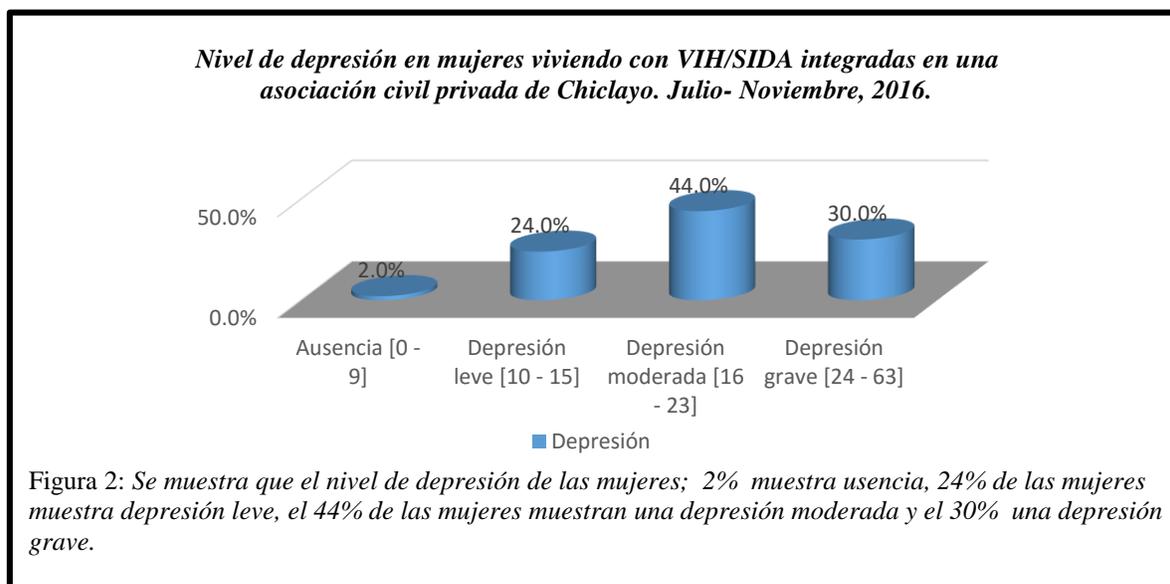
INTERPRETACIÓN: En la tabla y figura N°1 se identifica el nivel de ansiedad en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo se muestra que el 36,0% de las mujeres presentan ansiedad baja; 42,0% ansiedad moderada y el 22,0% ansiedad grave. Como evidencian estos resultados toda la población de mujeres con VIH/SIDA presenta cierto nivel de ansiedad, predominando el moderado que puede convertirse en grave.

Tabla N°2:

Nivel de depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|------------|------------|
| Ausencia [0 - 9] | 1 | 2,0 |
| Depresión leve [10 - 15] | 12 | 24,0 |
| Depresión moderada [16 - 23] | 22 | 44,0 |
| Depresión grave [24 - 63] | 15 | 30,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Gráfico N°2:



Fuente: Encuesta sobre el inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) aplicada a mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio – noviembre, 2016.

INTERPRETACIÓN: En la tabla y figura N°2 se identifica el nivel de ansiedad en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo se observa que el 2,0% de las mujeres presentan ausencia de depresión; 24,0% presentan depresión leve; 44,0% depresión moderada y 30,0% depresión grave. Como evidencian estos resultados toda la población de mujeres con VIH/SIDA presenta cierto nivel de depresión, predominando el moderado que puede convertirse en grave

Tabla N°3

Relación nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016

| | | Rendimiento académico |
|-------------------|------------------------|--------------------------|
| | Correlación de Pearson | ,582 |
| Uso de Multimedia | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 50 |

INTERPRETACIÓN: La tabla N°3 muestra los resultados con respecto a la relación entre nivel de ansiedad y depresión en mujeres con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo, para ello se aplica la correlación de Pearson resultando igual a 0,582 que representa una relación débil positiva; además se tiene un nivel de significancia del $0,000 < 0,05$.

Por lo que concluimos que existe una relación significativa entre las variables en estudio.

4.1.2. Prueba de contrastación de hipótesis

Se plantea la hipótesis:

El nivel de ansiedad y depresión fue moderado en las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada durante los meses julio-noviembre del 2016.

Ahora probaremos que el modelo presentado se ajusta a las observaciones, para esto aplicaremos la distribución Chi cuadrada, con un nivel de significancia de 0,05; usaremos para esto el estadístico:

$$\chi^2_{calculado} = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

Con $k - 1$ grados de libertad. Como sigue:

| | <i>Ansiedad</i> | <i>Depresión</i> |
|----------------------|-----------------|------------------|
| <i>Chi-cuadrado</i> | 3,160 | 18,320 |
| <i>gl</i> | 2 | 3 |
| <i>Sig. asintót.</i> | ,000 | ,000 |

En este estudio se considera 2 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0,05 entonces al comparar los resultados se tiene que $8,389 < 9,49$ con un nivel de significancia de $0,000 < 0,05$

Por lo tanto se acepta la hipótesis propuesta. El nivel de ansiedad y depresión fue moderado en las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada durante los meses julio- noviembre del 2016.

4.2. Discusión de resultados

El VIH es un virus que tiene la capacidad de infectar células del sistema inmunitario a través de una infección persistente que se expresa clínicamente después de un tiempo¹.

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 enfermedad³.

Entre los problemas emocionales que padecen encontramos a los más importantes ansiedad y depresión; evidenciándose generalmente en la población

femenina por ser la más vulnerable y estigmatizadas en comparación con la población masculina⁴.

Además las cifras de ansiedad y depresión en personas que padecen de VIH/SIDA van en aumento, afectando especialmente a mujeres¹⁶

Así mismo el VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica, lo cual se evidencia en hombres y mujeres siendo más vulnerables las mismas ya que suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiares o de amigos⁴.

Considerando que el objetivo principal de este estudio fue determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016; donde los resultados reflejaron que dichos trastornos emocionales les afecta a toda la población en estudio en un nivel moderado tanto para ansiedad como para depresión. Además si dichos problemas emocionales no se tratan a tiempo puede aumentar su nivel de moderado a grave y puede generar otros problemas adicionales que afectarían su calidad de vida y su proceso de enfermedad.

Al aplicar el inventario de ansiedad de Beck y procesar la información en tablas y cuadros estadísticos los resultados muestran: 18(36,0%) de las mujeres presentan ansiedad baja; 21(42,0%) de las mujeres presentan ansiedad moderada y 11(22,0%) de las mujeres presentan ansiedad grave. Según estos datos en la población en estudio el nivel de ansiedad que prevalece es el moderado, reafirmando esto en otras investigaciones.

Al aplicar el inventario de depresión de Beck y procesar la información en tablas y cuadros estadísticas se obtuvo como resultados 1(2,0%) de las mujeres

presentan ausencia de depresión; 12(24,0%) de las mujeres presentan depresión leve; 22(44,0%) de las mujeres presentan depresión moderada y 15(30,0%) de las mujeres presentan depresión grave. De acuerdo a los datos estadísticos de la población en estudio existe un predominio de depresión moderada.

Gómez *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 presentan algún nivel de ansiedad y depresión¹⁹.

Al determinar el nivel de ansiedad en esta investigación toda la población en estudio presentó dicho trastorno emocional reafirmando los resultados que muestra Gómez *et al* en su investigación. Sin embargo al determinar el nivel de depresión no todos presentan depresión aunque es un porcentaje bajo de 2,0% no coincide con los resultados de Gómez *et al* que afirma que todos los pacientes con VIH/SIDA padecen de dicho trastorno.

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 oportuna¹⁶. En esta investigación todos presentan ansiedad debido al proceso de su enfermedad. Por esta razón se debería brindar la ayuda necesaria para que no desarrolle un problema mayor como depresión y complique aún más el proceso de su enfermedad.

Los resultados procesados en tablas y gráficos con respecto a la relación que existe entre el nivel de ansiedad y depresión de las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo muestra que existe una relación significativa entre las variables, concordando con la investigación de Carmona y Garcete (2013) con título “niveles depresivos y estados de ansiedad en personas que viven con VIH/SIDA” cuyos resultados muestran que existe una

correlación positiva significativa entre, los niveles de depresión y estado de ansiedad²⁰.

La ansiedad y depresión en muchas ocasiones van acompañados, cualquier persona que está deprimida fácilmente puede tener los síntomas de ansiedad y las personas con ansiedad también fácilmente pueden tener periodos depresivos³⁷. Además los trastornos emocionales siguen una secuencia en niveles; si la persona presenta ansiedad puede generar en ella depresión si es que no es tratada a tiempo por un profesional.

Los resultados de la presente investigación al determinar el nivel de ansiedad y depresión muestran un porcentaje significativo en el nivel moderado. Como vemos las mujeres que viven con VIH/SIDA integradas en una asociación privada civil de Chiclayo presentan depresión moderada en un 44 %. Estas cifras, no coinciden con la investigación de Díaz TI, Galindo SJ, Ortega RM. (2010) titulada “prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)” cuyos resultados revelaron que el 70.63% presenta puntuaciones normales en el cuestionario clínico de depresión²².

Al relacionar ambas investigaciones se observa en sus resultados que no todos las personas que viven con VIH/SIDA presentan depresión puesto que es un trastorno emocional de mayor complejidad; que se desarrolla cuando uno de menor complejidad como la ansiedad no es tratado a tiempo.

Natali R. Alcántara Zapata, 2008, Lima – Perú realizó un estudio titulado “Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH” cuyos resultados revelan que un 16% presenta un nivel de depresión moderado y, que un 20% de la muestra presenta niveles de depresión severa, lo que indica que un 36% de los participantes está considerado dentro del grupo de riesgo de esta sintomatología y además que predomina una depresión severa²⁴. Al contrastar dichos resultados con los obtenidos en el presente trabajo de investigación se

encuentran diferencias ya que se identificó un nivel de depresión moderado en un 44% y 30% con depresión grave o severa. Sobresaliendo en nuestra investigación el nivel de depresión moderada más no severa 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.

CAPITULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Con respecto al objetivo de esta investigación determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016 se concluyó lo siguiente:

Los niveles de ansiedad y depresión que se evidenciaron en las mujeres de la asociación “Viviendo en Positivo”, fueron moderados en un 42 % y 44 % respectivamente.

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.

Además el que exista un nivel de depresión leve puede ser un factor de riesgo para que el nivel aumente y afecte aún más el proceso de enfermedad de las mujeres que viven con VIH/SIDA.

También se concluye que existe una relación significativa entre ansiedad y depresión en las mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en la asociación.

5.2. Recomendaciones

Teniendo en cuenta el elevado porcentaje de mujeres que presentan ansiedad y/o depresión, ya sea moderada o severa, se recomienda lo siguiente a la Asociación Civil Privada “Viviendo en Positivo”:

Poner mayor énfasis en la salud mental de sus integrantes femeninas, ya que al presentar trastornos emocionales como ansiedad y/o depresión puede dañar su estado de salud.

La población en estudio deberá recibir apoyo psicológico al menos una vez al año; y continuar con sesiones de ayuda psicológica de rutina.

Para la población que presente trastornos emocionales podría coordinarse interconsultas con psicología en los hospitales que reciben TARGA, para que no se le dificulte, al tener que acudir por atención psicológica a la asociación “Viviendo en Positivo”.

Al vincular con hospitales a los pacientes captados, que fueron diagnosticados VIH positivo, realizarles seguimiento e integrarlos en actividades que beneficien su salud emocional.

Además la Universidad a través de las diferentes docentes debe implementar un curso de manejo de la salud emocional; talleres y prácticas para fortalecer competencias y habilidades en los estudiantes en cuanto a personas con trastornos de salud emocional.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet]. Ginebra: 1984 [actualizado 5 de enero de 2015; acceso 11 de noviembre de 2015]. Temas de salud: VIH/SIDA; aproximadamente 1 página. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
2. San Francisco AIDS Foundation [Internet] Estados Unidos: 1982 [Citado 3 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.sfaf.org/en-espanol/informaciondelvih/?referrer=https://www.google.com.pe/>
3. Organización mundial de la salud OMS, VIH/SIDA y la salud mental [Internet] Ginebra, 2005 [citado 5 de abril del 2016] disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf
4. Villalobos G.A. Síndrome depresivo en mujeres diagnosticadas con virus de inmunodeficiencia humana "VIH" durante el embarazo [Tesis]. Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala. Facultad De Ciencias Médicas; 2015.
5. Hoja informativa 2015 [internet]. Nueva York: ONUSIDA; 1994 [actualizado diciembre del 2015; acceso 11 de noviembre de 2015]. ONUSIDA; aproximadamente 1 página. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf
6. El SIDA en cifras 2015 [internet]. Nueva York: ONUSIDA; 1994 [actualizado diciembre del 2015; acceso 01 de marzo de 2016]. ONUSIDA; aproximadamente 1 página. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

7. ONUSIDA. El SIDA en cifras 2015 .OS [internet]. 2015 [citado 1 de marzo de diciembre del 2016]; 27(1):1-12. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Respuesta global de VIH/SIDA.OMS[internet].2015 [citado 1 de marzo de 2016]; 27(1):1-233. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44787/1/9789241502986_eng.pdf
9. ONUSIDA [internet]. Nueva York: ONUSIDA; 1994 [actualizado diciembre del 2015; acceso 01 de marzo de 2016]. Hoja informativa 2015; aproximadamente 1 página. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf
10. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA. DGE [internet].2016 [citado 5 de abril de 2016]; 3(1):1-2. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2016/febrero.pdf
11. Reyes MF, Pun M. Análisis De La Situación Epidemiológica Del VIH/SIDA en el Perú. DGE [internet].2013 [citado 11 de noviembre de 2015]; 1(1):1-172. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>
12. Dirección General de Epidemiología [internet].Perú: Ministerio De Salud; 2010 [actualizado agosto del 2016; acceso 20 de octubre del 2016]. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA, 2016; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2016/agosto.pdf

13. Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguín L, Tovar J. Variables Psicológicas en Mujeres Diagnosticadas con VIH/SIDA: Un Estudio Correlacional. Scielo [Internet]. Mayo 2006 [citado 8 de octubre del 2016]; 5 (3): 659 - 667. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a18.pdf>
14. Teva I, Bermúdez M.P, Hernández J, Buela G. Evaluación De La Depresión, Ansiedad e Ira en Pacientes con VIH/SIDA. Medigraphic [Internet]. Abril 2005 [Citado 8 de octubre del 2016]; 28 (5): 40 - 49. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam055f.pdf>
15. Alcántara N.R., Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con VIH. [Tesis]. Lima- Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad De Letras Y Ciencias Humanas Especialidad de Psicología; 2008.
16. Villarreal S, Ojeda P, Castro L.G., 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.
17. Schlatter NJ. La ansiedad: un enemigo sin rostro. España: EUNSA; 2003.
18. Teorías de enfermería: Hildergar Peplau [Internet] Argentina 2012 [marzo 2016] Disponible en: <http://tpfte5.blogspot.pe/>
19. Criollo A.B., Palomino L.M., 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.
20. Carmona JC, Garcete N. Niveles Depresivos y Estados de Ansiedad en Personas que Viven con VIH / SIDA. Revista del Instituto de Medicina

Tropical [Internet]. 2013 [citado 5 de abril del 2016]; 8(2):21-33. Disponible en: <http://www.imt.edu.py/v8n2.pdf#page=23>

21. Montalván P, Sánchez DE. Trastornos Ansioso – Depresivos y su relación con los diagnósticos de VIH-SIDA en los pacientes que son atendidos en el Hospital Provincial General Isidro Ayora De Loja durante el periodo junio – diciembre 2011. [Tesis].Ecuador: Universidad Nacional De Loja, Área de La Salud Humana; 2012.
22. Díaz I, Galindo J, Ortega M. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) .MENF INF MICROBIOL [Internet]. 2010 [citado 5 de abril del 2016]; 30 (4): 129-133. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104d.pdf>
23. Villarreal SG, Ojeda P, Castro LGM. Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA [Tesis].Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Medicina Humana; Universidad Nacional De Loja, Área de La Salud Humana; 2012.
24. Alcántara NR. Sintomatología Depresiva y Adhesión al tratamiento en pacientes con VIH [Tesis].Lima: Pontificia Universidad Católica Del Perú, Facultad De Letras Y Ciencias Humanas; 2008.
25. Arrivillaga M, Correa D, Varela M et al. Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. [Internet].Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2006 [13 de abril del 2016].Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165792672006000300018
26. Organización de Estados Ibero- Americanos (OEI) [internet].Barcelona: María Luisa García Berrocal; 2014 [*actualizado 27 de noviembre de 2014*; acceso 13 de abril de 2016]. VIH-SIDA: Abordaje psicológico;

aproximadamente 1 página. Disponible en:
<http://www.oei.es/divulgacioncientifica/?VIH-SIDA-Abordaje-psicologico>

27. Beltrán de la Rosa E, Estado emocional de la mujer con VIH. Colombia: Monografias.com S.A; 2010 [citado 13 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos88/estado-emocional-mujer-vih/estado-emocional-mujer-vih.shtml>
28. Molina CR, Palacios RA, Soriano MX. Implementación de un programa de atención primaria de respiración y relajación para primigestas en tercer trimestre con edades de 18 a 25 años, que presentan niveles de ansiedad ante el parto, atendidas en el Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel [Internet]. San Miguel: s.n; 1999 [citado 1 mayo 2016]. Disponible en: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/013887/013887_Cap2.pdf
29. Barbara J. Callaway. Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century. EE.UU: Springer Publishing Company; 2002.
30. Herrera AA & et al. Trastornos adictivos, Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. España: Elsevier; 2003.
31. El cuidado [Internet]. Argentina: s.n [actualizado 10 de marzo 2015; citado 10 junio 2016]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/hildegard-peplau.html/>
32. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería [Internet]. España: open course ware [actualizado 15 de agosto 2015; citado 10 junio 2016]. Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(II\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(II).pdf)

33. Campos RI, Escobar SL, Reyes OL. Efecto de la musicoterapia en pacientes adultos(as) que presentan niveles altos de ansiedad en el Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel [Tesis]. El Salvador: Universidad de Oriente San Miguel, Facultad De Ciencias Humanas de la salud; 2003.
34. Gavidia PH. Niveles de ansiedad en la etapa pre-competitiva y competitiva relacionada con el rendimiento deportivo [Tesis]. El Salvador: Universidad Francisco Gavidia, Facultad de Ciencias Sociales; 2007.
35. Schlatter NJ. La ansiedad: un enemigo sin rostro. España: EUNSA; 2003.
36. Arrivillaga M, López J Ossa Toro, Ossa AM. Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2006 [citado 20 de mayo del 2016]; 2(7): 55-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80120705.pdf>
37. Teva I & et al. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA Salud Mental. Redalyc [Internet]. 2005 [citado 1 mayo 2016]; 40-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58252806.pdf>
38. REACHOUT.COM [Internet]. España: Inspire; 2014 [actualizado 14 Feb 2016; citado 4 mayo 2016]. Disponible en: <http://us.reachout.com/buscaapoyo/informate/trastornos-de-ansiedad-tipos-causas-y-sintomas>
39. Clínica de la ansiedad [Internet]. Madrid: IWMA; 2015 [actualizado 20 de marzo 2016; citado 4 mayo 2016]. Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce/>
40. Aguayo LV. Anales de la psicología [Internet]. 2003 [citado 10 de mayo del 2016]; 1 (1): 223- 224. Disponible en:

<http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/7268/3/152.46-R685a-Capitulo%20II.pdf>

41. Reig CM. Contribución a la validación del cuestionario pentadimensional para la ansiedad de Rojas [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Medicina; 2011
42. Síntomas de la ansiedad [Internet]. España: Copyright; 2015 [actualizado 5 de diciembre 2016; citado 4 mayo 2016]. Disponible en: <http://sintomas-de-ansiedad.com/sintomas-de-acuerdo-con-tu-nivel-de-ansiedad/>
43. DM MEDICINA.com. [Internet]. España: Unidad Editorial Revistas, S.L.U; 2016 [actualizado 1 marzo 2016; citado 15 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html>
44. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008 [15 mayo 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf
45. Moreno, Pedro. Superar la ansiedad y el miedo: un programa pasó a paso. 8a. ed. España: Desclée de Brouwer; 2009.
46. Shirley Trickett. Supera la ansiedad y la depresión. Barcelona: Editorial HISPANO EUROPEA; 2009
47. Enrique Rojas. La ansiedad. España: Grupo Planeta Spain; 2013
48. Pimentel M, Bisco A: Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna [Revista en Internet] 2000 [citado 1 de junio 2016]; 13 (1): 8 – 12. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/publicaciones/publica.asp>

49. Miaja M., 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?Sequence=1&lsallowed=Y](http://Cd.Dgb.Uanl.Mx/Bitstream/Handle/201504211/5364/20638.Pdf?Sequence=1&lsallowed=Y)
50. López A., Calle I., 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.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8757/8621>
51. Organización mundial de la salud OMS [internet] Ginebra: 1948 [2016, citado 1 de mayo 2016]. Disponible en <http://www.who.int/topics/depression/es/>
52. Innatia [internet] España: Sebastián Méndez E.[2016, citado 1 de mayo del 2016] disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-combatir-la-depresion/a-definicion-de-depresion.html>
53. Dmedicina [internet] España: [09 de Octubre de 2015, citado 7 de mayo 2016] Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>
54. Serrano, *et al.* Guía práctica: depresión en la mujer: depresión en la mujer. España: Ediciones Mayo, 2008.
55. Fernando L. Vázquez, Ángela Torres Iglesias. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. Scielo [Internet] 2007 [citado 23 de mayo del 2016] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006

56. Web consultas online [internet] España: Hugo González Núñez. [2016, citado 15 de mayo del 2016] Disponible en: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/depresion/sintomas-y-diagnostico-de-la-depresion-291>
57. Pablo García Medina, et al. Ansiedad y depresión: investigación e intervención. Granada: Comares S.L. 2012
58. Respuestas a la depresión [internet] Argentina: Celia Antonini. [8 de noviembre de 2013, citado 20 de mayo del 2016] Disponible en: <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>
59. National Institute of Mental Health NIH [internet] Estados Unidos [Enero del 2009, citado 20 de mayo del 2016] Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
60. Psicología y mente [internet] España: Jonatan Garcia Allen, 2014 [citado 3 de junio del 2016] Disponible en: <https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-de-depresion#>
61. Tsao JC, Dobalian A, Moreau C, Dobalian K. 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
62. Jennifer Grochocinski, ND, 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>
63. Mollmann, M. Una prueba de desigualdad, Discriminación contra mujeres viviendo con VIH en la República Dominicana, Human Rights Watch, 2004.

64. Ramos M., CMP Flora Tristán. Manual sobre violencia familiar y sexual. Lima: Movimiento Manuela Ramos, 2004
65. Montan C. Tratado de derecho penal, parte especial, Tomo VI. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1994.
66. Macassi L., Paredes S., Zunic L.. Las Mujeres Positivas La situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en el Perú. 1° Edición. Lima Perú: CMP Flora Tristán 2006.
67. Beltrán E., Estado emocional de la mujer con VIH. Monografías.[internet] 2010.[citado el 1 de junio del 2016] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos88/estado-emocional-mujer-vih/estado-emocional-mujer-vih.shtml>
68. Glosario de termino VIH [internet]. España; 2008 [citado el 4 de junio del 2016] Disponible en: <http://www.pvvs.org/glosario-de-terminos.html>
69. MINSA: Norma Técnica de Salud De Atención Integral Del Adulto/A con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). [Internet] Perú, 2011. [Citado 1 de junio del 2016]. Disponible en:<http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20120717-MINSA-NT-Atencion-Adulto-VIH.pdf>
70. Slide share [internet] EE.UU. 2006 [actualizado 2013, citado 4 de junio del 2016] Disponible en: <http://es.slideshare.net/sharonnicole397/dimensin-cognitiva>
71. Mathew Vattamatam, CMF, Formación de la dimensión somática [internet] 2012 [citado el 4 de junio del 2016] Disponible en;

<http://www.claretianformation.com/index.php/es/somatic-dimension/336-formacion-de-la-dimension-somatica>

72. Definición [internet] España, 2008 [citado el 5 de junio del 2016] disponible en: <http://definicion.de/psicoterapia/>
73. Medline plus [internet] EE.UU. 2007 [Actualizado 10 de junio del 2016, citado el 12 de junio del 2016] Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/antidepressants.html>
74. Tuotromedico.com [internet] 2012 [actualizado en junio 2016; citado 5 de junio del 2016] Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/medicamentos ansioliticos.htm>
75. Definición [internet] España, 2008 [citado el 10 de junio del 2016] disponible en: <http://definicion.de/trastorno/>
76. Hernández R, Fernández F, Baptista M. Metodología de la Investigación Científica. 5ta ed. México: McGRAW-HILL; 2010.
77. Flórez OR, Tobón RA. Investigación Educativa y Pedagógica. Bogotá: McGraw Hill; 2001
78. Amayones RM & et al. Psicopatología. Barcelona: editorial UOC; 2006
79. San Molina L, Arranz Mb. Comprender la ansiedad. Barcelona: editorial Amat; 2010.
80. Salkind NJ. Métodos de Investigación. México: Prentice Hall; 2003.
81. Padua J. "Técnicas de Investigación" .FCE: Colegio de México;2008

82. Beck A.T., y Steer R.A., Evaluación del inventario BAI. Consejo de colegio de psicólogos [Internet] España: 2011, [citado el 2 de junio del 2016] Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
83. Beck A.T., y Steer R.A., Brown G.K., Evaluación del inventario BDI II. Consejo de colegio de psicólogos [Internet] 2011 España, [citado el 2 de junio del 2016] Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
84. Moreña A.L., Alcaraz N., Rojas J y Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación. Redalyc [Revista en internet]. 2012 [citado el 2 de junio del 2016]; 12 (3): 263 - 274. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>
85. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. [monografía en Internet]. Colombia. 2013. [citado el 2 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos904/rigor-investigacion-cualitativa/rigor-investigacion-cualitativa2.shtml>

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA

Proyecto

Desarrollo de Tesis

Yo Diaz Chiroque Claudia y Serrato rojas Kimberly del Milagro, con DNI N° 71788535, y con DNI N° 77038233 , con Código N° 2121816715, estudiantes de la modalidad presencial del X ciclo de la Escuela Académico Profesional de Enfermería y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor o autores del proyecto e informe de investigación titulada: Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo Con VIH/SIDA integradas en Una Asociación Civil Privada De Chiclayo. Julio- Noviembre, 2016 la misma que se presentó para optar por el título de bachiller de enfermería
2. Que, el titulo de investigación es auténtico y original.
3. Que, el proyecto e informe de investigación presentado no ha sido plagiada ni de forma total o parcialmente.
4. He respetado las normas de citas y referencias para las fuentes consultadas.
5. Que, el proyecto e informe de investigación presentada no atenta contra los derechos de autor.
6. Los datos presentados en los resultados reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.
7. El proyecto e informe de investigación no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

Asumo frente UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN cualquier responsabilidad y cargas económicas que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis. En consecuencia, me hago responsable frente a la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar ya sea por fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación, asumiendo las consecuencias, sanciones reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis. Bajo el sometiéndome a la normatividad vigente de la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN.

Nombre y Apellidos
DNI N°

Serrato rojas Kimberly del Milagro
DNI N° 77038233

ANEXO 02: Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

- ADULTOS

Instituciones: Universidad Señor de Sipán, Asociación civil privada “Viviendo en Positivo”

Investigadores: Díaz Chiroque Claudia, Serrato Rojas Kimberly

Título: “Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio - Noviembre, 2016”

Propósito del Estudio: Lo estamos “Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio - Noviembre, 2016”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Señor de Sipán en la asociación civil privada “Viviendo en Positivo”. Tiene como finalidad, conocer si las mujeres viviendo con VIH/SIDA padecen o no ansiedad y depresión.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le aplicará dos cuestionarios, que consisten en un conjunto de preguntas cerradas. El primer cuestionario inventario de ansiedad de Beck (BAI), y el segundo, inventario de depresión de Beck II (BDI-II). Ambos están compuesto por 21 ítems cada uno, donde podrá marcar la alternativa que crea conveniente en cada ítem; estos tendrán una duración de 5 a 10 minutos.

Riesgos: Los riesgos son emocionales; es decir, usted podría tener algún sentimiento de tristeza o recuerdo generada por alguna pregunta durante el desarrollo de la encuesta, sin embargo, los investigadores estarán atentos para brindarle la asistencia necesaria o apoyarlo en ese momento.

Beneficios: El beneficio de su persona es que se le brindará información preventiva-promocional sobre ansiedad y depresión. Así mismo si es que usted presentara ansiedad y/o depresión se le brindará atención psicológica.

Costos e incentivos: La aplicación de estos instrumentos no tienen ningún costo. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con seudónimos o apelativo y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente: Si usted no decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio de su atención.

Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Srta. Kimberly Serrato R. 961746881 o a la Srta. Claudia Díaz Ch. 998417210.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante:

Nombre:

.....

DNI:

Fecha:.....

Testigo

Nombre:

.....

DNI:

Fecha:.....

“Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio - Noviembre, 2016”

Objetivo general: Determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio - Noviembre, 2016

ANEXO 03: Instrumento

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Seudónimo: _____

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Debe marcar una solo alternativa por cada ítem, “En absoluto” quiere decir “nunca”. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Edad en años cumplidos:.....

Grado de Instrucción: Inicial () Primaria () Técnico superior () Universitario ()

Ocupación: Ama de casa () Trabajadora independiente () Trabajadora Dependiente ()

Otros (especifique).....

Con quien vive:

Esposo () Pareja/ conviviente () Padres () Solo(a) () Otros:

| | | 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. | | | | |
| 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. | | | | |
| 21 | Con sudores, fríos o calientes. | | | | |

ANEXO 04: FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO DE ANSIEDAD

1. **Título** : Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
2. **Autores** : Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
3. **Editor de adaptación española** : Pearson Educación, S.A
4. **Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:** 2011
5. **Duración** : 5 -10 minutos
6. **Áreas de aplicación** : Psicología clínica, Neuropsicología, Psicología forense
7. **Formato de los ítems** : Tipo Likert
8. **Número de ítems:** : 21 ítems
9. **Soporte** : Administración oral. Papel y lápiz
- 10 **Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable** : Puede aplicarse a personas pertenecientes a poblaciones clínicas, y también a la población general, adultas y adolescentes (de 13 años de edad o más).
11. **Consigna** :

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Debe marcar una sola alternativa por cada ítem, “En absoluto” quiere decir “nunca”. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

12. **Baremación** :
Ansiedad muy baja (00–21)
Ansiedad moderada (22–35)
Ansiedad severa (35 a más)

Tabla 1: GENERACIÓN DE BAREMOS ANSIEDAD

| Escala | de | CATEGORÍAS |
|---------------------|-----------|-------------------|
| calificación | | |
| 1 | | Ansiedad muy baja |
| 2 | | Ansiedad moderada |
| 3 | | Ansiedad severa |

Tabla 2: ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen del procesamiento de los casos

| | N | % |
|------------------------------------|----|-------|
| <i>Válidos</i> | 20 | 100,0 |
| <i>Casos Excluidos^a</i> | 0 | ,0 |
| <i>Total</i> | 20 | 100,0 |

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach N de elementos

0,90 21

El inventario de ansiedad de Beck consta de 21 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------|---|--------|
| | | K | $\left[\frac{\sum V_i}{K} \right]$ | |
| Mediante la varianza de los ítems | $\alpha =$ | $\frac{K-1}{K}$ | $\left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$ | Donde: |
| | | $K - 1$ | $\left[V_t \right]$ | |
| α = Alfa de Cronbach | V_i = Varianza de cada Ítem | | | |
| K = Número de Ítems | V_t = Varianza total | | | |

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,90; indicando que es altamente confiable.

“Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio - Noviembre, 2016”

Objetivo general: Determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio - Noviembre, 2016

ANEXO 05: Instrumento

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Seudonimo: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a).
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
- 2 Espero ser castigado(a).
- 3 Siento que estoy siendo castigado(a).

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo(a).
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo(a).
- 3 No me gusta a mí mismo(a).

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico(a) conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso(a).
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambio en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que antes.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 06: FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO DE DEPRESIÓN

1. **Título** : Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
2. **Autores** : Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
3. **Editor de adaptación española** : Pearson Educación, S.A
4. **Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:** 2011
5. **Duración** : 5 -10 minutos
6. **Áreas de aplicación** : Psicología clínica, Neuropsicología, Psicología forense
7. **Formato de los ítems** : Tipo Likert
8. **Número de ítems:** : 21 ítems
9. **Soporte** : Administración oral. Papel y lápiz
- 10 **Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable** : El BDI-II ha sido construido preferentemente para un uso clínico como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con 13 años de edad o más.

11. Consigna

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

12. **Baremación** :
- Ausencia (0-9)
 - Depresión Leve (10-15)
 - Depresión moderada (16-23)
 - Depresión grave (24-63)

Tabla 1: GENERACIÓN DE BAREMOS DEPRESIÓN

| Esca la de calificación | CATEGORÍAS |
|--|--------------------|
| 1 | Depresión Leve |
| 2 | Depresión moderada |
| 3 | Depresión grave |

Tabla 2: ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen del procesamiento de los casos

| | N | % |
|------------------------------------|----|-------|
| <i>Válidos</i> | 20 | 100,0 |
| <i>Casos Excluidos^a</i> | 0 | ,0 |
| <i>Total</i> | 20 | 100,0 |

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach N de elementos

0,94 21

El inventario de depresión de Beck consta de 21 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------|---|--------|
| | | K | $\left[\frac{\sum Vi}{K} \right]$ | |
| Mediante la varianza de los ítems | $\alpha =$ | $\frac{K-1}{K}$ | $\left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$ | Donde: |
| | | $K-1$ | $\left[\frac{\sum Vi}{Vt} \right]$ | |
| α = Alfa de Cronbach | V_i = Varianza de cada Ítem | | | |
| K = Número de Ítems | V_t = Varianza total | | | |

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,94; indicando que es altamente confiable.