

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUAMANA**



**TESIS**

**“NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018-2020”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**LA ROSA FERNÁNDEZ, MARCELO MARTIN**

**ASESOR:**

**DR. BERMEJO SÁNCHEZ, FREDY RUPERTO**

**2021**

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018-2020**

LA ROSA FERNÁNDEZ, MARCELO MARTIN

**TESIS DE PREGRADO**

**ASESOR:**

MC. BERMEJO SÁNCHEZ, FREDY RUPERTO

**JURADO:**

M.C. MIRIAM MILAGROS NOREÑA LUCHO

**PRESIDENTE**

M.C. EDGAR IVÁN VALLADARES VERGARA

**SECRETARIO**

Dr. GUSTAVO AUGUSTO SIPAN VALERIO

**VOCAL**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**HUACHO, 2021**

**DEDICATORIA**

A mi madre, el más grande pilar que tengo en la vida, por ser guía y fiel creyente en mí,  
indistintamente de las circunstancias.

A mi padre, por ser el artífice de los valores que supo ofrecerme en vida y razón fundamental  
en dar este gran paso, que estoy seguro lo contempla orgulloso.

A mi hermano, quién ha sido base fundamental en mi hogar brindándome el apoyo  
incondicional a lo largo de todos mis años de estudio.

A mi sobrino, motivo para seguir mejorando como persona y profesional, concretando a  
futuro ser un ejemplo para él.

A Tatiana, por el apoyo y estima que me brindó ella y su familia a lo largo de la carrera y ser  
cómplice en la realización del gran anhelo de ser médico.

*Marcelo Martin La Rosa Fernandez*

## AGRADECIMIENTOS

A mis maestros de la Escuela de Medicina Humana, quiénes sentaron las bases en conocimientos y valores para el correcto desempeño de nuestra profesión médica.

A mi asesor, el Dr. Bermejo Sánchez, Fredy Ruperto, por el tiempo y compromiso dedicado al presente trabajo, desempeñando una gran labor de profesionalismo.

A los miembros del jurado calificador: M.E. Noreña Lucho, Miriam Milagros, M.E. Edgar Iván Valladares Vergara y Dr. Gustavo Augusto Sipán Valerio, por el tiempo dedicado y las contribuciones pertinentes a la investigación, siendo firmes ejemplos de afabilidad y respeto.

Al personal asistencial del Hospital Regional de Huacho, sede donde realicé la etapa de mi internado médico, lugar que me ofreció conocimientos y buenas prácticas, reforzando la relación médico-paciente y dejando una correcta base para mi futuro desempeño profesional, a los médicos asistentes y residentes quienes contribuyeron en mi formación teórico-práctica y al personal administrativo que me permitió ejecutar el presente estudio.

*Marcelo Martin La Rosa Fernandez*

## ÍNDICE GENERAL

<b>TÍTULO</b> .....	i
<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iv
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	viii
<b>RESUMEN</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	xi
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema .....	5
1.2.1. Problema General .....	5
1.2.2. Problemas Específicos .....	6
1.3. Objetivos de la Investigación.....	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2. Objetivos Específicos .....	6
1.4. Justificación .....	7
1.4.1. Conveniencia .....	7
1.4.2. Relevancia social .....	7
1.4.3. Implicancias prácticas.....	7
1.4.4. Valor teórico .....	8

1.4.5. Utilidad metodológica .....	8
1.5. Delimitación del estudio .....	8
1.6. Viabilidad del estudio .....	9
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	14
2.2. Bases Teóricas .....	18
2.2.1. Depresión .....	18
2.3.2. Niveles de Depresión .....	20
2.3.3. VIH .....	21
2.3.4. SIDA .....	22
2.3.5. Depresión y VIH .....	22
2.3. Bases Filosóficas .....	24
2.4. Definición de términos básicos .....	25
2.5. Formulación de la Hipótesis .....	25
2.6. Operacionalización de variables .....	26
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b> .....	<b>28</b>
3.1. Diseño Metodológico .....	28
3.1.1. Tipo de investigación .....	28
3.1.2. Enfoque .....	29

3.2. Población y Muestra .....	29
3.2.1. Población .....	29
3.2.2. Muestra .....	29
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos .....	30
3.3.1. Técnicas a emplear .....	30
3.3.2 Descripción del instrumento .....	30
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información .....	32
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
4.1. Análisis de resultados .....	33
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN</b> .....	<b>40</b>
5.1 Discusión de resultados .....	40
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>44</b>
6.1. Conclusiones .....	44
6.2. Recomendaciones .....	46
<b>CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>47</b>
7.1. Documentales .....	47
7.2. Bibliográficas .....	48
7.3. Hemerográficas .....	49
7.4. Electrónicas .....	50
<b>ANEXOS</b> .....	<b>52</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

### **Tabla N° 01.**

*Niveles de depresión del paciente seropositivo al VIH en el Hospital Regional de Huacho. .33*

### **Tabla N° 02.**

*Niveles de depresión según la edad del paciente seropositivo al VIH. ....34*

### **Tabla N° 03.**

*Niveles de depresión según sexo del paciente seropositivo al VIH. ....35*

### **Tabla N° 04.**

*Niveles de depresión según estado civil del paciente seropositivo al VIH.....36*

### **Tabla N° 05.**

*Niveles de depresión según grado de instrucción del paciente seropositivo al VIH. ....37*

### **Tabla N° 06.**

*Niveles de depresión según zona de residencia del paciente seropositivo al VIH. ....38*

### **Tabla N° 07.**

*Niveles de depresión según situación laboral del paciente seropositivo al VIH.....39*

## RESUMEN

**OBJETIVO:** determinar los niveles de depresión en los pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** estudio no experimental, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo. Se conformó de un total de 102 pacientes con el diagnóstico de VIH durante los años 2018 al 2020. Se usó el programa Microsoft Excel 2016 y paquete estadístico SPSS 25.

**RESULTADOS:** se identificó que la edad promedio fue de  $33,8 \pm 9,9$  años, donde se observó que el nivel de depresión más asociado entre los 18 a 29 años fue la depresión mínima (34,2); el sexo más frecuente fue el masculino (77,5%), cuyo nivel de depresión más común en ellos fue la depresión leve (40,5%); el estado civil más frecuente fue el soltero (69,6%) que tuvo como nivel de depresión más usual a la depresión leve (39,4%); el grado de instrucción predominante fue la secundaria completa (47,1%), que se relacionó frecuentemente con la depresión mínima (39,5%); la zona de residencia más frecuente fue la urbana (84,4%), que mostró un nivel de depresión mínima (40,7%); y la situación laboral más habitual fue el estar empleado (70,5%); donde se encontró que el total de la población padecía de depresión leve (38,9%).

**CONCLUSIONES:** los niveles de depresión son más frecuentes que ocurran: en una edad comprendida entre de 18 a 29 años, en el sexo masculino, en los solteros, en los que presenten grado de instrucción secundaria, en los que provengan de zona urbana y en los empleados.

**PALABRAS CLAVES:** niveles de depresión, pacientes seropositivos al VIH.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** to determine the levels of depression in HIV-positive patients at the Huacho Regional Hospital, 2018-2020.

**MATERIALS AND METHODS:** observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study. It included a total of 102 patients with a diagnosis of HIV during the years 2018 to 2020. The Microsoft Excel 2016 program and the SPSS 25 statistical package were used.

**RESULTS:** it was identified that the mean age was  $33.8 \pm 9.9$  years, where it was found that the level of depression most associated in the group of 18 to 29 years was minimal depression (34.2); the most frequent sex was male (77.5%), whose most common level of depression in them was mild depression (40.5%); the most frequent marital status was single (69.6%), which had mild depression as the most common level of depression (39.4%); the predominant level of education was complete high school (47.1%), which was frequently associated with minimal depression (39.5%); the most frequent area was urban (84.4%), which showed a minimal level of depression (40.7%); and the most common employment situation was being employed (70.5%); where it was found that the total population suffered from mild depression (38.9%).

**CONCLUSIONS:** depression levels are more frequent to occur: in an age between 18 to 29 years, in males the most affected, in singles, in those with a secondary education level, in those who come from the area urban, in which they find a job.

**KEY WORDS:** levels of depression, HIV-positive patients.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente se cuentan con información limitada acerca de cómo los trastornos psicológicos y/o psiquiátricos intervienen con la actuación de diversas actividades y ciertas conductas, sobre todo en aquellas personas que tienden a ser susceptibles a sobrecargas emocionales, laborales, sociales o incluso tópicos referente a su estado de salud, de donde se infiere que la población que presenta comorbilidades crónicas tienden a presentar trastornos referidos al ámbito mental, en donde la depresión se halla íntimamente relacionada. (Romero, 2017).

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2020), enuncia que la patología depresiva es la principal razón de discapacidad, lo que aporta transcendentalmente a la tasa de morbilidad, principalmente en enfermedades crónicas, en donde podemos destacar a la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), persistiendo como uno de los mayores problemas para la salud mundial, cobrando hasta el momento más de 35 millones de vidas. Hasta finales del 2015, poco más 1,000,000 de personas fallecieron en el mundo por causa del VIH y a finales del año pasado se estimó un aproximado de 37,6 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, además de añadirse 1,8 millones de nuevas infecciones. Siendo estas cifras acrecentadas por la patología psiquiátrica sobreagregada.

Es preciso citar a la población latinoamericana que padece de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), en quiénes los trastornos que afectan de manera especial a las personas seropositivas y por ende al curso clínico de la enfermedad, destaca la depresión. (Gutiérrez, 2017, p. 56)

Romero (2017) detalla que la prevalencia y manejo integral de la depresión en pacientes seropositivos al VIH en América Latina según reportes provenientes de Brasil

observaron una prevalencia de un 21,8%, realizado con muestra mixta entre hombres y mujeres 2016; en relación a las circunstancias de riesgo encontraron que la depresión, es más frecuente en mujeres, adolescentes, pacientes con bajo nivel educacional, y en pacientes con baja influencia social, una autoestima limitada, falta de apoyo familiar, y los pacientes menores de 25 años de edad, estas cifras tienden a un ligero aumento progresivo en el tiempo, pero que no puede concretar un seguimiento íntegro por falta de más estudios.

La situación en el Perú se asemeja mucho al panorama mundial, ya que el problema no se centra en el vacío de una política de estado para combatir el meollo patológico, sino en la priorización integral en los pacientes portadores del VIH-SIDA. La falta de intervención eficaz hace que la depresión en los pacientes seropositivos venga incrementándose, más aún en el contexto pandémico por el coronavirus que estamos atravesando (Errea, 2021).

De ahí que, sumado al contexto actual de la pandemia que estamos viviendo, ha traído consigo un impacto sobre los pacientes que viven con el virus del VIH/SIDA (PVVS), ya que las limitaciones impuestas por el gobierno han traído perjuicios para el enfoque de su enfermedad, desde el acceso a la atención del VIH por la restricción de transporte y circulación, la falta de medicinas oportunas, hasta la abolición de citas médicas y laboratoriales para la continuación del tratamiento, afectando potencialmente a los adolescentes seropositivos al VIH. (Errea, 2021); por ello que, estudios relacionados al tema constituyen un importante aporte para analizar la actual situación, teniendo como sede principal al Hospital Regional de Huacho, ubicado en la provincia de Huaura, conllevará a establecer a futuro las medidas necesarias para afrontar a manera de enfoque integral el tratamiento a los PVVS, teniendo como ámbito principal la salud mental del afectado. (Alderete, 2017)

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud menciona que la depresión es una enfermedad habitual mundialmente, y se estima afecta más de 300 millones de personas. Esta patología puede agravarse según sea su curso y traer repercusiones psicosociales intra e interpersonales, preferentemente cuando es de larga data, afectando de manera cotidiana al quehacer del paciente, llegando a limitarlo de ciertas actividades, lo que podría repercutir en un desnivel psicológico, siendo uno de los mayores actos funestos, el suicidio. Se reporta que cada año se suicidan aproximadamente 800 000 personas, siendo el acto suicida la segunda causa de muerte entre las edades de 15 a 29 años. (OMS, 2020)

Es por ello que, la depresión conforma un enfoque asociado a los comportamientos y actitudes que se limitan progresivamente de acuerdo al estado de ánimo del paciente, en donde los síntomas neurovegetativos presentes en la depresión mayor muchas veces se solapan con otras enfermedades crónicas, entre ellos se puede incluir: insomnio, fatiga y poco apetito, además del aislamiento interrelacionado con la sociedad, la melancolía, la idea de aceptación o rechazo por parte de otras personas que el paciente considera, la irritación, la, etcétera. (Romero, 2017).

El paciente que padece de una enfermedad crónica, tomando como referencia una enfermedad infecciosa, como es el VIH, tiende a contar con la depresión como una opción común a desarrollarla y a menudo ser causal debilitante para el tipo de enfermedad que conlleva. Es por ello que es importante tener en cuenta las cifras respecto a la depresión en este grupo de pacientes, que debido a la situación actual no ha podido vislumbrar un panorama de la manera pertinente por todas las limitaciones que impone el estado para

salvaguardar a los pacientes susceptibles en el contexto pandémico que atravesamos. (Errea, 2021).

Enmarcando la patología infecciosa, según el reporte de ONUSIDA publicado hasta hace 2 años atrás, el mundo reporta que 75,9 millones de personas se contagiaron del VIH y, unos 32,0 millones de paciente fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con sus complicaciones. A finales del año 2018, aproximadamente se registra que 37,9 millones de personas se encuentran viviendo con VIH, de los cuales 36,2 millones son adultos y, 1,7 millones son menores de 15 años; siendo la gran mayoría de países subdesarrollados. (ONUSIDA, 2019).

La situación en el Perú, según el Programa Presupuestal TB-VIH/SIDA, estima que hay unas 87 000 de PVVS, de ellas, aproximadamente el 50% aún no saben que padecen la infección. Sin embargo, la cifra aproximada en nuevas infecciones por año, cayó en 5% entre los años 2010 y 2018. Desde los años 80 hasta finales del 2019 los registros acumulados emiten un referente de 120, 389 casos de infección por VIH y 43 072 casos de SIDA en el Perú, encontrándose como mediana de edad de 33 años en las personas que desarrollaron SIDA. (Programa Presupuestal 0016 TB-VIH/SIDA, 2021).

A nivel regional, teniendo como referencia nuestro país con los 87 mil casos de personas infectadas de VIH, el 51% conoce su diagnóstico; sobre todo los que se encuentran en la ciudad de Lima y Callao, donde se estima que casi el 80% de casos, que en mayoría son entre los 25 y 35 años de edad principalmente. Añadido a esto, en forma general se describe que desde hace 3 años los registros de la enfermedad en mención, el VIH, ha magnificado su impacto a pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos regionales, donde se ha dejado olvidado el abarcar todos los aspectos que conlleva una atención integral del paciente con

VIH que, además de lo pertinente a la enfermedad, es importante ahondar el aspecto social y psicológico del mismo. (Canales, 2019).

La infección por VIH, tiene múltiples accesos de empeoramiento para el paciente, uno de ellos se ve reflejado por la misma fisiopatología devastadora en el huésped, asociado a diversos agentes consumidores que van desde el humo de tabaco, comorbilidades frecuentes hasta factores genéticos. Por otro lado, la irregularidad y el abandono del tratamiento, afectan la tasa de éxito del mismo. Todos estos factores, son factores de riesgo proximales a un deterioro en el paciente con VIH. (Programa Presupuestal TB-VIH/SIDA, 2021).

Dentro de los factores aprovechados por la propia inmunosupresión en el paciente con VIH, Canales (2019), menciona que la depresión es una afección frecuente y muchas veces infradiagnosticada en pacientes con VIH. Las personas seropositivas al VIH que presentan depresión tienen una significativa tasa en contra, de comenzar un tratamiento antirretroviral que los pacientes sanos mentalmente. Sin embargo, si estos pacientes inician una terapia farmacológica tienen las mismas posibilidades de comenzar el tratamiento que aquellos pacientes sanos psicológicamente. Por otro parte, la iniciación del TARV (Terapia Antirretroviral) en las personas depresivos que tienen tratamiento psiquiátrico está relacionada con la presencia de demora en la iniciación del manejo. (MINSA, 2020).

La importancia de evidenciar, en primer lugar, el episodio depresivo, y luego de esto, cooperar en un real acceso al tratamiento apropiado, es sumamente trascendental en el posterior manejo integral que pueda llevar el paciente, ya que, dentro de las entidades psiquiátricas más frecuentemente notificadas, se encuentran la depresión mayor, las afecciones en la personalidad, el consumo de estupefacientes, alcoholismo y los trastornos del ánimo. Se estima que en más del 40% de los pacientes inician con episodios de depresión previos al tratamiento antirretroviral, lo que repercute más adelante en una mala adherencia

que finiquita en una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes, que han sido reportado en estudios extranjeros donde cerca del 2% de pacientes presentaba altos niveles de desesperanza; El 5% presentaba depresión y el 7% ansiedad, en donde la población base acorde a estas cifras, fueron la adulta joven del sexo femenino. Además, la depresión frecuentemente es observada, según antecedentes, como 7 veces superior en las personas con VIH, condición que es consecuente en la mala adherencia, el retraso del TARGA, y demás terapias coadyuvantes, que sólo se ve compensado si se recibe algún tipo de tratamiento antidepressivo. (Urizar, 2020).

El diagnóstico de depresión mayor en el paciente infectado con VIH, al igual que en otras enfermedades crónicas, muchas veces es obviado, lo que se relaciona a percepciones de médicos clínicos, pacientes y familiares de que los trastornos del ánimo son parte constitutiva del enfermar y a la superposición de síntomas entre ambas patologías. Esto hace necesario un alto índice de sospecha de parte de especialistas y no especialistas, e introduce la posibilidad de aplicar tamizajes de depresión en todos los pacientes con diagnóstico de infección por VIH. Tomando en cuenta esa problemática y considerando varios estudios, se describen tasas de prevalencia anual entre 5 y 20%; cifras bastante mayores que el 2% de la población general, llegando a reportarse informes de prevalencia hasta de 30%. (Escobar, 2020)

Es cierto que, además de las diferentes limitaciones que ofrece la depresión en el paciente con VIH, destaca la ideación suicida, un trastorno que tampoco se restringe a esta población específica, pero que si es importante resaltar dentro de los principales datos a tener en consideración, en donde destacan cifras en los adolescentes varones (56%), seguido del sexo femenino (43%), el final de la adolescencia (46%) y adolescencia media (40%), que llegan a ser de los datos a tener en consideración si mencionamos el concepto de idea suicida, razón que conlleva a detallar importantes rasgos epidemiológicos en estos pacientes. (Alderete, 2017)

Respecto a lo mencionado, el presente trabajo tiene como objetivo fundamental dar a conocer las cifras correspondientes sobre depresión en las personas seropositivas al VIH, porque el enfoque psíquico en estos pacientes, de acuerdo a la estratificación en que se encuentren, nos permite valorar los diferentes aspectos a tratar en la persona, no solo basándose en el tratamiento farmacológico, sino en el aspecto psicológico, ya que un desbalance en este ámbito compromete directamente en el otro, pudiendo tener consecuencias desfavorables para el paciente, como son la ideación suicida, la baja adherencia o abandono al TARV y episodios de depresión, entre los más importantes. Obtener la casuística de los pacientes seropositivos al VIH, permitirá obtener un panorama esencial sobre el actuar médico, sobre todo con los pacientes que, en relación a sus características epidemiológicas, tengan las más altas tasas de depresión, pudiendo instaurar un manejo psicológico integral y un reforzamiento en el seguimiento de los pacientes más susceptibles a la depresión, además del apoyo psicosocial y familiar que muchas veces repercute en las limitaciones del tratamiento que lleva el paciente, lo que conlleva a evitar desenlaces perjudiciales en ellos, que pueden desencadenar patologías oportunistas. Es así que, la prevención de la depresión en estos pacientes y por consiguiente sus probables desenlaces antes mencionados, es el principal tema abordado en el presente trabajo, quedando como un precedente trascendental en la futura práctica médica relacionada a esta área. Esto conllevará a basarse en antecedentes propios que se relacionen con la afectación depresiva en los pacientes seropositivos al VIH, condición que sobreestima el atildamiento psicológico. (Jiménez, 2020).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

1. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según su sexo, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020?
2. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según su edad, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020?
3. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según la zona de residencia, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020?
4. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según nivel de instrucción, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020?
5. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según estado civil, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020?
6. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según situación ocupacional, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020?

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

#### **1.3.1 Objetivo General:**

Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho. 2018-2020.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos:**

1. Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según edad, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.
2. Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH según sexo, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.
3. Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según estado civil, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

4. Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según grado de instrucción, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.
5. Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según zona de residencia, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.
6. Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según situación ocupacional, en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

#### **1.4. Justificación**

##### **1.4.1. Conveniencia**

Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, sirvieron como indicador del estado emocional y la relación paralela que presentaron al curso de la enfermedad de acuerdo al nivel de depresión en que se encontraron.

##### **1.4.2. Relevancia social**

La discriminación como elemento frecuente e importante, forma parte los estereotipos actuales en la población, lo que conlleva al inicio o remarcación del estado depresivo en los pacientes seropositivos al VIH. Por ello, los resultados conseguidos en el estudio podrán ayudar al manejo depresivo en los pacientes con VIH, enfocándose en los pacientes que, de acuerdo a sus características epidemiológicas, sean más susceptibles a desarrollar el cuadro, lo que permitirá reforzar las terapias psicológicas, la educación en el paciente, además de la prevención y diagnóstico oportuno de esta patología.

##### **1.4.3. Implicancias prácticas**

Conocer los niveles de depresión en personas seropositivas al VIH, tanto el apoyo médico como social, evitando así el aislamiento o resentimiento por parte de estas personas, lo que podría repercutir en posibles limitaciones del tratamiento.

#### **1.4.4. Valor teórico**

Ante la inexistencia de trabajos locales fue importante conocer la magnitud de la depresión en pacientes seropositivos al VIH, con el objetivo de generar conocimientos basados en estudios locales y fomentar políticas de salud pública y prevención, que ayuden a controlar la depresión en pacientes con VIH, dejando como precedente la presente investigación.

#### **1.4.5. Utilidad metodológica**

Durante la realización del plan de tesis, se verificó las historias clínicas donde oportunamente se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), que confirió categorizar los niveles de depresión en los pacientes seropositivos al VIH y determinar las dificultades y limitaciones metodológicas, por ende, se propuso nuevas estrategias para generar conocimiento válido y confiable en futuros estudios, lo cual servirá como retroalimentación y mejora para investigaciones similares.

### **1.5. Delimitación del estudio:**

#### **1.5.1. Delimitación espacial**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Huacho, nosocomio nivel II-2, de referencia regional, ubicado en Av. José Arámbulo La Rosa N° 251, distrito de Huacho, provincia de Huaura.

#### **1.5.2. Delimitación temporal**

Se obtuvo los datos del periodo enero del 2018 a diciembre del 2020.

#### **1.5.3. Delimitación social**

Se llevó a cabo teniendo como referencia a la población perteneciente al tamaño muestral y quienes obedecieron a los criterios de inclusión establecidos.

## **1.6. Viabilidad del estudio**

### **1.6.1. Temática**

La investigación comprendió el área general de ciencias médicas y de salud, al sub área de medicina clínica, y se contó con la suficiente información para su viabilidad, basada en artículos, trabajos de investigación, tesis; además de amplia información digital que sirvió como base del trabajo.

### **1.6.2. Económica**

El trabajo se equipó con los recursos humanos, logísticos y económicos necesarios para su correcto desarrollo, por lo que el proyecto no requirió de una subvención mayor o se patrocinado por algún particular.

### **1.6.3. Administrativa**

El proyecto se ejecutó luego de contar con la autorización del Director Ejecutivo del Hospital Regional de Huacho, así como el visto bueno de la “Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación”, la “Unidad de Estadística e Informática” y “Servicio de Archivo de Historias Clínicas en PROCETSS”, quienes con el permiso solicitado nos brindaron el acceso correspondiente a las historias pertenecientes a esta área. Debido a que no se realizó el estudio en personas, no fue necesario contar con la autorización del “Comité de Ética” del hospital, además se protegió la identidad de los pacientes.

### **1.6.4. Técnica**

Esta investigación se realizó utilizando una ficha de recolección de datos, donde se recogerá información como el número de historia clínica, sexo, edad, zona de residencia, nivel de instrucción, estado civil y situación ocupacional. Por lo tanto, el presente proyecto contó con las condiciones técnicas y operativas que aseguraron su ejecución.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

Escobar S., Ceballos M., Toro P. (2020), realizaron el estudio “Co-morbilidad neuropsiquiátrica en infección por VIH”, cuyo objetivo de la investigación fue describir las características clínicas y manejo de la patología neuropsiquiátrica en los pacientes con VIH, sobre todo en los habituales como: el trastorno neurocognitivo asociado al VIH (HAND) y el trastorno depresivo mayor (TDM). En forma global del estudio se menciona que, el manejo oportuno de la patología neuropsiquiátrica en personas con infección por VIH tiene una repercusión importante en cuanto a la calidad de vida del paciente, además de una mejora significativa en la adherencia al tratamiento. Concluyeron que: *“aproximadamente la mitad de las personas con VIH presentan una enfermedad neuropsiquiátrica, en donde sus complicaciones, tratamiento y ámbito socio familiar facilitaron el desarrollo de estas comorbilidades, que determinaron, en parte, parte del pronóstico desfavorable para estos pacientes si no se atiende de forma oportuna”*.

Urizar C., Jarolin M., Ayala N., Centurión C., Montiel, D. (2020), realizaron el trabajo “Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay”, donde su objetivo fue la determinación de factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral, en relación a su irregularidad, en pacientes infectados con VIH que acudieron al Hospital Nacional de Itauguá, septiembre 2016. Fue un estudio observacional, analítico, y de tipo transversal, donde se tomaron como referencia a 42 pacientes seropositivos al VIH con tratamiento en el Hospital Nacional de Itauguá. Se usó el SMAQ, un cuestionario probabilístico, además de una encuesta poblacional, lo que permitió

evaluar la adherencia al tratamiento, usándose el Odds Ratio (OR). Se obtuvieron como resultados: un 86% de pacientes (n=36) no son adherentes a su tratamiento, además se encontró una asociación significativa en la presencia de efectos adversos y el olvido en el cumplimiento de la medicación, a predominio de los fines de semana. Concluyeron:” *la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes fue desfavorable y los factores implicados fueron los efectos adversos y el no cumplimiento en la toma de la medicación*”.

Sanz, A. (2019) realizó el trabajo “La depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA: Revisión Narrativa”, España, cuyo objetivo fue identificar las intervenciones de enfermería en relación a la patología depresiva en los pacientes con VIH. Usó como metodología la pesquisa bibliográfica en la data de fuentes como: Pubmed, PsycInfo, CINHALL, Cuiden y Scielo, donde obtuvo como resultados, seleccionando aproximadamente veinte artículos científicos para su posterior evaluación, acerca de terapias psicológicas para el mejoramiento de la patología depresiva en pacientes seropositivos. Concluyó que: “*las terapias de intervención propuestas en el ámbito psicológico si mostraron ser eficaces en la disminución de la sintomatología depresiva, sin embargo, existieron limitaciones en los estudios que pueden poner en duda la confiabilidad de los resultados, así como su aplicación en otras poblaciones, por lo que se necesita de mayor información o antecedentes investigativos*”.

Caballero N., Rodríguez E., Candela M., Reyes G. (2017), realizaron el trabajo “Comparación de niveles de ansiedad y depresión entre mujeres y hombres viviendo con VIH de una clínica de la Ciudad de México”, con el objetivo de estimar la frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos entre varones y mujeres de una clínica especializada. Los datos se obtuvieron de una encuesta transversal sobre el uso de condones y la divulgación del estado serológico realizada entre 2012-2013. En el estudio se incluyeron datos del Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y características

sociodemográficas. Dentro del estudio la prueba de elección fueron las no paramétricas lo que permitió valorar y las variables sociodemográficas, además de las clínicas y psicológicas inmersas en el estudio. De acuerdo a los resultados se hallaron diferencias significativas entre géneros en las variables, pero no en las variables clínicas. Los síntomas de depresión estaban presentes en el 45% de las mujeres frente al 18,6% de los hombres y los síntomas de ansiedad estaban presentes en el 47,4% de las mujeres y el 30% de los hombres. De acuerdo al análisis estipulado, las mujeres tenían 3,5 veces más riesgo que los hombres de presentar síntomas de depresión y 2 veces más riesgo de presentar síntomas de ansiedad que los hombres.

Concluyeron que: *“un gran porcentaje de participantes tenía síntomas de depresión y ansiedad; en donde las mujeres fueron mayoritariamente frecuentes en la sintomatología, así como las personas que poseen una susceptibilidad socioeconómica”*.

Romero (2017) realizó el trabajo “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas”, México, el objetivo del estudio fue enmarcar la preponderancia de depresión y ansiedad, en una muestra que tomó a pacientes que ingresaron a la sala de Infectología de Adultos del Hospital Central Militar y se dividieron en dos grupos, un grupo considerado con VIH/SIDA y un grupo control sin VIH/SIDA con otras enfermedades infectocontagiosas. Con respecto al análisis estadístico usado fue de tipo descriptivo y para la comparación de los grupos la prueba de Mann-Whitney. Los resultados del estudio arrojaron que el grupo con VIH/SIDA y ansiedad tuvo una mayor prevalencia según la Escala de Ansiedad de Hamilton, donde el 90% fue del grupo con VIH/SIDA y 87.5% del grupo control comparativo. Concluyó que: *“los pacientes con VIH/SIDA hospitalizados mostraron una mayor prevalencia de ansiedad y depresión que el grupo control establecido”*.

Gutiérrez, H. y Gutiérrez, H. (2017), realizaron el estudio “Prevalencia de la depresión y factores asociados a esta en pacientes con VIH-positivo de la clínica de infectología del

Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) en el período comprendido de mayo-septiembre, 2016”, Nicaragua, teniendo como objetivo conocer los estados emocionales en los pacientes con VIH que se encuentren en fase latente, además de realizar una comparación respecto a las variables de género, edad, carga viral y tratamiento. Fue un estudio transversal de tipo analítico. Se utilizaron dos instrumentos en el estudio, los cuales fueron la Escala Autoaplicada de Depresión y Ansiedad de Zung. El estudio tuvo como muestra a 30 pacientes, quienes no tenían altos niveles de ansiedad y depresión en esta etapa de la infección. Concluyeron que: *“las variables que mostró el estudio, en relación a la edad, mientras menor fueron los años mayor fue el nivel de depresión, encontrando una fuerte relación desfavorable; en carga viral no se encontraron diferencias significativas. Además, los pacientes en fase de latencia no presentaron los niveles de ansiedad y depresión altos”*.

Alderete, C., Cruz, R., Candela M., Rodríguez E., Reyes G. (2017), realizaron el trabajo “Evaluación de depresión, ansiedad, desesperanza y riesgo suicida en pacientes con VIH hospitalizados”, México, cuyo objetivo de este estudio fue valorar la existencia de ansiedad, depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en pacientes VIH hospitalizados al ingreso y al alta. Se realizó un estudio comparativo con la población hospitalaria VIH + del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México, de febrero a noviembre de 2013. Se aplicaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo de Suicidio de Plutchik al ingreso hospitalario y descarga. Se obtuvo como resultados que, ciento quince pacientes completaron las tres evaluaciones. El 1,7% presentó altos niveles de desesperanza; El 5,2% tenía depresión clínica y el 7% ansiedad clínica, la comparación de las puntuaciones al ingreso y al alta mostró disminuciones significativas en todos los niveles de síntomas. Se concluyó que: *“la mayoría de los pacientes presentó niveles bajos de todos los síntomas evaluados al ingreso y estos*

*disminuyeron al alta. Es necesario realizar más investigaciones con la población con VIH hospitalizada”.*

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Paredes J., Navarro R., Cabrera D., Díaz M., Mejía F., & Cáceres C. (2021), realizaron el estudio “Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19”, Lima, en donde detallan que la actual pandemia que venimos atravesando ha tenido un impacto negativo en sobrecarga emocional en pacientes susceptibles, como son los seropositivos al VIH. Asimismo, es importante resaltar del estudio que una de las consecuencias más importantes en la actual crisis sanitaria es una alta demanda en la idea de soledad, asociada una percepción de aislamiento en la población común. Concluyeron que: *“la depresión, el aislamiento social y la violencia doméstica que suele presentarse en los pacientes seropositivos, de los cuales tienen un alto riesgo, necesita de la innovación en estrategias protectoras del eje mental en estos pacientes. Lo que podrá concretarse a futuro con la personalidad y responsabilidad que posean los sistemas de salud frente a los estragos de la actual pandemia del coronavirus en los pacientes con VIH, logrando una prevención o mermar estas cifras a nivel nacional y mundial”.*

Lizárraga W. (2020) realizó el estudio “Relación entre la severidad de síntomas depresivos y el estadio Clínico de la infección por VIH en pacientes en TARGA, ESNITSS del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020”, cuyo objetivo fue dar a conocer la relación entre la severidad de los síntomas depresivos y su fase clínica correspondiente en los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral. Se tuvo como muestra a un total de 100 pacientes con la infección, quienes cumplieron los criterios de inclusión establecidos en el estudio. Se mostraron en los resultados del estudio, mediante el método descriptivo y la comparación con la prueba de chi cuadrado y la asociación por vía de Spearman, encontrando lo siguiente: el

45% de pacientes era adulto joven, el 28% entre los 30 y 39 años; el 89% eran de sexo masculino y 11% de sexo femenino. Se encontró depresión en el 9% de pacientes en tratamiento antirretroviral, siendo de nivel leve en 6% y nivel moderado en 3%. Concluyó que: *“hubo una frecuencia disminuida en los síntomas depresivos en pacientes VIH en tratamiento, pero con mayor severidad de acuerdo los estadios sean más avanzados”*.

Herrera B., Pérez K. (2019), realizaron el estudio “Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana”, cuyo objetivo fue conocer si la depresión toma el papel mediador entre el estigma y la adherencia en pacientes con VIH de un Hospital general de Lima Metropolitana. La investigación fue de tipo no experimental, corte transversal. La muestra fue de 145 pacientes con diagnóstico de VIH entre hombres y mujeres con más de tres meses en TARV a los que se le aplicó el cuestionario de estigma de Berger, PHQ-9 y SMAQ. Los resultados mostraron que la depresión si tenía un papel como mediador en el estigma y la adherencia en estos pacientes; por otro parte, se evidenció que el estigma influye positivamente en el desarrollo de la depresión; además se mostró que la depresión y la adherencia se relaciona en cuanto a efectos; mientras que el estigma y la adherencia, no se relacionan en cuanto a efectos relacionados. Concluyeron: *“se determinó que la depresión tomaba como papel mediador una función positiva sobre el estigma y la adherencia en pacientes seropositivos”*.

Rojas Y. (2019) realizó el trabajo “Prevalencia de síntomas depresivos y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH que reciben TARGA en la ESNITSS del Hospital Goyeneche – 2019”, Arequipa, cuyo objetivo fue determinar la preponderancia en la sintomatología depresiva en los pacientes con VIH. El tipo de estudio empleado en el trabajo fue de carácter observacional, de enfoque prospectivo y corte transversal, donde se evaluó a 116 pacientes seropositivos, los datos fueron aplicados en forma transversal: el Inventario de Depresión de Beck-II, Green y Levine y la Escala de Adhesión a los Medicamentos de

Morisky, además de datos recolectados en las fichas clínicas incluidas en las historias. Del estudio se observó que casi la mitad de los pacientes tenían edades entre los 18 a 29 años; donde cerca del 90% eran varones; casi el 60% de la población tenía grado de instrucción secundaria; dentro de estos pacientes el 44% cuentan con la familia como soporte socio afectivo. En bases generales, la depresión mínima y leve fue la que más representó a la data, llegando a ser del 60% aproximadamente, cerca del 10% cursó depresión leve y el 13% presentó depresión moderada y casi el 14% cursó con depresión severa. Concluyó que: *“los síntomas depresivos mínimos también catalogado como de no depresión tiene el 63% de prevalencia; el 37% restante presentaron síntomas depresivos distribuidos en categorías de leve, moderada y severa siendo esta última la más frecuente; además se encontró un alto porcentaje de mala adherencia al TARGA”*.

Trujillo, J. (2019) realizó el estudio “Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco - 2017”, Huánuco, cuyo objetivo fue determinar los niveles de ansiedad y depresión en personas portadoras de VIH/SIDA. La metodología usada en la investigación fue descriptiva. Tuvo una muestra de 55 pacientes. En la recolección de datos se utilizaron como instrumentos las escalas de ansiedad y depresión de Beck. Los resultados reflejaron datos significativos que concuerdan con la aceptación de su hipótesis sobre de que existen niveles significativos con respecto a la depresión y ansiedad en estos pacientes. Concluyó que: *“un porcentaje que refleja casi la mitad de pacientes con VIH presentaron ansiedad mínima, cerca de un 40% presentó ansiedad de forma leve, un 7,27% presentó ansiedad de característica moderada, un 5,45% tuvo ansiedad grave”*.

Rodríguez, Y. (2018), realizó el trabajo “Factores asociados a depresión en personas que viven con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)”, Trujillo, cuyo objetivo de estudio fue identificar los factores asociados a depresión en las

PVV que se encuentren en TARV. El método de estudio fue observacional, transversal y de casos y controles. Se tuvieron como muestra a una totalidad de 240 historias clínicas de PVV (80 casos y 160 controles) que reciben TARV en su hospital correspondiente, durante el periodo establecido en el estudio, que fue de marzo a julio del 2018. Se obtuvieron como resultados, luego de realizar un análisis de regresión logística, se encontraron como variables asociadas: ansiedad moderada-grave, sentirse estigmatizado, estilos de afrontamiento al estrés y afrontamiento emocional. Concluyó que: *“la ansiedad, el sentirse estigmatizado, los estilos de afrontamiento al estrés y la dependencia de alcohol fueron factores fuertemente asociados a la depresión en PVV que reciben TARV”*.

Salas, S. (2018) realizó el trabajo “Asociación entre estado depresivo y desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes VIH Positivo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, Lima, los objetivos fueron verificar si existe asociación entre la patología depresiva y la consecuente aparición de complicaciones infecciosas en pacientes VIH atendidos en consultorio externo de infectología. Fue un estudio analítico, retrospectivo, de tipo casos y controles, con una muestra de 314 pacientes VIH positivo (157 sin complicaciones y 157 con complicaciones). Se aplicó el “Inventario de Depresión de Beck” y los datos personales correspondientes al paciente. Se obtuvo como resultado que, la depresión reflejó ser un factor de riesgo para la aparición de complicaciones infecciosas en personas VIH positivas. Concluyó que: *“la depresión estuvo presente como patología acompañante en casi un tercio de las personas con VIH; siendo más frecuente en mujeres y adultos, y los que tuvieron un nivel de estudio secundario y empleo dependiente. Se resalta la relación existente entre el estado depresivo y las complicaciones infecciosas posibles”*.

Díaz C, Serrato K. (2017), en el trabajo que realizaron acerca del “Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo, julio - noviembre, 2016”, suscitaron los objetivos acerca de identificar el nivel de

ansiedad y depresión en dichas mujeres. La metodología usada fue la cuantitativa, descriptiva, transversal. Se contó como muestra a 50 personas de sexo femenino. La información se recolectó a través del test de Beck. El resultado obtenido sobre los niveles de depresión tuvo 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 presentes en las mujeres de la asociación “Viviendo en Positivo”, fueron moderados”*.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Depresión**

#### *2.2.1.1. Definición*

La depresión es una patología caracterizada por la presencia de sintomatología que es denominada negativa en el aspecto de la persona, que generalmente se acompaña de sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; además de tristeza, llanto recurrente y disminución de la libido, también repercute en la mayoría de casos en el desempeño laboral o escolar, además de complicar una visión en afrontar la vida diaria. Por otra parte, la depresión en su variedad de acepciones, como bien lo menciona Canales (2019):

En su forma más letal, puede finiquitar en la ideación suicida conllevando a una posterior realización. Si la depresión es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (p. 85)

### *2.2.1.2. Características clínicas*

Dentro del concepto, la sintomatología es variable para cada persona, básicamente hay un listado de proposiciones que se incluye dentro de esta patología, entre ellos destacan: la baja de estado de ánimo en la mayor parte del día, la disminución en el interés de realizar los quehaceres habituales por la persona, además de una alteración en el régimen alimenticio, ciclo del sueño o vigilia, y la predominancia de los síntomas como tristeza, llanto recurrente y sentimiento de culpa que se acompaña con una baja autoestima (DSM-5, 2018)

### *2.2.1.3. Epidemiología*

La depresión como un representante nato de las afecciones frecuentes en el mundo, fácilmente es candidato a convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, pudiendo dificultar o limitar las actividades básicas que realice la persona, sobre todo si está inmersa o paralela a una patología crónica fuerte. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, así como se reporta en los últimos estudios, en donde se pronostica que las cifras están en aumento constante pudiendo acercarse al millón de personas, es por ello que, en los últimos años, el acto suicida, sigue siendo considerado como la segunda causa de muerte en las personas menores de 30 años. (OMS, 2018)

A pesar de los modelos terapéuticos que llegan a mitigar la depresión, la mayoría de las personas no tiene acceso a este privilegio, por diversas razones que conllevan a ello, como son la falta de recursos humanos especializados o un diagnóstico infravalorado por el personal médico, sumado al estigma social que conlleva el paciente que tiende a limitarlo. Siendo el obstáculo resaltante, la atención a destiempo en conjunto con una evaluación equívoca que conlleva a un mal diagnóstico, que en muchas de las ocasiones se superpone en

la sintomatología de otra patología subyacente que muchas veces finiquita en un mal diagnóstico conjunto. (OPS, 2020)

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales, que por impacto social se ve un aumento en las cifras presentadas en cada reporte, lo que pone en real alerta para el personal de salud, relacionado a este aspecto. (OMS, 2018)

#### *2.2.1.4. Diagnóstico*

Una de las formas en cómo se toman los criterios clínicos para el diagnóstico, muy inmerso en la sintomatología depresiva que tiene que abarcar más de dos semanas de duración, asociado a un cambio de funcionalidad previa, son los instrumentos que estratifican el grado de depresión en el paciente, como por ejemplo el “Inventario de Depresión de Beck”, el cual permite categorizar e indicar el manejo adecuado para el paciente (Escobar, 2020).

### **2.3.2. Niveles de Depresión**

Categorización de la depresión en cuatro niveles, de acuerdo el Inventario de Depresión de Beck. Los niveles son los siguientes: (Pagano, 2021).

Mínima: 0-13 puntos.

Leve: 14-19 puntos.

Moderado: 20-28 puntos.

Severo: 29-63 puntos.

### 2.3.3. VIH

Un concepto bastante complejo dentro del campo de la infectología. “El VIH significa virus de inmunodeficiencia humana, cuyo patógeno es la etiología de la infección del mismo nombre. El VIH ataca y destruye las células CD4 del sistema inmunitario que combaten las infecciones” (Mandell, 2020).

La pérdida de células CD4 dificulta o limita el correcto funcionamiento de la actividad inmunitaria del cuerpo contra cualquier infección. Por lo que, sin tratamiento, el VIH puede gradualmente destruir el sistema inmunitario y evolucionar al SIDA. El VIH se propaga por medio de contacto con ciertos líquidos corporales de una persona que tiene el VIH. Estos líquidos incluyen: sangre, semen, líquido pre seminal, secreciones vaginales, secreciones rectales y leche materna. (OMS, 2018)

El contagio del VIH de una persona a otra se llama transmisión del virus. Por otra parte, la diseminación del virus de una mujer seropositiva al VIH a su hijo durante la gestación, el parto o la lactancia materna se llama transmisión materno infantil, y dentro de los últimos años este tipo de transmisión posee cifras progresivamente más altas. (OMS, 2020)

La infección por VIH, compromete predominantemente el sistema inmune del organismo, principalmente las células TCD4, lo que causa una deficiencia en este al momento de combatir las diversas patologías a presentarse en el paciente. Es por ello, que, evidenciada la pandemia del VIH desde hace muchos años, el modelo epidemiológico de la enfermedad se centró en la infección del agente causal por diversos medios, como son la transmisión por contacto sexual, por sangre y los hemoderivados. (Mandell, 2020)

#### **2.3.4. SIDA:**

Las siglas significan: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Esta se refiere a la fase más avanzada de infección por el VIH. Por lo que, no viene a ser consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos. (OMS, 2018)

Es importante reconocer las complicaciones de esta patología, ya que, al ser considerada esta como una fase de suma letalidad en el paciente seropositivo al VIH, es blanco de ser susceptible a enfermedades oportunistas que pueden llevar a un desenlace funesto en el sujeto. Por ello, la función del personal de salud es de suma trascendencia con estos pacientes, donde el papel de la promoción y prevención de salud, paralelo a la consejería integral en la persona, son los pilares importantes en donde el accionar médico debe centrarse, evitando así futuros desenlaces no beneficiosos para el paciente y su entorno socio-familiar. (Norma Técnica, 2020)

#### **2.3.5. Depresión y VIH**

Las personas seropositivas que presentan depresión presentan una intención prevalentemente menor de iniciar un tratamiento oportuno que aquellos pacientes sanos, sin ningún tipo de patología mental asociada. La iniciación del TARV para los pacientes depresivos que reciben tratamiento psiquiátrico está asociada con la relación en su demora, la que hace detallar una probable consecuencia que termine en una mala adherencia. (Canales, 2019).

Según Díaz (2017), “la importancia de evidenciar, en primer lugar, la sintomatología depresiva en personas con VIH y luego ayudarlas a acceder al tratamiento apropiado es

sumamente importante para que estas personas puedan obtener todos los beneficios que el TARV proporciona” (p. 42).

Si tomamos en cuenta que las personas con VIH desde el inicio de la epidemia han estado expuestas a diversos factores psicosociales que representan estresores importantes en su vida, no es difícil imaginar que éstos puedan contribuir de manera importante a que desarrollen algún trastorno mental. La falta de control adecuado de la infección, ya sea por falta de acceso al TARV o por desconocimiento del diagnóstico, favorece el daño al sistema nervioso central por la reacción inflamatoria que genera el virus y el sistema inmune, lo que contribuye al inicio de algún trastorno mental. (Errea, 2021)

La depresión llega a estar presente de dos a tres veces más en personas seropositivas al VIH, aunque la presentación del cuadro depresivo en las personas con VIH no presenta mayores diferencias que el resto de la población, sí es importante señalar que existen algunos síntomas, como la disminución del apetito, las alteraciones en el sueño o funciones cognitivas, que llegan a ser más intensas o agudas en comparación con la población en general. (Alderete, 2017)

El nivel de afección que la depresión tiene sobre el curso de la infección por VIH llega a ser en diferentes niveles; es decir, se ha demostrado que cursar con episodio depresivo sin tratamiento disminuye los niveles de CD4 del sujeto con VIH (aún con toma adecuada del TARV), aumenta la carga viral, tiene un mayor riesgo de progresión de enfermedad y mayor riesgo de muerte relacionada con el sida. La toma del TARV en una persona con VIH requiere estar presente en > 95% del total de sus tomas diarias, ya que la falla en esto repercute en la estabilidad del control virológico y potencialmente se convierte en un factor de resistencia al TARV, a corto o mediano plazo. El impacto de la depresión no sólo se observa de manera directa en los parámetros clínicos del control de

la infección, sino también en la adherencia al TARV. La relación directa entre cursar con depresión y no tener niveles de adherencia adecuados al TARV se ha descrito de manera amplia, lo que repercute en un aumento en la mortalidad para este grupo de pacientes.

(Herrera, 2019)

### **2.3. Bases Filosóficas**

Cerca al segundo milenio, el filósofo Lou Marinoff publica el libro “Plato, Not Prozac” (traducido al español, Más Platón y menos Prozac), en donde refleja que las "herramientas filosóficas" del ser son esenciales para sentar prospectos en relación a las adversidades, tanto simples como complejas, de la vida. Años más tarde, el filósofo alemán Byung-Chul Han, ahondó en su publicación “La sociedad del cansancio” acerca de la depresión, concluyendo que es un padecimiento narcisista; siendo esta afectación lo que delimita la poca ganancia entre la distancia hacia el otro y su contemplación, dejando de percibirnos intrapersonalmente. La depresión inmersa en su profunda psicopatología, es consecuente con afectar la vitalidad, la libido, y, para muchos, el alma del paciente. Ese es el meollo que la medicina y filosofía comparten entre sí, para llegar a vislumbrar un panorama del padecimiento. Es por ello que, esta dolencia caracterizada filosóficamente en contexto de la pandemia se hace mucho más previsible en esta población de sujetos. (Guerra, 2021).

Otra de las paradojas más llamativas de este “realismo depresivo” es la posibilidad de que se trate de un mecanismo mental de carácter evolutivo. Como que esa tristeza fuera semejante a la fiebre que provoca una infección biológica en el cuerpo. A partir de esta metáfora, algunos pensadores aseveran que la causa de la enfermedad no es para nada la fiebre, sino uno de los síntomas. Por tanto, “la fiebre no es producto del mal funcionamiento biológico, sino un mecanismo para combatir a la infección, aunque sea desagradable. (Zamorano, 2020)

## 2.4. Definición de términos básicos

- 2.4.1. Sexo:** “condición orgánica, masculina o femenina” (RAE, 2020).
- 2.4.2. Edad:** “cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana” (RAE, 2020).
- 2.4.3. Zona de residencia:** “la zona de residencia de una persona, define un contexto cultural, según el área caracterizada donde se encuentre la persona, en donde se diferencia dos zonas principales, las urbanas y rurales” (RAE, 2020).
- 2.4.4. Nivel de instrucción:** “el nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados, respecto a la educación básica regular, independientemente se hayan terminado o estén provisional o definitivamente incompletos” (SITEAL, 2019).
- 2.4.5. Estado civil:** “condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales” (RAE, 2020).
- 2.4.6. Situación ocupacional:** “situación de una persona económicamente activa en relación a su empleo actual (o anterior si está desempleada) sea este empleador, trabajador independiente, empleado, trabajador familiar no remunerado o miembro de una cooperativa de producción” (OIT, 2021).

## 2.5. Formulación de la Hipótesis

El presente trabajo al ser una investigación de tipo descriptivo, no se tomará en cuenta la formulación de hipótesis.

## 2.6.Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instrumento</b>
<b>Niveles de Depresión</b>	Estadíos de creciente intensidad en base al Inventario de Depresión de Beck	Categorización de la depresión en cuatro niveles según el Inventario de Depresión de Beck	Epidemiología	Cualitativa	Ordinal	1. Mínimo: 0-9 pts. 2. Leve: 10-16 pts. 3. Moderado: 17-29 pts. 4. Severo 30-63 pts.	Inventario de Depresión Beck escrito o virtual
<b>Paciente seropositivo al VIH</b>	Paciente diagnosticado con VIH	Análisis confirmatorio de serología compatible con VIH	Serología	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. -Reactivo a prueba rápida o ELISA 2. -No reactivo a prueba rápida o ELISA	Historia Clínica
<b>Sexo</b>	Condición biológica de nacimiento del paciente	Condición biológica del paciente en este estudio	Epidemiología	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino	Historia Clínica
<b>Edad</b>	Pertenciente o relacionado a la edad en un grupo de personas	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del instrumento.	Epidemiología	Cuantitativa	Ordinal	Valor numérico	Historia Clínica
<b>Zona de residencia</b>	Viviendas o edificaciones localizadas en un	Categorización de acuerdo a la zona	Epidemiología	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.Rural 2. Urbana	Historia Clínica

	término municipal o entidad de población.	de residencia del paciente.					
<b>Nivel de Instrucción</b>	Años de estudio que ha logrado aprobar la población de 15 y más años de edad	Categorización según la instrucción que confiere el paciente	Epidemiología	Cualitativa	Nominal politómica	1. Sin nivel 2. Pre-Escolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior	Historia Clínica
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Según se registre en el documento nacional de identidad del paciente	Epidemiología	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Soltero (a) 2. Casado(a) 3. Conviviente 4. Viudo (a) 5. Divorciado(a)	Historia Clínica
<b>Situación ocupacional</b>	Perteneciente o relativo al trabajo o alguna actividad que se esté realizando.	Según la actividad o inactividad laboral al momento de la aplicación del instrumento.	Epidemiología	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Empleado 2. Desempleado	Historia Clínica

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño Metodológico

##### 3.1.1. Tipo de investigación

###### *3.1.1.1. Según la intervención del investigador*

Observacional: porque su objetivo fue “la observación y el registro” de las variables sexo, edad, zona de residencia, nivel de instrucción, estado civil y situación ocupacional, sin intervención en el curso natural de éstos (Manterola, 2019).

###### *3.1.1.2. Según la planificación de toma de datos*

Retrospectivo: porque la recolección de datos se realizó en el presente, pero se tomó los datos del pasado. (Manterola, 2019).

###### *3.1.1.3. Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio*

Transversal: porque midió las variables sexo, edad, zona de residencia, nivel de instrucción, estado civil y situación ocupacional en un punto específico en el tiempo. (Vásquez, 2020).

###### *3.1.1.4. Según el número de variables de interés*

Descriptivo, de naturaleza no experimental, en donde se determinó el registro de variables y su posterior valoración, sin ningún tipo de influencia externa de otras variables. (Vásquez, 2020).

### **3.1.2. Enfoque**

Enfoque de tipo cuantitativo, pues se utilizó la recolección de datos de las historias clínicas, donde se aplicó el instrumento. Además, se analizó estadísticamente la variable, con el fin de establecer cifras consecuentes al estudio descriptivo. (Vásquez. 2020)

## **3.2. Población y Muestra**

### **3.2.1. Población**

La población estuvo conformada por 102 pacientes seropositivos al VIH que fueron atendidos en el consultorio externo del servicio de Infectología del Hospital Regional de Huacho, entre los años 2018 y 2020.

#### *Criterios de inclusión:*

Pacientes seropositivos al VIH con sintomatología depresiva.

Pacientes que acuden al servicio de Infectología del Hospital Regional de Huacho.

Pacientes que aceptaron desarrollar el Inventario de Depresión de Beck.

#### *Criterios de exclusión:*

Pacientes no seropositivos al VIH.

Pacientes que no acudieron a su control en el servicio de Infectología del Hospital Regional de Huacho.

Pacientes que no aceptaron completar el Inventario de Depresión de Beck.

### **3.2.2. Muestra**

La muestra fue de 102 sujetos, la misma que la población.

### **3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

#### **3.3.1. Técnicas a emplear**

La técnica utilizada fue el método de observación, de donde se obtuvo la información correspondiente de los pacientes registrados en el área de “Servicio de Archivo de Historias Clínicas PROCETSS” del Hospital Regional de Huacho.

#### **3.3.2 Descripción del instrumento**

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, el Inventario de Depresión de Beck, el cuál fue aplicado de manera pertinente, como parte del protocolo de evaluación psicológica en el paciente diagnosticado con VIH.

##### *3.3.2.1. Encabezado*

El Inventario de Depresión de Beck es un autoinforme en donde se evalúa y estratifica la gravedad depresiva, adolescentes de 13 años o más, que consta de 21 ítems sobre: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo. (Pagano, 2021).

##### *3.3.2.1. Calificación*

El paciente indicará su elección respondiendo mediante un número, en caso de duda se volverá a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones eligió. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anotará el mayor de los valores. 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 conforme a la severidad del cuadro: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (Pagano, 2021).

#### *3.3.2.2. Confiabilidad*

Las puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión, diagnosticadas mediante entrevistas estructuradas, tanto en muestras de pacientes como en muestras de estudiantes universitarios; para ello se ha empleado una metodología adecuada para traducir y adaptar los ítems a la población hispanohablante. El contenido de la prueba incluye todos los criterios propuestos por DSM-IV y CIE10 para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. (Pagano, 2021)

#### *3.3.2.3. Validez*

Los estudios de validación de las puntuaciones aportan evidencias procedentes del análisis de la estructura interna del instrumento, de su utilidad diagnóstica y de correlaciones con marcadores relevantes de los constructos de depresión. En lo que se refiere a la estructura interna, se realizaron análisis factoriales exploratorios en los que se replicaron los resultados de estudios factoriales en población clínica realizados por los autores de la prueba, obteniéndose dos factores: una dimensión somática (pérdida de energía, fatiga, pérdida de placer e interés, cambios en el patrón del sueño, etc.) y un factor cognitivo (autocríticas, insatisfacción con uno mismo, inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio, etc.). Dada la alta asociación entre ambos factores, es razonable considerar que la prueba mide un factor dominante de gravedad de la depresión. (Pagano, 2021).

### **3.4 Técnicas para el procesamiento de la información**

Se procesaron los datos de las historias clínicas, digitándolos para su correspondiente recolección y organización, apoyados en el programa Microsoft Excel 2016. Posteriormente los datos se procesaron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 25.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de resultados

**Tabla N° 01.**

*Niveles de depresión del paciente seropositivo al VIH en el Hospital Regional de Huacho.*

		<b>Frecuencia (F)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Niveles de depresión</b>	Mínimo	40	38,8
	Leve	37	36,9
	Moderado	17	16,5
	Severo	8	7,8
<b>Total</b>		<b>102</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

En la **Tabla 01:** al evaluar los niveles de depresión en los pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, se encontró que el 38,8% del total de sujetos presentó depresión mínima, el 36,9% presentó depresión leve, el 16,5% depresión moderada y el 7,8% depresión severa.

**Tabla N° 02.***Niveles de depresión según la edad del paciente seropositivo al VIH.*

		Niveles de depresión									
		Mínimo		Leve		Moderado		Severo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Edad</b>	13-17	0	0	1	10	0	0	0	0	1	0,9
	18-29	12	34,2	10	28,5	9	25,7	4	11,6	35	34,4
	30-59	27	28,5	25	39	8	12,5	4	6,4	64	62,8
	Mayor de 60	1	50	1	50	0	0	0	0	2	1,9
<b>Total</b>		<b>40</b>		<b>37</b>		<b>17</b>		<b>8</b>		<b>102</b>	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

F: frecuencia, %: porcentaje

En la **Tabla 02**: al evaluar la edad, se encontró que el 100% del rango comprendido entre 13 y 17 años presentó depresión leve; la edad entre 18 y 29 años, el 34,2% presentó depresión mínima, 28,5% depresión leve, 25,7% depresión moderada y 11,6% depresión severa; las edades entre 30 y 59 años, el 42,1% presentó depresión mínima, el 39% depresión leve, el 12,5% depresión moderada y el 6,4% depresión severa; con respecto a los mayores de 60 años, el 50% presentó depresión mínima y el 50% restante depresión leve.

**Tabla N° 03.***Niveles de depresión según sexo del paciente seropositivo al VIH.*

		<b>Niveles de depresión</b>									
		<b>Mínimo</b>		<b>Leve</b>		<b>Moderado</b>		<b>Severo</b>		<b>Total</b>	
		<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	31	39,4	32	40,5	10	12,6	6	7,5	<b>79</b>	<b>77,5</b>
	Femenino	9	39,3	5	21,7	7	30,4	2	8,6	<b>23</b>	<b>22,5</b>
<b>Total</b>		<b>40</b>		<b>37</b>		<b>17</b>		<b>8</b>		<b>102</b>	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

F: frecuencia, %: porcentaje

En la **Tabla 03**: al evaluar el sexo, se encontró que un 77,5% de los pacientes seropositivos al VIH son de sexo masculino, de los cuales el 39,4% presentó depresión mínima, el 40,5% depresión leve, el 12,6% presentó depresión moderada y el 7,5% presentó depresión severa. Además, el 22,5% del total de pacientes fue de sexo femenino, de los cuales el 39,3% presentó depresión mínima, el 21,7% depresión leve, el 30,4% presentó depresión moderada y el 8,6% presentó depresión severa.

**Tabla N° 04.***Niveles de depresión según estado civil del paciente seropositivo al VIH.*

		Niveles de depresión									
		Mínimo		Leve		Moderado		Severo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Estado civil</b>	Soltero	26	36,6	28	39,4	11	15,5	6	8,5	<b>71</b>	<b>69,6</b>
	Casado	3	42,9	3	42,9	0	0	1	14,2	<b>7</b>	<b>6,8</b>
	Conviviente	9	47,3	5	26,3	4	21,1	1	5,3	<b>19</b>	<b>18,6</b>
	Viudo	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	<b>3</b>	<b>2,9</b>
	Divorciado	2	10	0	0	0	0	0	0	<b>2</b>	<b>1,9</b>
<b>Total</b>		<b>40</b>		<b>37</b>		<b>17</b>		<b>8</b>		<b>102</b>	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

F: frecuencia, %: porcentaje

En la **Tabla 04:** al evaluar el estado civil, se encontró que un 69,6% de los pacientes seropositivos al VIH eran solteros, de los cuales el 36,6% presentó depresión mínima, el 39,4% depresión leve, el 15,5% depresión moderada y el 8,5% depresión severa. El 6,8% del total de pacientes eran casados, de los cuáles el 42,9% presentó depresión mínima, el 42,9% depresión leve, ninguno presentó depresión moderada y el 14,2% depresión severa. Con respecto a los viudos, estos representan el 2,9% del total de pacientes, en donde el 33,3% de ellos presentó depresión leve y el 66,7% depresión moderada. El 1,9% del total de pacientes eran divorciados, quienes padecieron en su 100% depresión mínima.

**Tabla N° 05.**

*Niveles de depresión según grado de instrucción del paciente seropositivo al VIH.*

		Niveles de depresión									
		Mínimo		Leve		Moderado		Severo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria completa	4	23,5	5	29,5	4	23,5	4	23,5	17	16,6
	Secundaria completa	19	39,5	16	33,3	11	22,9	2	4,3	48	47,1
	Superior	17	45,9	16	43,3	2	5,4	2	5,4	37	36,3
<b>Total</b>		<b>40</b>		<b>37</b>		<b>17</b>		<b>8</b>		<b>102</b>	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

F: frecuencia, %: porcentaje

En la **Tabla 05**: al evaluar el grado de instrucción, se observó que el 16,6% del total de pacientes seropositivos al VIH tuvieron un grado de instrucción de primaria completa, de los cuales el 23,5% de ellos presentó depresión mínima, el 29,5% depresión leve, el 23,5% depresión moderada y el 23,5% depresión severa. El 47,1% del total de pacientes tenían secundaria completa, de los cuáles el 39,5% de ellos presentó depresión mínima, el 33,3% depresión leve, el 22,9% depresión moderada y el 4,3% depresión severa. El 36,3% del total de pacientes tenía instrucción superior, de los cuáles el 45,9% de ellos presentó depresión mínima, el 43,3% depresión leve, el 5,4% depresión moderada y el 5,4% depresión severa. Mencionar que no se encontró paciente que no haya tenido nivel de instrucción.

**Tabla N° 06.***Niveles de depresión según zona de residencia del paciente seropositivo al VIH.*

		Niveles de depresión									
		Mínimo		Leve		Moderado		Severo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Zona de residencia</b>	Rural	5	31,2	6	37,5	4	25	1	6,3	<b>16</b>	<b>15,6</b>
	Urbana	35	40,7	31	36,1	13	15,1	7	8,1	<b>86</b>	<b>84,4</b>
<b>Total</b>		<b>40</b>		<b>37</b>		<b>17</b>		<b>8</b>		<b>102</b>	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

F: frecuencia, %: porcentaje

En la **Tabla 06**: al evaluar la zona de residencia, se encontró que el 15,6% del total de pacientes seropositivos al VIH residían en zona rural, de los cuales el 31,2% de ellos presentó depresión mínima, el 37,5% depresión leve, el 25% depresión moderada y el 6,3% depresión severa. El 84,4% del total de pacientes provenían de zona urbana, de los cuáles el 40,7% de ellos presentó depresión mínima, el 36,1% depresión leve, el 15,1% depresión moderada y el 8,1% depresión severa.

**Tabla N° 07.***Niveles de depresión según situación laboral del paciente seropositivo al VIH.*

		Niveles de depresión									
		Mínimo		Leve		Moderado		Severo		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Situación</b>	Empleado	28	38,9	28	38,9	9	12,6	7	9,6	<b>72</b>	<b>70,5</b>
	Desempleado	12	40	9	30	8	26,7	1	3,3	<b>30</b>	<b>29,5</b>
<b>Total</b>		<b>40</b>		<b>37</b>		<b>17</b>		<b>8</b>		<b>102</b>	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020.

F: frecuencia, %: porcentaje

En la **Tabla 07**: al evaluar la situación laboral, se observó que el 70,5% del total de pacientes seropositivos al VIH tenían empleo, de los cuales el 38,9% de ellos presentó depresión mínima, el 38,9% depresión leve, el 12,6% depresión moderada y el 9,6% depresión severa. El 29,5% del total de pacientes estaban desempleados, de los cuáles el 40% de ellos presentó depresión mínima, el 30% depresión leve, el 26,7% depresión moderada y el 3,3% depresión severa.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1 Discusión de resultados

Los niveles de depresión en los pacientes seropositivos al VIH reflejaron que un 38,8% del total de sujetos padecía depresión mínima, 36,9% depresión leve, 16,5% depresión moderada y 7,8% depresión severa; muy similares a los encontrados por Díaz (2017), en su estudio con 53 pacientes, donde encontró que la mayoría de pacientes tenía depresión mínima y leve, en un 35,3% y 39,2% respectivamente; sin embargo, estos valores son poco cercanos a los encontrados por Canales(2019) quién obtuvo cifras de 23%, 29% y 48% para depresión leve, moderada y severa respectivamente.

El promedio de edades en el estudio fue de 33,8 años con una edad mínima de 15 y máxima de 65; donde la edad menor a 18 años, presentó solo depresión leve, mientras que los jóvenes, adultos y adultos mayores, reflejaron que en su mayoría presentaban depresión mínima y leve, seguido de la depresión moderada y severa; esta información es compatible con el trabajo de Gutiérrez, H. y Gutiérrez, H. (2017), quienes obtuvieron una mediana de 29,2 años en su estudio, cuyo grupo de edad de jóvenes y adultos padecían en su mayoría de depresión mínima y leve, en el caso de los jóvenes obtuvieron cifras de 35,1% para depresión mínima y 48,3% para depresión leve; en el caso de los adultos, la depresión mínima se encontró en el 52% de los casos, mientras que la depresión leve estuvo presente en un 46,2%. Asimismo, Canales (2019) encontró un promedio de edad correspondiente a 26,1 años y una mediana de 27, con cifras de 32,4% correspondientes a depresión mínima en jóvenes menores de 30 años, y cifras de 34,4% relacionadas a depresión leve en adultos de 30 a 60 años. En lo descrito previamente, hay cifras distantes de lo encontrado por Lizárraga (2020) que halló un promedio de edad de 33,2 años, en donde la edad entre 18 a 30 años presentó depresión moderada en un 42,4%, y los mayores de 30 años presentaron un 27,8% en esta misma

categoría depresiva. En conjunto, esto hace que la edad promedio de los pacientes seropositivos al VIH que padecieron de depresión, leve o moderado en su mayoría, fluctúe entre los 25 y 30 años predominantemente, pudiendo incrementarse esta cifra en los últimos años debido al contexto de la pandemia del coronavirus, que definitivamente ha tenido un impacto en la salud mental de la población.

En relación al sexo, del estudio se evidencia que el varón fue más afectado que la mujer en cuando al diagnóstico de VIH, con resultados similares encontrado en el trabajos de Urizar (2020) quién halló una prevalencia de varones de 71,2 % y 28,8% de mujeres; en relación a la depresión en el sexo masculino predominó la depresión leve, seguido de la depresión mínima, datos compatibles de los encontrados por Lizárraga (2020) y Díaz (2017) quienes obtuvieron cifras de 45,2% y 36,7% para la misma categoría depresiva, respectivamente. En el caso del sexo femenino, el presente estudio detalló que la depresión mínima fue la más prevalente, seguida de la moderada, pero esto no se relaciona con los datos obtenidos por Herrera, B. y Pérez, K. (2019) quiénes encontraron cifras de depresión moderadas en mujeres que llegaron al 45,5% y con cifras de 38,6% en relación a la depresión leve; añadido a esto, Jiménez (2020) concuerda con cifras en donde la depresión moderada es más prevalente en el sexo femenino. De esto se infiere que el sexo predominante en relación al VIH sigue siendo el masculino, que en relación a la depresión tienden a presentar cuadros leves, a diferencia del sexo femenino en donde predomina la depresión moderada.

Con respecto al estado civil de los pacientes seropositivos al VIH y su relación con la depresión, los resultados evidenciaron que los solteros tienden a presentar a depresión leve, seguido de depresión mínima; estos datos concuerdan con los encontrados por Rojas (2019) quién obtiene cifras de 34,5% para depresión leve y 30,2% para depresión mínima, respecto a los solteros. Además, Salas (2018) hace referencia sobre la población conviviente tiende a presentar depresión leve en un 46,5%, teniendo a la depresión moderada y severa con cifras

de 15,6% y 3,5%, respectivamente. Los datos respecto al estado civil de ser casado, difieren un poco según Sanz (2019), quién propone que la depresión moderada en estas personas es del 25,4%, en los divorciados de 15,8% y en los viudos de 5,6%.

La relación entre el grado de instrucción y depresión arroja datos compatibles con el presente estudio, por ejemplo, con respecto a la depresión mínima, según Paredes, J. (2021) un 51,2% de los pacientes con instrucción superior lo presentan, un 26% está presente en los sujetos con secundaria completa y un 22,8% en los pacientes con primaria completa. En la depresión leve por su parte, predomina la instrucción superior y secundaria completa, con un 38,6% y 32,4% respectivamente, según Alderete (2017); a diferencia de los resultados del presente trabajo, menciona que la depresión moderada está presente en un 29,5% en los que tienen instrucción superior, seguido de los que tienen secundaria completa y primera completa, con cifras de 22,6% y 47,9%, respectivamente. Por su parte la información de Paredes, J. (2021) concuerda con las cifras respecto a la depresión severa, que es más prevalente en los de instrucción primaria completa en un 33,4%, seguido de los que tienen secundaria completa con un 42,5% y 24,1% para los de instrucción superior. De lo comentado, se infiere que la población soltera y conviviente son los más propensos a padecer depresión mínima o leve; mientras que, los viudos y divorciados tienden a presentar depresión moderada o severa.

La zona de residencia en los pacientes seropositivos al VIH en relación a los niveles de depresión, según detalla Trujillo, J. (2019) menciona que, los pacientes provenientes de zonas rurales tienden a presentar depresión leve en un 40,2%, depresión mínima en un 35,4%, depresión moderada en un 16,4% y severa en un 8%. Por su parte, las cifras de Canales, M. (2019) concuerdan en que los niveles de depresión más frecuentes son el nivel mínimo y leve, como bien indica en su estudio el 48,2% de los pacientes provenientes de zonas urbanas presentan depresión mínima, el 32,1% depresión leve, el 13,4% depresión moderada y el

6,3% depresión severa. Por lo comentado, se infiere que la población urbana y rural tienden a presentar depresión leve y mínima.

Con respecto a la situación laboral de los pacientes seropositivos al VIH y su relación con los niveles de depresión, Canales, M. (2019) refiere que la población con empleo presentó en su mayoría depresión leve, en un 43,4% y depresión moderada en un 19,6%, cifras concordantes con Alderete, C. (2017) que menciona dentro de su estudio, los niveles más prevalentes, el leve y moderado; existiendo concordancia en los datos referidos en la población desempleada presentó mayor tasa de depresión mínima y leve, en un 39,6% y 36,2% respectivamente.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1. Conclusiones

1. La depresión en los pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, se concentraron predominantemente en los niveles mínimos y leves, cuyos estadíos llegan a representar el 75% aproximadamente; seguido de la depresión moderada y como menos frecuente, la depresión severa; datos que concuerdan con cifras encontradas en la literatura revisada.
2. Las edades predominantes en los pacientes seropositivos al VIH estaban incluidas dentro de la etapa joven y adulta, donde la mayoría presentó niveles de depresión mínima y leve; sin embargo, es importante destacar que la misma población adulta joven son los que presentaron mayores cifras de depresión moderada y severa, respecto a cualquier otra etapa de vida. Es por ello, que los posibles desenlaces de la depresión, como el suicidio, son más prevalentes en estas edades.
3. El sexo predominante en los pacientes seropositivos al VIH fue el masculino, prevaleciendo los niveles de depresión leve en varones, y niveles de depresión mínimo en las mujeres; además, el sexo femenino tuvo una mayor inclinación a presentar depresión moderada, respecto al sexo masculino. Por ello que, de acuerdo a la literatura, las mujeres tuvieron cifras más altas de depresión moderada, probablemente por patologías subyacentes como la menopausia, que predispone a episodios depresivos.
4. El estado civil, en la mayoría de sus categorías, como el soltero, casado, conviviente o viudo presentaron niveles de depresión predominantemente leve. Por otro parte, el estado civil divorciado es el que presentó en su totalidad depresión mínima. Además; dentro de

todas las categorías, el ser casado se relaciona prevalentemente con presentar un nivel de depresión severo, probablemente por estar asociado a una mayor carga familiar, respecto a las demás categorías.

5. El grado de instrucción más frecuente en los pacientes seropositivos al VIH, fue la secundaria completa y superior, donde se encontró que más de la mitad de estas poblaciones abarcaba los niveles de depresión mínima y leve; por otra parte, los que poseen primaria completa, presentaron cifras casi equivalentes en los cuatro niveles de depresión, resaltando que casi la cuarta parte de los que poseen instrucción primaria presentaron depresión severa.

6. Respecto a la zona de residencia, la mayoría de los sujetos provenían de la zona urbana, en donde se encontró que prevalecía la depresión mínima; por otra parte, los que provenían de la zona rural se inclinaban a presentar niveles de depresión leve. Conforme a lo mencionado, los pacientes que provenían de zonas urbanas presentaron una mayor preponderancia a presentar niveles de depresión moderado y severo, respecto a los que provenían de zona rural, probablemente por un tema de acceso que limita las cifras de diagnóstico y seguimiento en estos pacientes.

7. De acuerdo a la situación laboral, la mayoría de los sujetos contaba con empleo, de los cuáles, gran parte de ellos presentó depresión mínima y leve; al igual que los desempleados. Sin embargo; el nivel de depresión moderado prevaleció en los pacientes que no contaban con empleo; y el nivel de depresión severo predominó en los pacientes que se encontraban laborando.

## 6.2. Recomendaciones

- I. A la población en general: hacer de conocimiento que el resguardo de la salud mental es sumamente importante en personas susceptibles, como son los seropositivos al VIH, de ahí que es importante evitar los prejuicios sociales que incitan a la discriminación y que pueden conllevar a estos pacientes a padecer de patología depresiva.
- II. Al Hospital Regional de Huacho: reforzar intervenciones interdisciplinarias en el ámbito psicológico, que permitan mejorar los aspectos para afrontar esta enfermedad al momento de su diagnóstico, conllevando paralelamente un seguimiento oportuno en esta población.
- III. A los pacientes seropositivos al VIH: es indispensable continuar con el tratamiento médico propuesto, además de fortalecer la autoestima o aprender a sobrellevar situaciones desfavorables que puedan estar atravesando, basándose en una terapia individual, grupos de apoyo o terapia grupal, que no permitan decaer en un estado depresivo que consecuentemente puede llevar a una mala adherencia al tratamiento.
- IV. Al Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA: priorizar a la población más susceptible de acuerdo a los resultados presentados, con tal de intervenir psicológicamente en la prevención de la depresión, además de realizar un estudio socio-familiar, para que no repercuta, independientemente del nivel de depresión, en un alejamiento o adherencia al tratamiento.
- V. A la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión: realizar tamizajes periódicos con pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH en su población estudiantil, ya que alberga las edades más frecuentes en el padecimiento de esta enfermedad, además de brindar la consejería integral respecto a las enfermedades de transmisión sexual; todo con el fin de prevenir las ITS o VIH y sus preocupantes desenlaces.

## CAPÍTULO VII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

#### 7.1. Documentales

- Díaz, C. & Serrato, K. (2017). *Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016* (tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán. Lambayeque, Perú.
- Gutiérrez, H. & Gutiérrez, H. (2017). *Prevalencia de la depresión y factores asociados a esta en pacientes con VIH-positivo de la clínica de infectología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) en el período comprendido de mayo-septiembre, 2016* (tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Herrera B. & Pérez K. (2019). *Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana* (tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Lima.
- Jiménez R. (2020). *Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Querétaro, México.
- Lizárraga W. (2020). *Relación entre la severidad de síntomas depresivos y el estadio Clínico de la infección por VIH en pacientes en TARGA, ESNITSS del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020* (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María. Arequipa.
- Rojas Y. (2019). *Prevalencia de síntomas depresivos y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH que reciben TARGA en la ESNITSS del Hospital Goyeneche – 2019* (tesis de pregrado). Universidad Nacional San Agustín, Arequipa.

- Salas, S. (2018) *Asociación entre estado depresivo y desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes VIH positivo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- Sanz, A. (2019). *La depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA: Revisión Narrativa* (tesis de pregrado). Universidad autónoma de Madrid, España.
- Trujillo, J. (2019). *Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco - 2017* (tesis de pregrado). Universidad de Huánuco, Perú.

## **7.2. Bibliográficas**

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª ed. (DSM-5)*. Madrid, España: Médica Panamericana
- Mandell, Douglas y Bennett (2020). *Principios y Práctica de las Enfermedades Infecciosas*. 9ª edición. Barcelona, España: Elsevier.
- MINSA PERÚ (2020). *Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021 (En el contexto covid-19)*. Lima, Perú.
- Vásquez, W. (2020). *Metodología de la investigación. Manual del estudiante*. 3ª edición. Lima, Perú: Unidad académica de Estudios Generales-USMP
- Rozman, F. (2020). *Medicina Interna (19ª ed.)*. Madrid, España: Doyma.

### 7.3.Hemerográficas:

- Alderete, C., Cruz, R., Candela, M., Rodríguez, E., y Reyes, G. (2017). Evaluación de la depresión, la ansiedad, la desesperanza y el riesgo de suicidio en pacientes VIH + hospitalizados. *Salud Mental* 40(1), 23-28. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2017.004
- Canales, M., Hernández, A., Gonzáles, S., Monroy, A., Velásquez, A. y Bautista, L. (2019). Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*. 8(15), 80-9. doi: 10.29057/icsa. v8i15.4829
- Errea, R., Wong, M., Senador, L., Ramos, A., Ramos, K. Galea JT, et al. (2021). Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en adolescentes que viven con el VIH en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 38(1):153-8. doi: 10.17843/rpmesp.2021.381.6296
- Escobar S., Ceballos M. y Toro P. (2020). Comorbilidad neuropsiquiátrica en infección por VIH. *Rev. Chi. Infecto*. 37(5). 555-562. doi: 10.4067/S0716-10182020000500555
- Guerra S. (2021). Filosofía y Pandemia. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, (1)30. 245-272. doi: 10.17163/soph. n30.2021.09
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar P. y García N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36-49. doi: 10.1016/j.rmclc.2018.11.005
- Pagano, A., Vizioli, N. (2021). Estabilidad temporal y validez discriminante del Inventario de Ansiedad de Beck. *Liberabit* 27(1), 2223-2229. doi:10.24265/liberabit.2021.v27n1.03
- Paredes J., Navarro R., Cabrera D., Díaz M., Mejía F., y Cáceres C. (2021). Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la

pandemia de la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(1), 166-170. doi: 10.17843/rpmesp.2021.381.6471

Romero J. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 200. 42(1-4): Ene.-Dic: 25-31. Recuperado de:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2009/nnp091-4e.pdf>

Urizar C., Jarolin M., Ayala N., Centurión C. y Montiel, D. (2020). “Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay”. *Med Segur Trab*. 54(210), 81-88.

#### **7.4. Electrónicas:**

Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana-VIH (2020). Recuperado el 07 de julio del 2021:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>

ONUSIDA (2019). Recuperado el 07 de julio del 2021: <https://www.unaids.org/es>

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2021). Recuperado el 30 de junio del 2021 de:  
<https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3693>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2018). Recuperado el 08 de junio del 2021 de:  
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2020). Recuperado el 17 de junio del 2021 de:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OPS (2020). Salud Mental y VIH. Recuperado el 17 de junio del 2021 de:

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14833:mental-health-and-hiv&Itemid=40682&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14833:mental-health-and-hiv&Itemid=40682&lang=es)

Programa Presupuestal 0016 TB-VIH/SIDA (2021). Recuperado el 07 de julio del 2021 de:

[https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2\\_3.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_3.pdf)

Real Academia Española (RAE). (2020). Diccionario de la Real Academia Española.

Obtenido el 18 junio del 2021 de: <https://dle.rae.es/edad>

Real Academia Española. (RAE). (2020). Diccionario de la Real Academia Española.

Obtenido el 18 junio del 2021 de: <https://dle.rae.es/sexo>

Real Academia Española. (RAE). (2020). Diccionario de la Real Academia Española.

Obtenido el 18 junio del 2021 de: <https://dle.rae.es/residencial>

Real Academia Española (RAE). (2020). Diccionario de la lengua española. Obtenido el 18

de junio del 2021 de <https://dle.rae.es/estado?m=form#7uGqJBt>

SITEAL, Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina. (2019).

Recuperado el 09 de julio del 2021 de:

[https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_informe\\_pdfs/peru\\_25\\_09\\_19.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_informe_pdfs/peru_25_09_19.pdf)

Zamorano, E. (2020). El realismo depresivo, una nueva corriente filosófica y psicológica.

Alma, corazón y vida. Recuperado de: [https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-02-10/salud-depresion-tristeza-melancolia-enfermedad\\_2441320/](https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-02-10/salud-depresion-tristeza-melancolia-enfermedad_2441320/)

# ANEXOS

## ANEXO 01: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>“Niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho. 2018-2020”</p>	<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según sexo?</li> <li>2. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según grupo edad?</li> <li>3. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según zona de residencia?</li> <li>4. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según nivel de instrucción?</li> <li>5. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según estado civil?</li> <li>6. ¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según situación ocupacional?</li> </ol>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según sexo.</li> <li>2.- Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según grupo edad</li> <li>3.- Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según zona de residencia.</li> <li>4.- Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según nivel de instrucción.</li> <li>5.- Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según estado civil.</li> <li>6.- Determinar los niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH, según situación ocupacional.</li> </ol>	<p>La información obtenida de la investigación permitirá idear diversas posturas o enfoques respecto a la depresión en pacientes seropositivos, relacionando los niveles de depresión con el sexo, edad, zona de residencia, nivel de instrucción, estado civil y situación ocupacional en los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles de depresión.</li> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> <li>- Zona de residencia</li> <li>- Nivel de instrucción</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Situación ocupacional</li> </ul>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> Estudio observacional, descriptivo, ya que se registrará los acontecimientos sin intervención alguna en el curso natural de éstos; retrospectivo y de corte transversal, pues los datos se recolectaron en un momento específico de tiempo</p> <p><b>POBLACIÓN</b> Pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, con sintomatología depresiva, en el periodo 2018-2020.</p> <p><b>MUESTRA</b> Igual a la población.</p> <p><b>PROCESAMIENTO DE DATOS</b> Se usarán los programas para procesamiento, orden y organización de datos de Software MICROSOFT EXCEL 2016 y SPSS 25</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> El instrumento que se utilizará para poder ejecutar el proyecto es el Inventario de Depresión de BECK-II (BDI-II)</p>

## ANEXO 02. Instrumento

## Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

## I. DATOS GENERALES

Nombre: ..... Edad: ..... Sexo: .....  
 Estado Civil: ..... Ocupación: ..... Nivel de Instrucción: ..... Precedencia: .....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 11 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describe 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 (también en los ítems de Sexo) y el ítem 18 (también en el apéndice)

## II. ÍTEMS

## 1. Tristeza - 9

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

## 2. Pesimismo 18

- 0 No estoy desalentado respecto del me futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo queda esperar.

## 3. Fracaso 11

- 0 No me siento como un fracasado.
- 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 15

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

## 5. Sentimientos de Culpa 11

- 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 este siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

## 7. Disconformidad con uno mismo. 8

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

## 8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpa más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico 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 17

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Quisiera matarme.
- 3 He matado o haría la oportunidad de hacerlo.

## 10. Llanto 4

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Llora más de lo que solía hacerlo.
- 2 Llora por cualquier pequeña cosa.

- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.
- 11. Agitación 5**
- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.  
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.  
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12. Pérdida de Interés 3**
- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.  
1 Estoy menos interesado 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 ellas.
- 13. Indecisión 12**
- 0 Tomo mis propias 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 16**
- 0 No siento que yo sea viloso.  
1 No me considero ni tan viloso ni tan viloso y útil como solía considerarme.  
2 Me siento menos viloso cuando me comparo con otros.  
3 Siento que no valgo nada.
- 15. Pérdida de Energía 18**
- 0 Tengo tanta energía como siempre.  
1 Tengo menos energía que lo que solía tener.  
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.  
3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
- 16. Cambios en los Hábitos de Sueño 3**
- 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 me cuesta volver a dormirme.
- 17. Irritabilidad 1**
- 0 No estoy tan 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 2**
- 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 lo habitual.  
3a. No tengo apetito en absoluto.  
3b. Quiero comer todo el día.
- 19. Dificultad de Concentración 4**
- 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. Ansiedad o Fatiga 18**
- 0 No estoy más ansioso o fatigado que lo habitual.  
1 Me fatigo o me ansio más fácilmente que lo habitual.  
2 Estoy demasiado fatigado o ansioso para hacer muchas de las cosas que solía hacer.  
3 Estoy demasiado fatigado o ansioso para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
- 21. Pérdida de Interés en el Sexo 3**
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.  
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.  
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Puntaje total:**

## ANEXO 03. Solicitud de acceso a historias clínicas

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

SOLICITO: Permiso para realización de Tesis

SEÑOR:

Dr. Juan Carlos Becerra Flores  
DIRECTOR EJECUTIVO  
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN Y SBS  
Presente.-



Yo, La Rosa Fernandez Marcelo Martin, identificado con DNI N°72121747, con domicilio en Jr. San Roman N° 582 Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que en mi condición de ex – interno de Medicina Humana del Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS y alumno de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, solicito a Ud. permiso para la revisión de Historias Clínicas y Libro de Registro de Operaciones, para la elaboración de mi Tesis titulado: "NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO,2018-2020", para la optar el Título Profesional de Médico – Cirujano.

Adjunto:

1. Plan de Tesis
2. Resolución de Decanato N° 0169-2021-FMH-UNIFSC – Designación de Jurado Evaluador
3. Matriz de consistencia.
4. Instrumento: Test de Beck
5. Copia de DNI.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huacho, 14 de Junio de 2021

La Rosa Fernandez Marcelo Martin  
DNI N° 72121747

Celular: 974601114

Correo: marcelolarosafer@gmail.com

## ANEXO 04: Autorización para revisión de historias clínicas

 <b>GOBIERNO REGIONAL DE LIMA</b>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">CARGO</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">HOSPITAL REGIONAL HUACHO RED DE SALUD HUAURA OYÓN</p>	<p style="font-size: 0.8em;">*Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia*</p>
<p><b><u>INFORME N° 035-2021-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-UADI-AAI</u></b></p>		
<p>PARA ASUNTO REFERENCIA FECHA</p>	<p>: MGO. INDIRA G. BURGA UGARTE Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación : SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZACIÓN DE TESIS : DOCUMENTO S/N EXP. 1884544 : HUACHO, 16 JUNIO DEL 2021</p>	
<p>Tengo el agrado de saludarla y dirigirme a usted en relación al documento de la referencia mediante el cual el Sr. La Rosa Fernández Marcelo Martín (FMH-UNJFSC), solicita permiso para acceder a información para realización de la tesis titulada: "Niveles de depresión en pacientes seropositivos al VIH en el Hospital Regional de Huacho, 2018-2020" para optar el título de Médico Cirujano.</p>		
<p>Al respecto, tengo a bien hacer de su conocimiento lo siguiente:</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La solicitud presentada cuenta con los requisitos para los fines.</li> <li>2. Hemos verificado que el presente estudio se encuentra dentro de las prioridades y políticas de investigación institucional.</li> <li>3. Se ha revisado el proyecto de tesis que adjunta, verificando que cumple con un planteamiento metodológico adecuado.</li> <li>4. La universidad y la interesada deben tener en cuenta que la autorización conlleva al compromiso de hacer llegar a nuestra institución una copia de los resultados una vez culminada la investigación.</li> </ol>		
<p>Por lo señalado, se recomienda autorizar la obtención de la información requerida siempre que el interesado respete estrictamente las precauciones de bioseguridad en cuanto al riesgo de exposición al Covid-19 siendo esta de manera virtual de preferencia. Asimismo es pertinente comunicar a la Unidad de Estadística e Informática para las acciones y fines que correspondan.</p>		
<p>Es cuanto informo a usted.</p>		
<p>Atentamente,</p>		
<p>  <b>M.C. Jenner Fabián Ramírez</b>          Jefe del Área de Investigación          HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO          CMP 43434 RNE 28196          C.c. Archivado</p>		
<p style="font-size: 0.8em;">www.hduacho.gob.pe      Teléfono: 232 2351      Telefax: 239 5142 / 232 3181</p> <p style="font-size: 0.8em;">Central Telefónica 232 2634      Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa N° 251 – Huacho</p>		

## ANEXO 05: Constancia del estadístico

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"



GOBIERNO REGIONAL DE HUACHO

## CONSTANCIA

### REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS, hace constatar:

Mediante el presente hago constatar que los datos registrados en el proyecto de investigación titulado: **"NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018-2020"**, elaborado por el bachiller **LA ROSA FERNANDEZ, MARCELO MARTIN**, aspirante al título profesional de Médico Cirujano, fueron obtenidos de los archivos de las historias clínicas del Hospital Regional de Huacho, de los cuales son validos y confiables, para ser aplicado en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huacho, 14 de Julio 2021.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE HUACHO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO HUAYRA OYÓN Y SBS

Dr. Milton Chumbes Chafalote  
C.I.P. N° 80593  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

**ANEXO 05: Asesoría estadística****“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE  
INDEPENDENCIA”****INFORME DE ASESORÍA Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

De: Est. Cristian Iván Ecurra Estrada

Asunto: ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS

Fecha: Huacho, 27 de julio del 2021.

Por medio de la presente, hago mención que YO: Cristian Iván Ecurra Estrada, ESTADÍSTICO Y ANALISTA DE SISTEMAS, registrado en el Colegio de Estadística del Perú, con número 1099, declaro que el análisis estadístico y procesamiento de datos en el programa estadístico IBM Statical Package for the Social Science (SPSS) versión 25.0 y tabulación de datos en el programa Microsoft Excel 2016, ha sido ejecutado satisfactoriamente en la tesis titulada: “NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018-2020”, quién tiene como autor a Don: Marcelo Martin La Rosa Fernandez.

Huacho, 27 de julio del 2021

  
.....  
Dr. Cristian Ecurra Estrada  
Estadístico

## ANEXO 06: Base de datos en Microsoft Excel 2016

TABULACIÓN DATOS - Excel

Archivos Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro ¿Qué desea hacer?

Inicio sesión Compartir

Calibre 11 Fuente Ajustar texto General

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celdas

Insertar Eliminar Formatear

Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

Portapapeles Fuente Almacenamiento Número Celdas Modificar

K92

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ZONA DE RESIDENCIA	SITUACIÓN LABORAL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
1																							
2	22	Femenino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	RURAL	DESEMPLEADO	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0
3	35	Masculino	VIUDO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	0	0	0	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	40	Femenino	CASADO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	1	0	0	2	1	2	1	1	2	1	0	0	1	2	1	1	1
5	31	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	RURAL	EMPLADO	2	0	0	2	1	2	2	0	1	2	1	2	0	1	2	0	0
6	47	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	RURAL	EMPLADO	0	1	0	0	0	1	2	2	3	0	0	1	2	1	0	2	2
7	36	Femenino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	DESEMPLEADO	0	0	2	0	0	1	1	2	0	0	2	3	3	0	3	2	2
8	39	Femenino	SOLTERO	SUPERIOR	RURAL	EMPLADO	0	0	1	1	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	2	2
9	34	Masculino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	0	1	1	2	3	2	1	0	3	0	1	2	0	2	1	2	2
10	39	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	2	2	0	0	0	2	2
11	30	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	0	0	0	1	0	2	2	0	1	2	0	0	1	2	3	2	2
12	32	Masculino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	2	2	3	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	1	2	1	1
13	31	Masculino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	0	0	1	0	1	2	1	0	3	3	1	2	2	1	0	2	2
14	40	Femenino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	DESEMPLEADO	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	3	3	2	2
15	38	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	1	1	2	3	2	1	0	1	3	3	3	3	0	2	2	2	2
16	29	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	0	0	1	2	2	0	0	1	2	0	1	2	0	0	2	0	0
17	35	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	RURAL	EMPLADO	1	0	1	0	0	2	1	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0
18	30	Femenino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	1	2	0	0	1	2	2	2	0	0	1	2	1	2	1	2	2
19	28	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	1	0	2	3	1	2	3	0	1	2	0	1	2	0	0	1	1
20	28	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	1	0	1	0	0	2	2	2	1	0	2	1	0	0	0	2	1
21	24	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	2	0	2	1	0	1	2	2	0	0	2	0	0	1	2	0	0
22	56	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	RURAL	EMPLADO	2	2	0	1	0	1	2	0	0	0	1	2	2	2	3	1	1
23	30	Masculino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	0	1	1	1	0	2	1	1	2	1	2	1	0	0	2	2	2
24	43	Masculino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	RURAL	EMPLADO	0	0	0	1	0	2	2	0	1	2	0	0	1	2	3	2	2
25	39	Femenino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	RURAL	DESEMPLEADO	2	2	3	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	2	1	2	1
26	35	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	0	0	1	0	1	2	1	0	3	3	1	2	2	1	0	2	2
27	39	Masculino	CASADO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	1	3	3	3	2	2	2
28	29	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	URBANO	EMPLADO	1	1	2	3	2	1	0	1	3	3	3	3	0	2	2	2	2
29	33	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLADO	0	0	1	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0	0

Hoja1

80%

TABULACIÓN DATOS - Es...

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nibre Pru ¿Qué desea hacer? Iniciar sesión Compartir

Calibri 11 A A Ajustar texto General Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

Portapapeles Pegar Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

A103 35

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
1	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ZONA DE RESIDENCIA	SITUACIÓN LABORAL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
77	23	Femenino	CONVIVIENTE	SUPERIOR	URBANO	DESEMPLEADO	2	0	2	1	0	1	2	2	0	0	2	0	0	1	2	0	
78	33	Masculino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	0	0	0	1	0	2	2	0	1	2	0	0	1	2	3	2	
79	22	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	DESEMPLEADO	2	2	3	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	1	2	1	
80	35	Femenino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	0	0	1	0	1	2	1	0	3	3	1	2	2	1	0	2	
81	43	Masculino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	0	1	2	0	0	1	3	0	0	0	1	2	3	3	2		
82	50	Masculino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	2	1	2	2	2	1	0	1	3	3	3	3	0	2	2	2	
83	36	Masculino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	DESEMPLEADO	0	0	1	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0	
84	30	Masculino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	1	0	1	0	0	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0	
85	24	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	DESEMPLEADO	1	2	0	0	1	2	2	2	0	0	1	2	1	2	1	2	
86	18	Masculino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	1	0	2	3	1	2	3	0	1	2	0	1	2	0	0	1	
87	37	Masculino	CONVIVIENTE	PRIMARIA COMPLETA	RURAL	EMPLEADO	1	0	1	0	0	2	2	2	1	0	2	1	0	0	2	1	
88	22	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	DESEMPLEADO	2	0	2	1	0	1	2	2	0	0	2	0	0	1	2	0	
89	20	Femenino	CONVIVIENTE	SUPERIOR	URBANO	DESEMPLEADO	0	0	0	1	0	2	2	0	1	2	0	0	1	2	3	2	
90	41	Masculino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	2	2	3	0	0	0	2	3	0	0	0	1	2	1	2	1	
91	48	Masculino	CASADO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	0	0	1	0	1	2	1	0	3	3	1	2	2	1	0	2	
92	26	Masculino	CONVIVIENTE	SUPERIOR	URBANO	DESEMPLEADO	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	1	2	3	3	2		
93	52	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	2	1	2	3	2	1	0	1	3	3	3	0	2	2	2		
94	47	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	0	0	1	2	2	0	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	
95	30	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	EMPLEADO	0	0	0	1	0	2	2	0	1	2	0	0	1	2	3	2	
96	47	Masculino	CASADO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	2	2	3	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	2	1		
97	29	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	URBANO	DESEMPLEADO	0	0	1	0	1	2	1	0	3	3	1	2	2	1	0	2	
98	39	Masculino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	RURAL	EMPLEADO	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	3	3	2	
99	26	Masculino	SOLTERO	PRIMARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	1	1	2	3	2	1	0	1	3	3	3	3	0	2	2	2	
100	22	Femenino	CONVIVIENTE	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	0	0	1	2	2	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0	
101	30	Masculino	SOLTERO	SECUNDARIA COMPLETA	URBANO	EMPLEADO	2	0	1	0	0	2	1	2	1	0	0	0	0	2	0	0	
102	25	Masculino	CONVIVIENTE	SUPERIOR	URBANO	EMPLEADO	1	2	0	0	1	2	2	2	0	0	1	2	1	2	1	2	
103	15	Masculino	SOLTERO	SUPERIOR	URBANO	DESEMPLEADO	1	0	2	3	1	2	3	0	1	2	0	1	2	0	0	1	

Hoja1

Lista Promedio: 2,857142857 Recuento: 26 Suma: 60 80%

## ANEXO 08: Base de datos procesada en SPSS 25

\*TESIS.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

28 : EstadoCivil 1 Visible: 7 de 7 variables

	Edad	Sexo	EstadoCivil	Instruccion	Residencia	Trabajo	Depresión	var	var
1	22	Femenino	Soltero	Primaria completa	Rural	Desempleado	moderado		
2	35	Masculino	Viudo	Secundaria completa	Urbana	Empleado	leve		
3	40	Femenino	Casado	Secundaria completa	Urbana	Empleado	severo		
4	31	Masculino	Soltero	Primaria completa	Rural	Empleado	minimo		
5	47	Masculino	Soltero	Superior	Rural	Empleado	minimo		
6	36	Femenino	Soltero	Secundaria completa	Urbana	Desempleado	moderado		
7	39	Femenino	Soltero	Superior	Rural	Empleado	minimo		
8	34	Masculino	Soltero	Secundaria completa	Urbana	Empleado	moderado		
9	39	Masculino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	minimo		
10	30	Masculino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	minimo		
11	32	Masculino	Conviviente	Secundaria completa	Urbana	Empleado	severo		
12	31	Masculino	Soltero	Secundaria completa	Urbana	Empleado	leve		
13	40	Femenino	Soltero	Secundaria completa	Urbana	Desempleado	minimo		
14	38	Masculino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	minimo		
15	29	Masculino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	leve		
16	35	Masculino	Soltero	Primaria completa	Rural	Empleado	leve		
17	30	Femenino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	leve		
18	38	Masculino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	minimo		
19	28	Masculino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	minimo		
20	24	Masculino	Soltero	Superior	Urbana	Empleado	minimo		
21	56	Masculino	Soltero	Primaria completa	Rural	Empleado	severo		
22	30	Masculino	Soltero	Secundaria completa	Urbana	Empleado	moderado		
23	43	Masculino	Conviviente	Secundaria completa	Rural	Empleado	leve		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

\*TESIS.sav [Conjunto\_de\_datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edad	Numérico	8	0	Edad del encue...	{1, 13-17}...	Ninguna	8	Derecha	Desconocido	Entrada
2	Sexo	Numérico	8	0	Sexo del encue...	{1, Masculin...	Ninguna	17	Derecha	Desconocido	Entrada
3	EstadoCivil	Numérico	8	0	Estado civil del	{1, Soltero}	Ninguna	13	Derecha	Desconocido	Entrada
4	Instruccion	Numérico	8	0	Grado de instru...	{1, Sin nivel}	Ninguna	22	Derecha	Desconocido	Entrada
5	Residencia	Numérico	8	0	Zona de reside...	{1, Rural}	Ninguna	14	Derecha	Desconocido	Entrada
6	Trabajo	Numérico	8	0	Situación labor...	{1, Emplead...	Ninguna	18	Derecha	Desconocido	Entrada
7	Depresión	Numérico	8	0	Nivelo de depre...	{1, minimo}	Ninguna	21	Derecha	Desconocido	Entrada
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo



---

M.C. BERMEJO SANCHEZ, FREDY RUPERTO

**ASESOR**



---

M.C. MIRIAM MILAGROS NOREÑA LUCHO

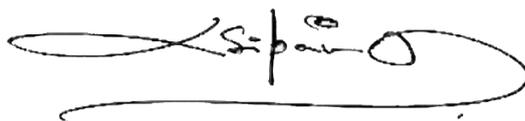
**PRESIDENTE**



---

M.C. EDGAR IVÁN VALLADARES VERGARA

**SECRETARIO**



---

Dr. GUSTAVO AUGUSTO SIPAN VALERIO

**VOCAL**