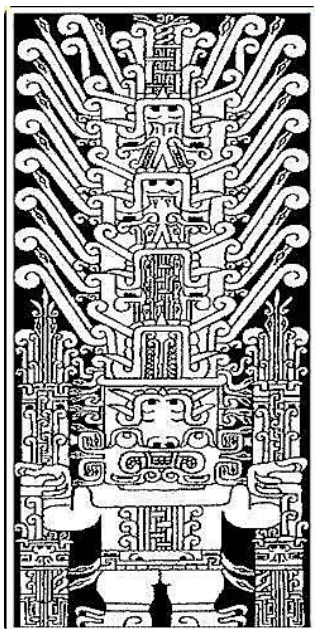


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO DEPRESIVO Y DESARROLLO DE
COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES VIH POSITIVO
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.**

**ASSOCIATION BETWEEN DEPRESSIVE STATE AND
DEVELOPMENT OF INFECTIOUS COMPLICATIONS IN HIV
POSITIVE PATIENTS IN THE NATIONAL HOSPITAL ARZOBISPO
LOAYZA.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

AUTORA:

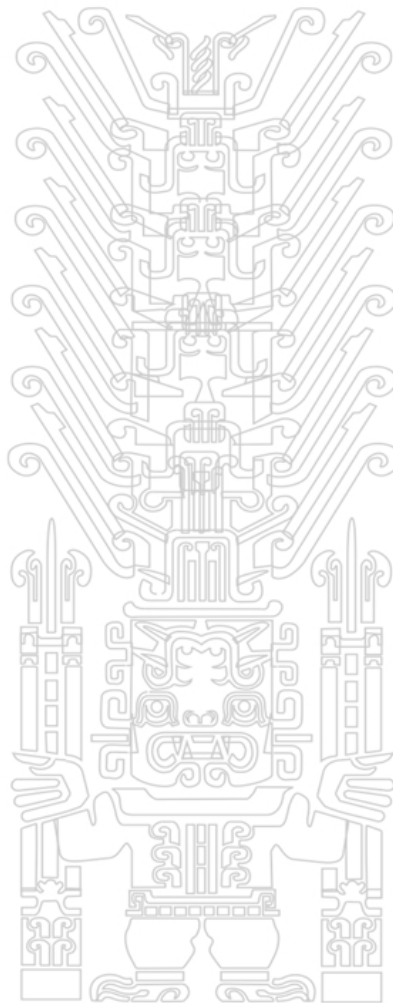
SALAS DÍAZ, SANDRA JOHANNA

ASESOR

Dr. MIRAVAL ROJAS, EDGAR JESÚS

LIMA - PERU

2018



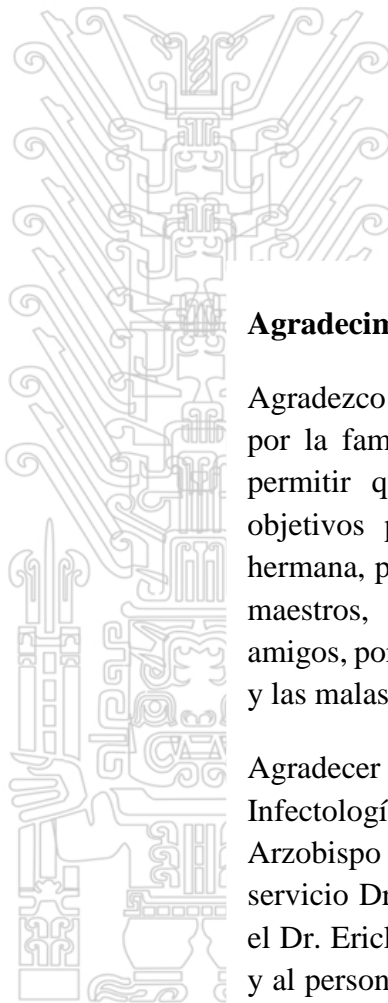
Dedicatoria:

Dedico esta tesis a mis padres y
hermana porque son el motivo de mi
vida.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Sandra J. Salas Díaz





Agradecimiento

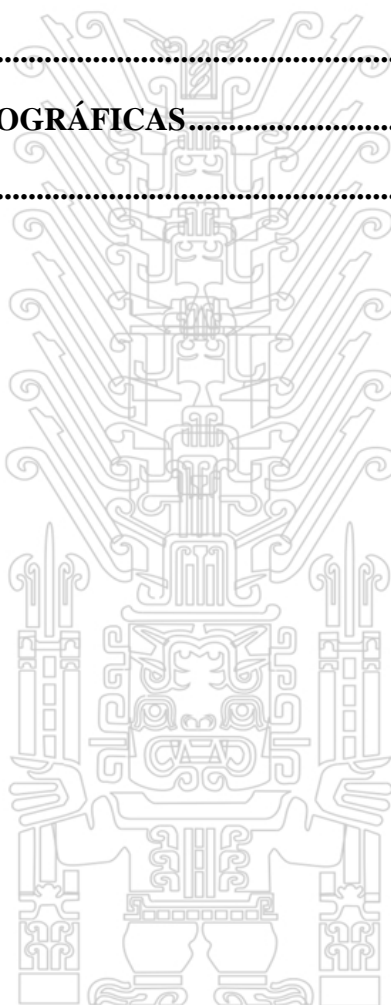
Agradezco a Dios y a la Virgen Maria por la familia que me ha dado y por permitir que día a día cumpla mis objetivos planteados; a mis padre y hermana, por el apoyo constante; a mis maestros, por las enseñanzas; a mis amigos, por estar conmigo en las buenas y las malas

Agradecer también al servicio de Infectología, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre ellos el jefe de servicio Dr. Eduardo Matos, a mi tutor el Dr. Erick Sandoval, a las licenciadas y al personal técnico, por brindarme un espacio para realizar este arduo trabajo. Y sobre todo a los pacientes que decidieron apoyar este trabajo de investigación, porque sin ellos esto no hubiera sido posible.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE.....	IV
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
I. INTRODUCCIÓN.....	8
A. MARCO TEÓRICO.....	8
a. ANTECEDENTES.....	8
b. BASE TEÓRICA.....	10
B. PROBLEMA.....	14
a. FORMULACIÓN DE PROBLEMA.....	14
b. HIPÓTESIS.....	14
C. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	15
a. JUSTIFICACIÓN.....	15
D. OBJETIVOS.....	16
a. OBJETIVO GENERAL.....	16
b. OBJETIVO ESPECIFICOS.....	16
II. MÉTODOS.....	17
A. TIPO DE ESTUDIO.....	17
B. ÁREA O SEDE DE ESTUDIO.....	17
C. POBLACIÓN/MUESTRA.....	17
D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	18
E. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	19
F. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20

G. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	21
H. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	22
I. ASPECTOS ÉTICOS	22
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	37
V. CONCLUSIONES	41
VI. SUGERENCIAS.....	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
VIII. ANEXOS	48



RESUMEN

La depresión es considerada como una comorbilidad del VIH, la cual requiere ser tratada para prevenir posibles complicaciones infecciosas que se presentan. El índice de depresión en las personas VIH positivo puede llegar en promedio al 35%.

Objetivos: Determinar la asociación entre el estado depresivo y el desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes VIH positivo que son atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Método: Se realizó 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 una encuesta auto-administrada “Inventario de Depresión de Beck” y la recopilación de datos personales: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción. Luego se realizó la recolección de datos de historias clínicas (complicaciones infecciosas y recuento de CD4).

Resultados: Se obtuvo un Odds Ratio de 5,235 (IR 95%) dicho resultado nos indica que la depresión es un factor de riesgo para el surgimiento de complicaciones infecciosas en personas VIH positivas. Se aplicó la prueba de chi-cuadrado, se observó una significancia de 0,001; por lo que se rechazó la hipótesis nula.

Conclusiones: La depresión como comorbilidad representa un tercio de las personas con VIH; es más frecuente en mujeres y adultos, y en personas con un nivel de estudio secundario y empleo dependiente. El recuento de CD4 en estos pacientes se encuentra disminuido ante el estado depresivo en el que se encuentran. Existe una asociación entre el estado depresivo y las complicaciones infecciosas posibles.

ABSTRACT

Depression is considered a comorbidity of HIV, which needs to be treated to prevent possible infectious complications that arise. The index of depression in HIV positive people can reach an average of 35%.

Objectives: To determine the association between the depressive state and the development of infectious complications in HIV-positive patients who are treated in the outpatient clinic of the infectology service of the Arzobispo Loayza National Hospital.

Method: A retrospective, analytical, case-control study was conducted with a sample of 314 HIV-positive patients (157 without complications and 157 with complications). We applied a self-administered survey "Beck Depression Inventory" and the collection of personal data: age, sex, occupation, degree of instruction. Then the data collection of clinical histories (infectious complications and CD4 count) was performed.

Results: An Odds Ratio of 5,235 (95% IR) was obtained. This result indicates that depression is a risk factor for the emergence of infectious complications in HIV positive people. The chi-square test was applied, a significance of 0.001 was observed; so the null hypothesis was rejected.

Conclusions: Depression as comorbidity represents one third of people with HIV; it is more frequent in women and adults, and in people with a secondary level of education and dependent employment. The CD4 count in these patients is reduced before the depressive state in which they are found. There is an association between the depressive state and possible infectious complications.

Keywords: Depression, HIV, infectious complications

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

I. INTRODUCCIÓN

A. MARCO TEÓRICO

a. ANTECEDENTES

Se ha generado una gran revolución en el conocimiento del VIH que abarca desde la estructura del virus, diagnóstico y tratamiento hasta la aplicación de estrategias para la prevención y el control de la enfermedad. Dentro del control de la enfermedad se ha valorado la calidad de vida de estos pacientes, ya que al ser una enfermedad crónica, está acompañado de múltiples factores físicos y psicosociales que la incluyen como un estado de riesgo para un desequilibrio en la salud mental, principalmente asociándose a trastornos como la depresión, la ansiedad y la ira.

De ésta manera la salud mental es, hoy, un tema de gran relevancia en el estudio de enfermedades crónicas. Es por esto que se encuentran múltiples investigación al respecto.

Lyketsos C. et al. (1993) realizaron uno de los primeros estudios en el ámbito de la salud mental en pacientes con VIH, una cohorte que involucró un seguimiento de ocho años a los pacientes con el objetivo de determinar si la depresión era un factor asociado a la aceleración de la mortalidad o un desarrollo apresurado de las complicaciones esperadas en estos pacientes. Se observó que los pacientes con depresión tenían menor conteo de CD4 y reportaban mayores síntomas relacionados al SIDA. Sin embargo, ninguno de los resultados medidos fue significativo. Se concluyó que los síntomas depresivos no eran, independientemente, un factor relacionado con un peor pronóstico en pacientes con infección por VIH. Se recomendó, además, para futuros estudios tomar en cuenta otras variables que podrían ser confusoras, tales como el conteo de CD4 y el estado socioeconómico.

También hay estudios que sí han encontrado diferencias significativas entre pacientes con depresión y la progresión de la enfermedad. Tal es el caso de los estudios de Ickovics J. et al. (2001) y Cook J. et al. (2004) que estudiaron el impacto de la depresión en el desarrollo de morbilidad y mortalidad debida a la enfermedad. En ambos estudios se determinó que los pacientes con síntomas depresivos crónicos estaban más predispuestos a morir y que ésta sintomatología era más frecuente en la fase terminal de la enfermedad. Otro estudio realizado por Leserman, J. et al. (1999) incluye, además de la depresión y el estrés, el grado de apoyo social con el que cuentan los pacientes con la enfermedad; y encuentra una asociación entre la carencia de éste apoyo y un progreso más acelerado de la enfermedad.

Wolff L. et al. (2010) considera que la depresión es una comorbilidad del VIH, que deber ser controlada para favorecer la efectividad del tratamiento y prevenir las posibles complicaciones que se pueden presentar en esta enfermedad. La depresión se presenta en aproximadamente el 35% (con una fluctuación de 20% y 79%) de los pacientes con VIH, a diferencia de la población en general. Concluyendo que el adecuado manejo de la depresión ha demostrado ser efectivo en el manejo de la enfermedad, evidenciándose en la mejoría de parámetros clínicos y de laboratorio, y en reforzándose la adherencia a la terapia anti-retroviral.

Otros estudios como el de Burack J. et al. (1993) y el de Alemu H. et al. (2012) han encontrado asociación entre depresión y valores disminuidos de CD4.

De igual manera, se ha establecido que el aumento de síntomas depresivos en grado severo tiene una asociación significativa con el aumento de la frecuencia de síntomas relacionados a la infección por VIH y otras molestias. Sin embargo, en el estudio de Kilbourne, A. et al. (2002) no se encontró relación con sintomatología de depresión en grado leve y moderado.

En el Perú también se ha realizado un estudio similar al de esta investigación. Rodríguez M. y
Tesis publicada con autorización del autor
No Andrade A. (2000) publicaron en la Sociedad Peruana de Medicina Interna un artículo sobre el

UNFV

nivel de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de VIH; sintomáticos y asintomáticos. Se concluyó que al momento del diagnóstico o cerca al mismo era cuando existía mayor presencia de depresión y ansiedad en éstos pacientes. Además, se observó que los pacientes sintomáticos era quienes tenían mayor nivel de ansiedad y depresión; sin embargo, esto no fue significativo.

Amador C. et al. (2001) y Reus S. et al. (2004) investigaron los factores asociados al desarrollo de complicaciones infecciosas y progresión de la enfermedad. Amador C. et al. (2001) concluyó que el factor más importante es el conteo de CD4. Sin embargo no se estudiaron las variables que podrían estar relacionadas con la disminución de este grupo celular. Reus S. et al. (2004) determinó, además del conteo de CD4, el conteo de CD8 y el uso de TARGA como factores asociados importantes.

La revisión de estos estudios estable que se han encontrado resultados opuestos en algunas investigaciones y todos estos resultados han sido apoyados por, como mínimo, un estudio más. Por tanto, esta investigación parte de un panorama dividido para poder probar su hipótesis.

b. BASE TEÓRICA

DEPRESIÓN

La depresión es definida, por el Instituto Nacional de Salud Mental (2009) de Estados Unidos, como una enfermedad grave que afecta las actividades de la vida cotidiana y disminuye la calidad de vida. Actualmente, es el trastorno más frecuente de la salud mental a nivel mundial, sin embargo, aún no se ha logrado desarrollar un control adecuado de la enfermedad. Por este motivo, según la Organización Mundial de la Salud (2017) la depresión es la primera causa de discapacidad en el mundo, ya que está ligada a las morbilidades de la población mundial en

La prevalencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres. Sin embargo, para Blazer, D. et al. (1994) existen algunos factores estresantes que se asocian con un mayor riesgo de desarrollar este trastorno. Entre ellos se encuentran las crisis de pareja, el nacimiento de un hijo, el abuso de sustancias tóxicas y la presencia de una enfermedad orgánica crónica. Dentro de éste último grupo encontramos a enfermedades como el VIH-SIDA. El Informe de la Secretaría del Consejo Ejecutivo de la OMS (2008), desarrolla una estrecha relación entre las personas infectadas con VIH y enfermedades mentales crónicas graves. Al respecto señala que la prevalencia de enfermedades mentales, tales como la depresión, en personas infectadas por el VIH es considerablemente más alta que en la población general; desarrollando así un mayor grado de angustia psicológica durante el proceso de su enfermedad. La depresión es uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH, presentándose con una prevalencia significativamente mayor que en población general aproximadamente el 37% de los pacientes VIH positivo lo presentan según Wolff L. et al. (2010), dos a tres veces más alta que en la población general.

La depresión compromete primordialmente a la esfera afectiva (Ernst E. 2000), manifestando como sintomatología una decaimiento, tristeza patológica, disminución de interés al hacer las cosas, irritabilidad. A pesar que los ya mencionados constituyen el núcleo principal de síntomas, la depresión también se expresa a través de afecciones de tipo somático; tal es el caso, por ejemplo, para Fiestas L. y Vega J. (2012) de pacientes que desarrollan migraña por un fondo depresivo. Por tanto, la depresión no solo comprende un sufrimiento subjetivo, sino que ejerce un impacto en la salud física de las personas. El Centro Nacional Colaborador para la Salud Mental y el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) (2004) de Inglaterra, establecen en su Guía para el Manejo de la Depresión en Atención Primaria y Secundaria, que

la repercusión de la depresión en la salud física se encuentra a la par de enfermedades crónicas mayores como la diabetes, la artritis y la hipertensión. De la misma manera, establece que la

depresión puede funcionar como un exacerbante del dolor y el estrés que se asocia con las enfermedades físicas.

Para Chrousos G. y Gold P. (1998) esta asociación entre situación de estrés físico y psicológico ya se encontraba desde tiempo antiguos, principalmente en el ámbito de las enfermedades infecciosas. Weigent D. y Blalock E. (1998) señalan una interacción entre el sistema nervioso central (SNC) y el organismo, mediante moléculas que alteran funciones psicológicas y neurológicas, y que permiten una comunicación entre ambos sistemas mediante un lenguaje común que son los neurotransmisores, las hormonas y las citocinas. En la enfermedad depresiva se desencadena una activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que genera una cascada neuro-humoral que producirá una detención de la síntesis de albúmina por el hígado y una estimulación de la producción de reactantes de fase aguda y liberación de citocinas pro-inflamatorias e histamina. Esta última será responsable de elevar los niveles intracelulares de AMPc, los cuales inhibirán la producción de IL-12, TNF α , IFN- γ (moléculas pro-inflamatorias) e inducirá a la IL-10, la citocina reguladora por excelencia. De ésta manera, al predominar el estado antiinflamatorio, se entiende que el huésped no estará en total capacidad para defenderse ante algunas infecciones (Klinger J. et al. 2005)

El papel biológico e inmunológico de las citocinas en infecciones virales es de gran complejidad ya que los virus pueden poseer productos génicos parecidos a la morfología de las citocinas y sus receptores, pudiendo llegar a modular la respuesta inmune. En el caso de la infección por VIH, se ha demostrado que las citocinas están involucradas en diversas características como la progresión de la enfermedad desde un paciente asintomático al SIDA, la caquexia, el síndrome de desgaste metabólico, la aparición de tumoraciones, atopia, anergia y demencia. En la progresión del sida se observa, a su vez, excesos de IL-4 e IL-10, lo cual genera una mayor vulnerabilidad del sistema inmune ante las infecciones virales. De esta

manera, se puede apreciar que la sola infección por VIH conlleva a características neuroendocrinas producidas, también, por la enfermedad depresiva (Dairaghi D. et al.; 1998).

VIH

Gottlieb MS et al. (1981), Publicó en el boletín semanal del CDC de los Estados Unidos, un artículo sobre la aparición de 5 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* (ahora *jirovecci*) en varones homosexuales y 26 casos de sarcoma de Kaposi en hombres homosexuales, de esta manera se daba a conocer un síndrome de inmunodeficiencia humana en homosexuales hasta ese entonces. Luego parecieron nuevos casos en hombres y mujeres que habían sido receptores de transfusiones sanguíneas y en consumidores de drogas por vía parenteral. Cada vez se hizo más claro que había un microorganismo causante de inmunosupresión severa y que tenía una transmisión por contacto sexual, sangre o hemoderivados. En 1985, el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus determinó la nomenclatura del virus como “Virus de Inmunodeficiencia Humana” (VIH), productor del “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” (SIDA).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmune y debilita el sistema de defensa contra las infecciones oportunistas además de predisponer a diferentes tipos de cáncer. El virus destruye las células inmunitarias, lo que impide el normal funcionamiento de la inmunidad. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4 (Wolff L. et al.; 2010).

COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES VIH POSITIVO

Las complicaciones más frecuentes son las infecciones oportunistas, dentro de las más frecuentes: las infecciones dérmicas, respiratorias, el sistema nervioso central, digestivas, etc.

Tesis publicada con autorización de UNFV. Puede ser de etiología bacteriana, micótica, viral o parasitaria. La mayoría de las
No olvide citar esta tesis

UNFV

complicaciones oportunistas aparecen con menos de 200 CD4/mm³; y las infecciones diseminadas o micosis profundas, con menos de 50 CD4/mm³ (Lamotte J.; 2014)

B. PROBLEMA

a. FORMULACIÓN DE PROBLEMA

Al entender la depresión como un factor asociado a una falla de la respuesta inmune, se estipula que ésta podría ser un factor predisponente al desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes con VIH-SIDA. Esto, principalmente por el estado antiinflamatorio en el que se encontrarían estos pacientes al sufrir de depresión. ¿Está el estado de depresión asociado a complicaciones infecciosas en pacientes VIH positivo?

b. HIPÓTESIS

Hipótesis Nula

No existe asociación entre el estado depresivo y el desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes VIH positivo que acuden al consultorio externo del servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Hipótesis Alterna

Existe asociación entre el estado depresivo y el desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes VIH positivo que acuden al consultorio externo del servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

C. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

a. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud (2010) emite la Resolución Ministerial 220-2010 mediante la cual, a propuesta del Instituto Nacional de Salud, aprueba la relación de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el periodo 2010-2014. En esta norma se precisa como un tema relevante, las investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental.

Del mismo modo señala como prioridades las investigaciones de las enfermedades transmisibles y las evaluaciones de impacto de intervenciones actuales de dichas enfermedades. Esta investigación es, por tanto, relevante debido a que se basa en la relación de dos temas priorizados por la autoridad de salud; los cuales son las enfermedades transmisibles y la salud mental.

A pesar que existen múltiples investigaciones en relación a este tema, aún es un tema de controversia ya que algunos estudios apoyan la relación entre depresión y repercusiones negativas de la enfermedad como la disminución del conteo de CD4, aumento de la mortalidad, aumento de la sintomatología relacionada a la enfermedad y otras molestias; mientras que otros estudios descartar ésta asociación.

Esta investigación servirá como herramienta para brindar información y poder diseñar intervenciones con el objetivo de prestar mayor atención a la salud mental de los pacientes con infección por VIH y mejorar su calidad de vida.

D. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el estado depresivo y el desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes VIH positivo son atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

b. OBJETIVO ESPECIFICOS

- ✓ Determinar la frecuencia de pacientes VIH positivo de sexo femenino y masculino atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Determinar la frecuencia de edades de paciente VIH positivo atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Determinar la frecuencia de grados de instrucción de pacientes VIH positivo atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Determinar la frecuencia de ocupaciones de pacientes VIH positivo atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Determinar la frecuencia de genero en pacientes VIH positivo con depresion atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Determinar la frecuencia de edades e intervalo de edades en pacientes VIH positivo con depresion atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital

Nacional Arzobispo Loayza.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

- ✓ Determinar la frecuencia de grado de instrucción en pacientes VIH positivo con depresión atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Determinar la frecuencia de ocupaciones en pacientes VIH positivo con depresión atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- ✓ Determinar la frecuencia de intervalos de recuento de CD4 en pacientes VIH positivo con depresión atendidos en consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

II. MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo analítico, retrospectivo, de tipo casos y controles.

B. ÁREA O SEDE DE ESTUDIO

El estudio de investigación se realizó a partir de las encuestas y revisión de historias clínicas en el servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del mes de Enero del 2018. El hospital en mención se encuentra en la Avenida Alfonso Ugarte 848 en el distrito de Cercado de Lima – Perú. Este Hospital del tercer nivel de atención con Categoría III-1 cuenta con 468 años de existencia, fundado en 1549 como Hospital Santa Ana de los Naturales.

C. POBLACIÓN/MUESTRA

Población

La población de estudio está compuesta por los pacientes VIH positivo que acuden a

consultorio externo del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
No olvide citar esta tesis

UNFV

Tamaño de muestra

La muestra del estudio esta compuesta por 314 pacientes VIH positivo que acuden a consultorio externo del servicio de infectologia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que cumplieron con los criterios de inclusion y exclusion. Se halló la muestra para este estudio mediante el programa EPIDAT. Considerando la proporción de casos expuestos de 38,3%, la proporción de controles expuestos de 23,6% 9, OR esperado de 2, la razón de casos/controles de 1 y una potencia de 80%, se requiere un mínimo de 157 individuos en el grupo de casos y 157 en el grupo control para obtener una muestra representativa y poder extrapolar los datos al resto de la población.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Pacientes con complicaciones infecciosas:

- Pacientes con diagnóstico de VIH que acuden a consulta de infectología Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Paciente con diagnóstico de infección a nivel respiratorio, gastrointestinal y/o dérmico.

Pacientes sin complicaciones infecciosas:

- Pacientes con diagnóstico de VIH que acuden a control en Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- Paciente mayor de 18 años.
- Paciente que no tenga diagnóstico de infección a nivel respiratorio, gastrointestinal, ocular, ótico ni dérmico.

Criterios de exclusión

Pacientes con complicaciones infecciosas:

- Paciente con infección del SNC, deterioro cognitivo o demencia.
- Paciente analfabeto

Pacientes sin complicaciones infecciosas:

- Paciente con infección del SNC, deterioro cognitivo o demencia.
- Paciente analfabeto

E. VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Género: División del género humano en dos grupos: Hombre o mujer
2. Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento. Edad al momento de realizar la encuesta
3. Grado de Instrucción: Nivel de educación recibido hasta la actualidad.
4. Ocupación: Clase de trabajo que efectúa una persona en la actualidad.
5. Depresión: es un trastorno mental, caracterizado por pérdida de interés, tristeza, disminución del sueño o del apetito.
6. Complicaciones infecciosas: Proceso en el cual un microorganismo invade el

7. Tipo de infección: Órgano, tejido afectado por infección
8. Nivel de CD4: Glicoproteína de la superficie de las células T helper, monocitos, macrófagos y células dendríticas.

F. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Valores	Naturaleza	Escala	Instrumento o Fuente
Género	División del género humano en dos grupos: Hombre o mujer	Auto-reporte	Femenino	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Cuestionario
			Masculino			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Auto-reporte	Número de años	Cuantitativa Discreta	Razón	Cuestionario
Grado de Instrucción	Nivel de educación recibido	Auto-reporte	Primaria	Cualitativa Politómica	Ordinal	Cuestionario
			Secundaria			
			Superior			
Ocupación	Clase de trabajo que efectúa una persona	Auto-reporte	Independiente	Cualitativa Politómica	Nominal	Cuestionario
			Dependiente			
			Ama de casa			
			Estudiante			
			Sin ocupación			
Depresión	Enfermedad grave que afecta las actividades de la vida cotidiana y disminuye la calidad de vida	>16 puntos en el Inventario de depresión de Beck	No Depresión: 1 - 16	Cualitativa	Ordinal	Inventario de depresión de Beck
			Estados depresivos intermitentes: 17 - 20			
Complicación Infecciosa	Proceso en el cual un microorganismo invade el organismo humano.	Reporte del médico	Presente	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Historia Clínica
			No Presente			
			Respiratoria		Nominal	

Tipo de Infección	Órgano, tejido afectado por infección	Reporte del médico	Gastro intestinal	Cualitativa Politómica		Historia Clínica
			Dérmica			
			Otras			
Nivel de CD4	Glicoproteína de la superficie de las células Thelper, monocitos, macrófagos y células dendríticas.	Reporte de laboratorio de último conteo de CD4	>500/mm ³	Cuantitativa	Razón	Historia Clínica
			499 – 200/mm ³			
			<200/mm ³			

G. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La recolección de datos se realizó mediante dos técnicas e instrumentos distintos. En relación a la variable de complicaciones infecciosas se utilizará la revisión de historias clínicas. Se acudió al consultorio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza antes del inicio de las consultas. Se habló con los pacientes para determinar quiénes desean ser parte del estudio. Al terminar cada consulta, se revisó la historia clínica del paciente y se llenó la Tabla de Recolección de Datos de Historias Clínicas (anexos). Mediante ésta tabla se contó con los datos de las complicaciones infecciosas y el último conteo del nivel de CD4.

Se utilizará como técnica la aplicación de un cuestionario auto-administrado que constará de dos partes. La primera parte para la recopilación de datos personales del paciente: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción. La segunda parte para la auto-aplicación del “Inventario de Depresión de Beck” (anexos), que es un cuestionario que consta de 21 preguntas con respuesta múltiple para el estudio de depresión, en el cual se define depresión cuando se alcanza un puntaje mayor de 16.

H. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis bivariado para la asociación de las variables depresión y complicación infecciosa y se utilizará OR, y para el contraste de hipótesis se realizó mediante la prueba exacta de Chi cuadrado. Considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

De la misma manera, se realizó un análisis multivariado, con el resto de las variables. Se utilizó el modelo de regresión logística y se medirá el resultado mediante el Odds ratio (OR) ajustado.

El análisis se realizará mediante el programa estadístico SPSS, versión 25 en español.

I. ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo deberá ser aprobado por el Comité de Ética y el Comité de Investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

A cada participante del estudio se le brindó un consentimiento informado, explicándose los objetivos del estudio, riesgos, beneficios, acciones para disminuir riesgos y se enfatizará el grado de protección y confidencialidad de los datos.

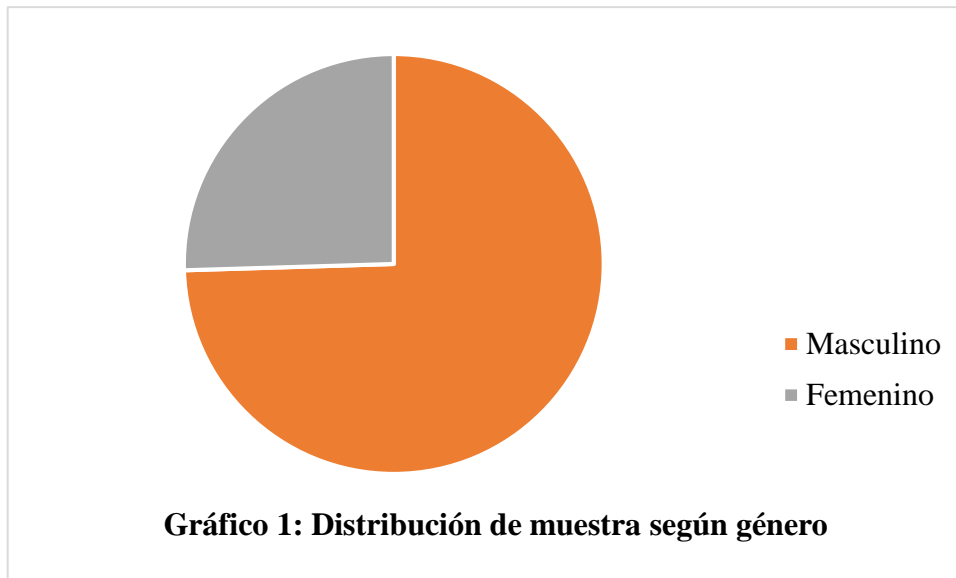
III. RESULTADOS

Los resultados fueron calculados con el programa estadístico SPSS 25 versión en español. Inicialmente se realizó un análisis de frecuencias de las variables, agrupadas según sean casos o controles, detalladas a continuación.

Características generales de la población de estudio

Tabla 1: Características generales: Género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	234	74,5	74,5	74,5
	Femenino	80	25,5	25,5	100,0
	Total	314	100,0	100,0	



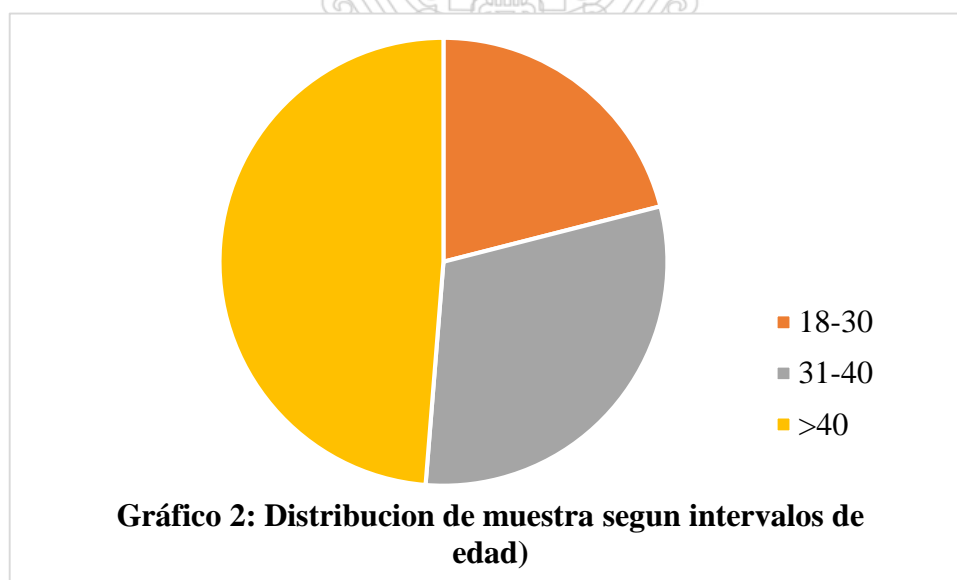
Con respecto a la variable género, se encontró una mayor frecuencia en el sexo masculino. Determinando que el 74.5% de la muestra es representada por varones y el 25.5% por mujeres.

Tabla 2: Características generales: Edad (muestra)

Edad		
N	Válido	314
	Perdidos	0
Media		40,34
Error estándar de la media		,606
Mediana		40,00
Moda		45
Desv. Desviación		10,744
Varianza		115,426
Mínimo		18
Máximo		75

Tabla 3: Características generales: Intervalos de Edad (muestra)

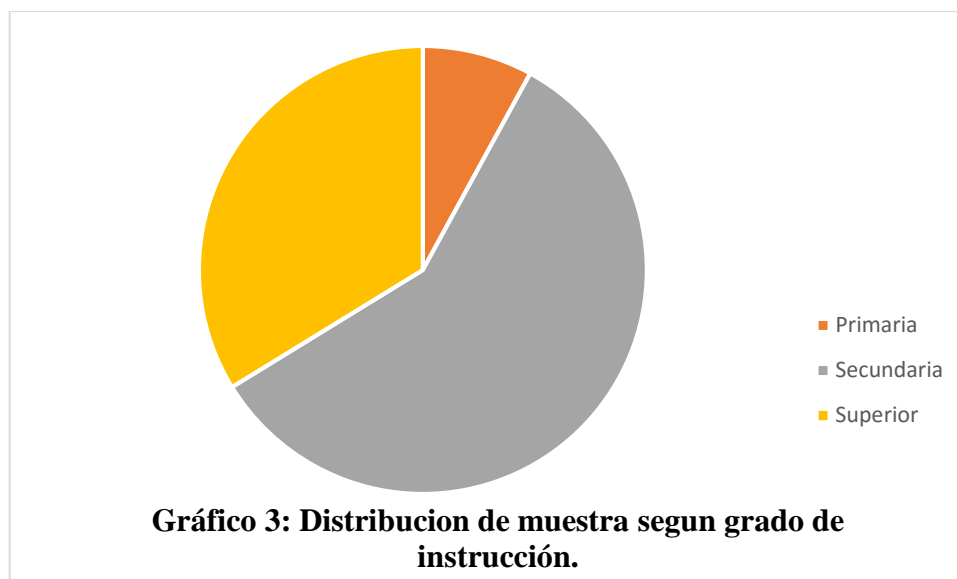
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-30	66	21,0	21,0	21,0
	31-40	95	30,3	30,3	51,3
	>40	153	48,7	48,7	100,0
	Total	314	100,0	100,0	



En la muestra general también tuvo una media muy aproximada a las de los grupos, $40,34 \pm 10,744$. Y separados en intervalos, el grupo de personas mayores a 40 años de edad fue el predominante, representando un 48,7%.

Tabla 4: Características generales: Grado de Instrucción (Muestra)

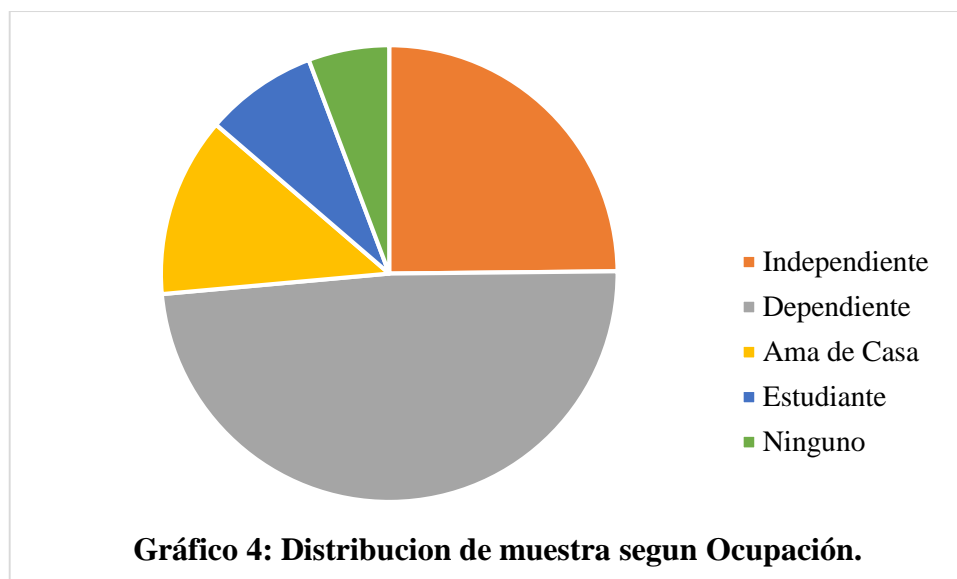
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	25	8,0	8,0	8,0
	Secundaria	183	58,3	58,3	66,2
	Superior	106	33,8	33,8	100,0
	Total	314	100,0	100,0	



EL grado de instrucción más frecuente de la muestra es secundaria con un 58.3%, seguido de estudios superiores (33.8%) y primaria (8%).

Tabla 5: Características generales: Ocupación (Muestra)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	78	24,8	24,8	24,8
	Dependiente	153	48,7	48,7	73,6
	Ama de Casa	40	12,7	12,7	86,3
	Estudiante	25	8,0	8,0	94,3
	Ninguno	18	5,7	5,7	100,0
	Total	314	100,0	100,0	

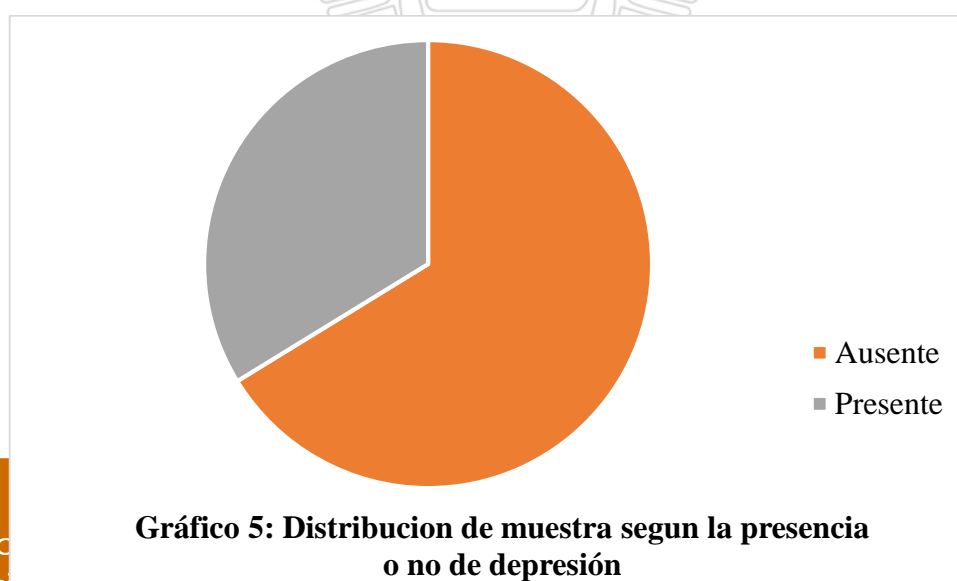


La variable ocupación más frecuente en el estudio fue el empleo dependiente (48.7%). El empleo independiente presentó 24.8%; ama de casa, 12.7%; estudiante, 5.7%. El porcentaje de las personas que no presentaban ninguna de esas ocupaciones fue del 5.7%.

Relación de las Variables con el factor Depresión

Tabla 6: Depresión (Total)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	208	66,2	66,2	66,2
	Presente	106	33,8	33,8	100,0
	Total	314	100,0	100,0	



La depresión en la muestra total corresponde a un 33,8% de personas (106 de 314), es decir quienes obtuvieron puntajes mayores o iguales a 17 en el Inventario de depresión de Beck, el restante 66,8% corresponde a todas aquellas que obtuvieron puntajes menores o iguales a 16 en el mismo inventario, descartando la presencia de depresión.

Tabla 7: Sexo - Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	65	61,3	61,3	61,3
	Femenino	41	38,7	38,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Tabla 8: Sexo – Sin Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	169	81,3	81,3	81,3
	Femenino	39	18,8	18,8	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

En ambos grupos, aquellos con depresión y sin ella, resultaron mayoritariamente masculinos. Sin embargo, en el grupo de los que no presentaron depresión el porcentaje de los mismos fue mayor, representando un 81,3%; a diferencia del 61,3% que se encontró en el grupo con depresión. Adicionalmente, debe tomarse en cuenta, tal como es mencionado anteriormente, la preponderancia del sexo masculino dentro de la muestra total.

Tabla 9: Edad - Depresión

		Edad
N	Válido	106
	Perdidos	0
Media		39,06
Error estándar de la media		1,132
Mediana		39,00
Moda		29
Desv. Desviación		11,651
Varianza		135,749
Mínimo		18
Máximo		72

Tabla 10: Edad - Sin Depresión

		Edad
N	Válido	208
	Perdidos	0
Media		40,99
Error estándar de la media		,708
Mediana		41,00
Moda		45
Desv. Desviación		10,218
Varianza		104,406
Mínimo		20
Máximo		75

La edad en los grupos con depresión y sin ella mostraron una media muy similar; en el primer caso $39,06 \pm 11,651$, y en el segundo $40,99 \pm 10,218$; por lo que, no hay diferencias significativas con respecto a esta variable.

Tabla 11: Grado de Instrucción - Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	6	5,7	5,7	5,7
	Secundaria	61	57,5	57,5	63,2
	Superior	39	36,8	36,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Tabla 12: Grado de Instrucción - Sin Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	19	9,1	9,1	9,1
	Secundaria	122	58,7	58,7	67,8
	Superior	67	32,2	32,2	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

El grado de instrucción tampoco refleja diferencias significativas en el análisis de frecuencias por ambos grupos, tanto en pacientes con depresión como sin ella tienen distribución bastante similar. Siendo más frecuente la secundaria Completa, con un 57,5% en los casos de personas con depresión; y un 58,8% para las que no presentaron dicha condición.

Tabla 13: Ocupación - Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	21	19,8	19,8	19,8
	Dependiente	47	44,3	44,3	64,2
	Ama de Casa	18	17,0	17,0	81,1
	Estudiante	12	11,3	11,3	92,5
	Ninguno	8	7,5	7,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Tabla 14: Ocupación - Sin Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	57	27,4	27,4	27,4
	Dependiente	106	51,0	51,0	78,4
	Ama de Casa	22	10,6	10,6	88,9
	Estudiante	13	6,3	6,3	95,2
	Ninguno	10	4,8	4,8	100,0
	Total	208	100,0	100,0	

Aunque los valores de los porcentajes son diferentes en ambos grupos, el orden de frecuencias se mantiene, liderando la ocupación dependiente con (44.3%), seguida de los independientes (19.8%); la ocupación menos frecuente resultó la de ninguna de las antes mencionadas (7.5%).

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE DEPRESIÓN Y LOS NIVELES DE CD4

Tabla 15: CD4 en pacientes con Depresión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido (/mm3)	<200	41	38,7	38,7	38,7
	200-499	49	46,2	46,2	84,9
	>500	16	15,1	15,1	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

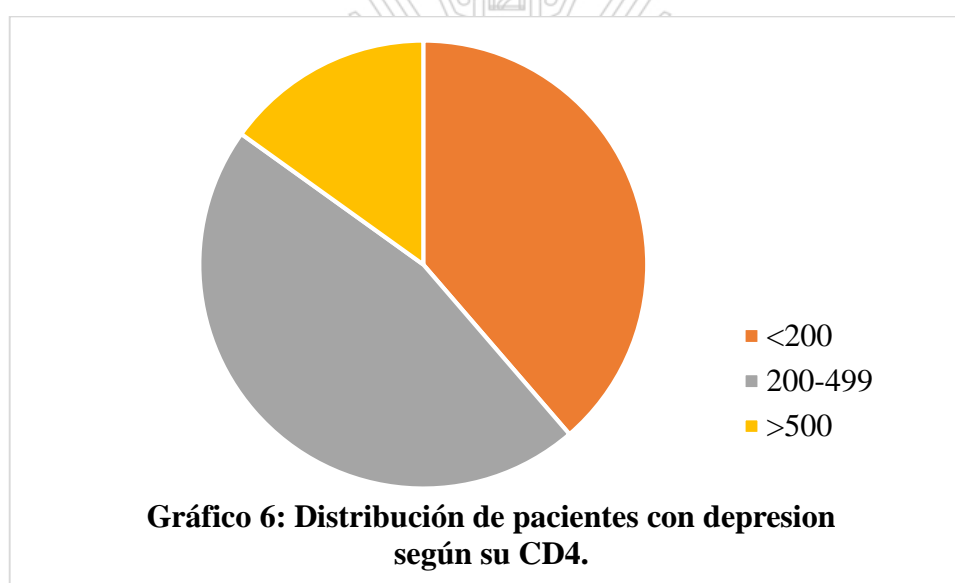
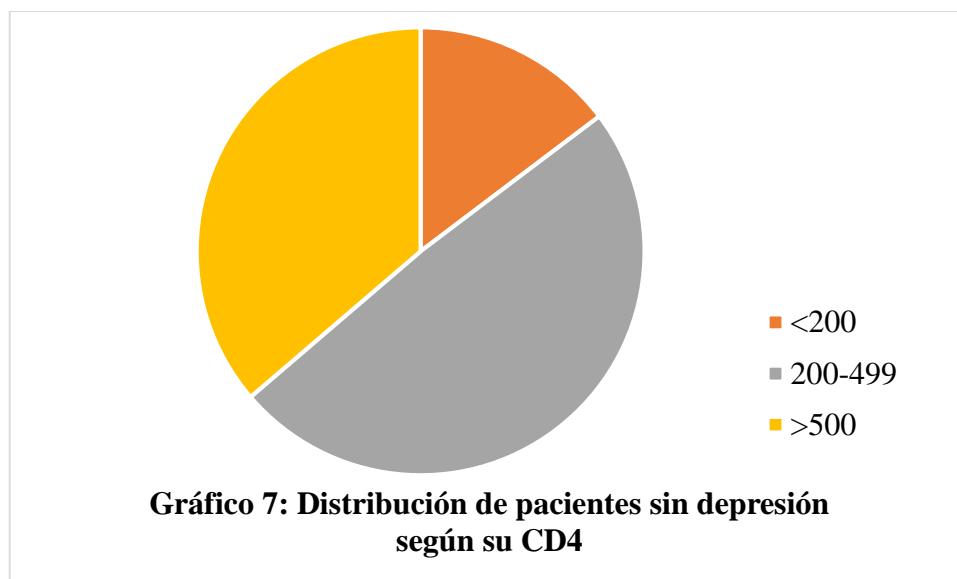


Tabla 16: CD4 en pacientes sin Depresión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido (/mm3)	<200	30	14,4	14,7	14,7
	200-499	100	48,1	49,0	63,7
	>500	74	35,6	36,3	100,0
	Total	204	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,9		
Total		208	100,0		



Según este análisis los niveles de CD4 tuvieron una variación con respecto a los valores, a pesar de que en ambos grupos lo más frecuente eran valores entre 200 y 499/mm³; en las personas con Depresión se encontraron mayor cantidad de frecuencia a un menor conteo de CD4 (<200/mm³) representando en ellas un 38,7%, a diferencia del 14,4% de las que no mostraron depresión. Adicionalmente, las personas que no sufrían depresión mostraron recuentos de CD4 con valores mayores (>500/mm³) representando en ese grupo el 35,6%, a diferencia del 15,1% del otro. En consecuencia, observándose que las personas con depresión resultaron con recuentos de CD4 con valores medios a bajos, y los que no presentaban depresión recuentos con valores medios a altos.

Tabla 17: CD4 en pacientes con complicaciones infecciosas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido (/mm ³)	<200	58	36,9	37,4	37,4
	200-499	80	51,0	51,6	89,0
	>500	17	10,8	11,0	100,0
	Total	155	98,7	100,0	
Perdidos Sistema		2	1,3		
Total		157	100,0		

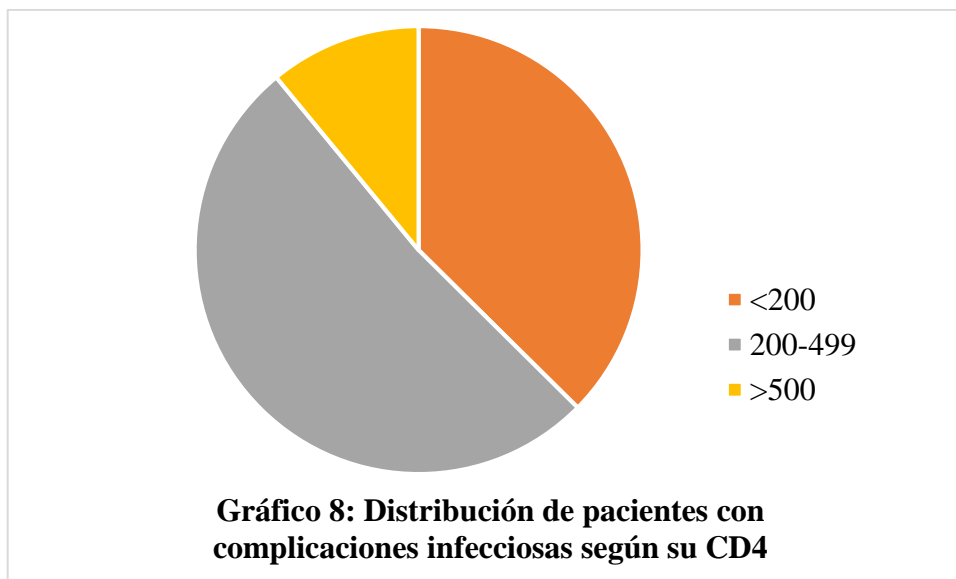
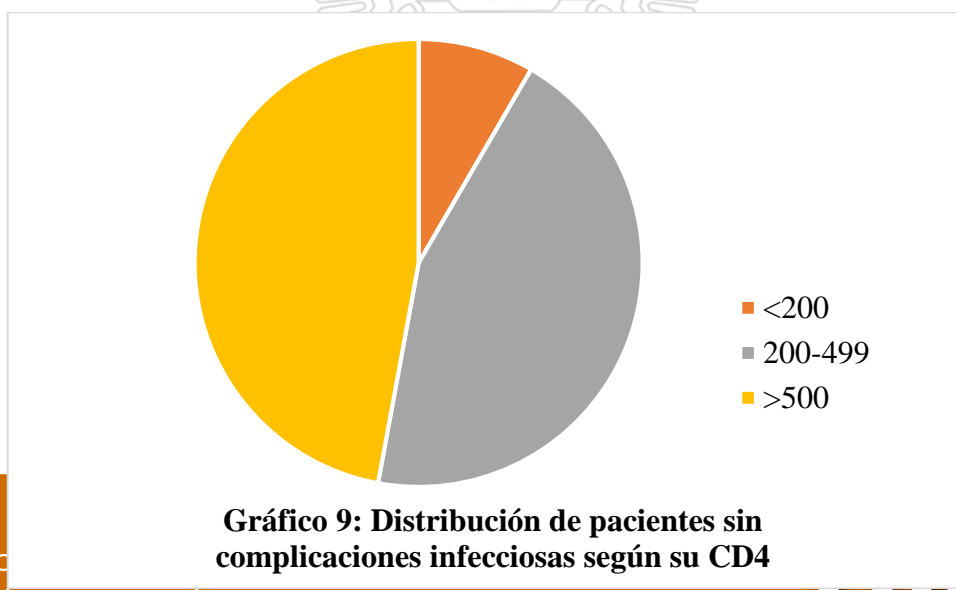


Tabla 18: CD4 en pacientes sin complicaciones infecciosas CD4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido (/mm3)	<200	13	8,3	8,4	8,4
	200-499	69	43,9	44,5	52,9
	>500	73	46,5	47,1	100,0
	Total	155	98,7	100,0	
Perdidos Sistema		2	1,3		
Total		157	100,0		



Al igual que en los grupos diferenciados por la presencia de Depresión, en los casos y controles se encuentran diferencias también en los recuentos de CD4, de medios a bajos para los casos (36,9%); y de medios a altos para los controles (46,5%), presentándose así, la misma tendencia en ambas clasificaciones de los grupos. Tanto en los casos, como en los controles, hubo 2 personas por grupo a los que no tenían recuento de CD4 disponible, por lo que no fueron tomados en cuenta en este análisis parcial.

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEPRESIÓN Y COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Tabla 19: Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Depr (1 / 2)	5,235	3,099	8,844
N de casos válidos	314		

Según la tabla se puede observar que se obtuvo un Odds Ratio de 5,235 (IR 95%: 3,099-8,844) dicho resultado nos confirma a la Depresión como Factor de riesgo al surgimiento de complicaciones infecciosas en personas VIH positivas. El intervalo de confianza indica la significancia del OR obtenido al no incluirse al valor 1 dentro de dicho rango.

Posteriormente, se realizó la prueba del chi-cuadrado, en el cual se observa una significancia de 0,001; y, al obtenerse un valor menor al 0,05; se rechaza la hipótesis nula. En consecuencia, es aceptada la Hipótesis Alternativa, la Depresión está asociada al surgimiento de complicaciones infecciosas.

Tabla 20: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,529 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	40,005	1	,000		
Razón de verosimilitud	43,025	1	,000		
Asociación lineal por lineal	41,396	1	,000		
N de casos válidos	314				

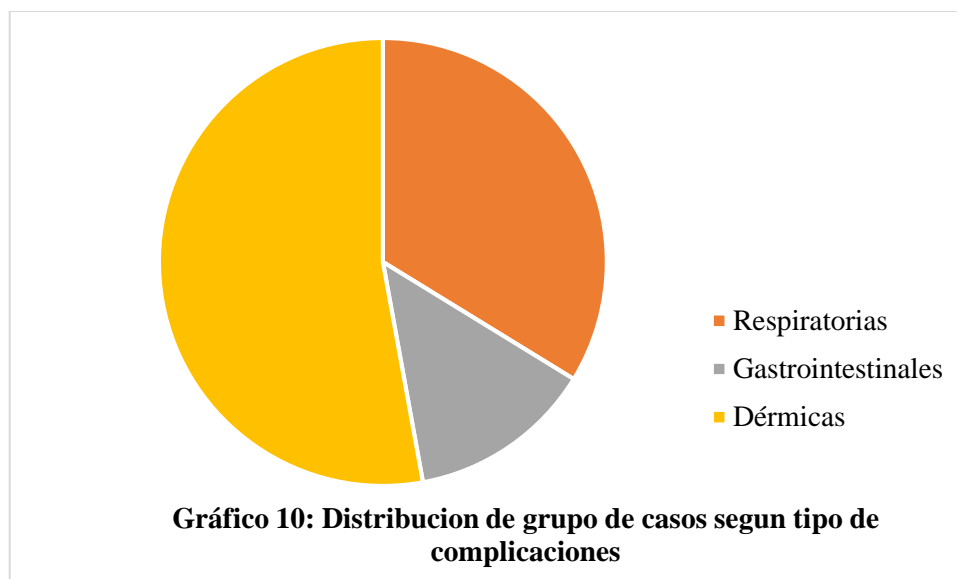
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 53,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Dentro de las Complicaciones, se pueden encontrar los tipos de las mismas, los cuales fueron analizados según sus frecuencias, como se observa en la tabla y gráfico siguientes.

Tabla 21: Tipo de Complicaciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Respiratorias	53	33,8	33,8	33,8
Gastrointestinales	21	13,4	13,4	47,1
Dérmicas	83	52,9	52,9	100,0
Total	157	100,0	100,0	



Según se puede apreciar, las complicaciones dérmicas son más usuales, representando un 52.9%, seguidas de las respiratorias (33.8%) y finalmente las gastrointestinales que fueron las menos frecuentes (13.4%).

Tabla 22: Tipo de Complicaciones (Depresión)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	26	24,5	24,5	24,5
	Respiratorias	30	28,3	28,3	52,8
	Gastrointestinales	14	13,2	13,2	66,0
	Dérmicas	36	34,0	34,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

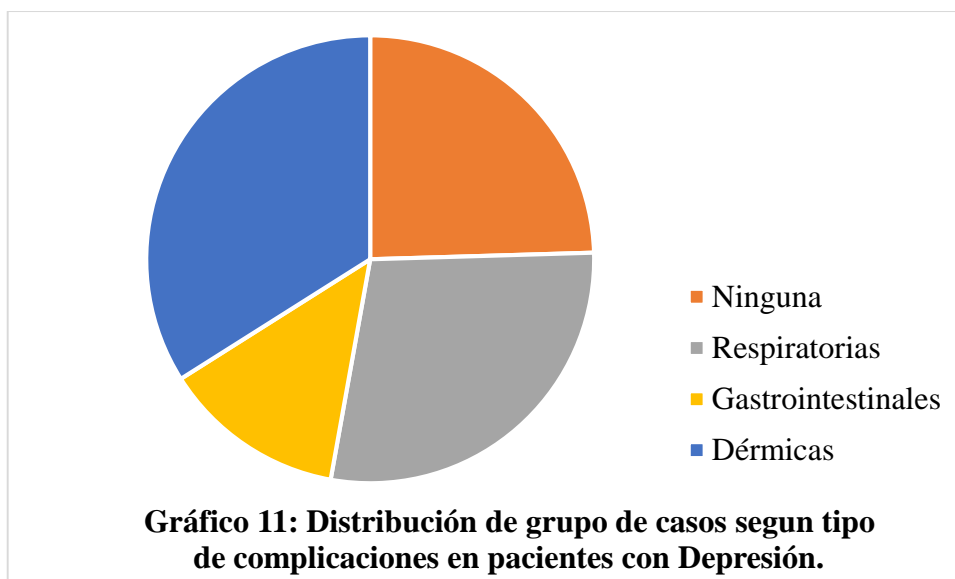
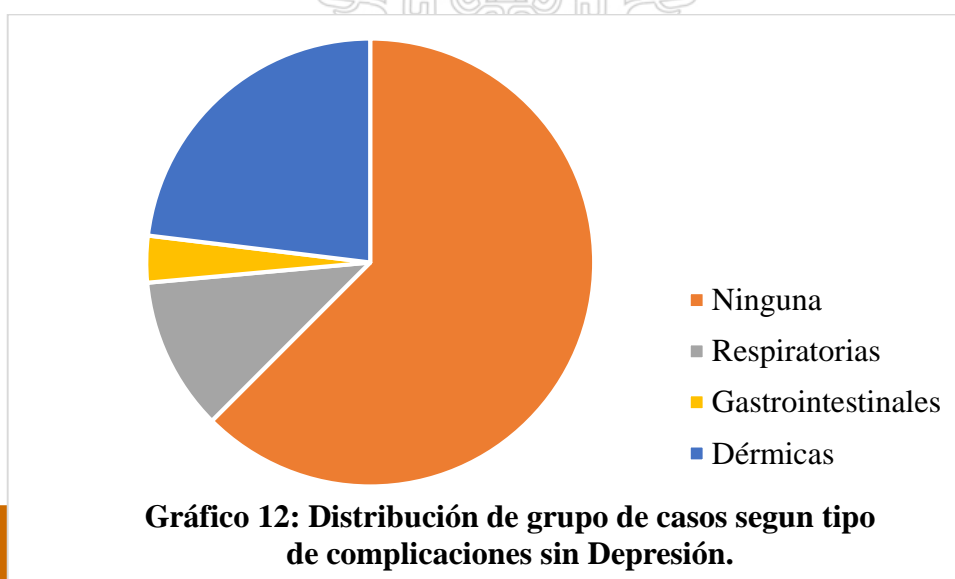


Tabla 23: Tipo de Complicaciones (No Depresión)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ninguna	130	62,5	62,5	62,5
Respiratorias	23	11,1	11,1	73,6
Gastrointestinales	7	3,4	3,4	76,9
Dérmicas	48	23,1	23,1	100,0
Total	208	100,0	100,0	



Las frecuencias en los Tipos de Complicaciones agrupadas por personas con Depresión o no, mostraron el mismo orden; diferenciándose principalmente a la ausencia o no de una complicación, análisis ya realizado previamente. El orden de las frecuencias se mantuvo en dérmicas, seguidas de respiratorias y finalmente gastrointestinales. Los porcentajes están indicados en las tablas y gráficos previos.

IV. DISCUSIÓN

Según CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2012), el 80% de las personas infectadas con VIH en Estados Unidos son varones. En América Latina, (MINSAL, 2010) las estadísticas son muy parecidas ya que la razón entre varón: mujer es de 3: 1 aproximadamente. Según la dirección general de epidemiología del ministerio de salud del Perú (2015), de las personas infectadas por el virus del VIH en el Perú, por cada mujer existen 3.5 hombres. En porcentajes tenemos que el 77 % de los casos notificados de pacientes con VIH son varones y el 23% son mujeres. En el presente estudio, el resultado se correlaciona con las estadísticas a nivel internacional y nacional, ya que se encontró que el 74.5% de los pacientes con VIH fueron varones y el 25.5% mujeres. Una de las razones es que la homosexualidad (HSH) sigue siendo factor de riesgo importante en la infección del VIH por lo que la mayoría de población sigue siendo del género masculino, sin embargo el número de mujeres que han adquirido este virus está en aumento por los casos de violencia contra la mujer que se están registrando últimamente.

En Estados Unidos, el rango de edad con más adultos VIH positivo es de 25 a 34 años (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). La mediana de la edad en pacientes con VIH en el Perú es de 31 años, por lo que probablemente el 50% de estos se hayan expuesto al VIH antes de los 20 años de edad (MINSAL, 2015). Según los resultados del estudio el 48.7% son mayores

de 40 años, porque se podría deber al grado de responsabilidades que pueden llegar a tener en

ese momento de sus vidas y los posibles problemas socioeconómicos que puedan estar atravesando.

El grado de instrucción tiene un papel muy importante en la evolución de la enfermedad de cada paciente, algunas investigaciones como la de Davila M. (2015) mencionan que según las estadísticas una de cada cuatro personas que viven con VIH tienen un grado de instrucción bajo, lo que hace difícil al paciente poder comprender mejor las instrucciones médicas y conocimientos sobre su estado de salud. En este estudio el 58.3% presentó secundaria como grado de instrucción más frecuente en estos pacientes, seguido por estudios superiores y primaria. Este aspecto puede que sea el responsable de que las con VIH desconozcan el significado del conteo CD4 y sobre todo las enfermedades oportunistas asociadas con la enfermedad.

Según Gaviria A., 2009, en su estudio se observó que a nivel de la variable ocupación, la mayoría realiza una actividad laboral ya sea formal e informal (66.3%) y el resto se ubicó en las categorías desempleado (19.6%), estudiante (3.3%) y otros (10.9%). Porcentajes muy parecidos se presentaron en este estudio, ya que más del 70% (trabajo independiente 24.8% y trabajo dependiente 48.7%) refiere tener empleo, 12.7% son amas de casa y 8% son estudiantes. Solo el 5.7% de la muestra no tuvo ningún empleo, esto se puede deber a que la mayoría de personas desempleadas son representadas por los adultos mayores y los menores de edad, grupos etarios que no son significativos en personas con VIH.

Wolff L. (2009) en su estudio “Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura” refiere que existe una variabilidad en los resultados de varios estudios sobre la prevalencia de episodios depresivos en pacientes VIH positivo que varía entre el 20 y 79% de las personas, teniendo como porcentaje promedio el de 35% según varios estudios que se evidenciaron en esta revisión. Porcentaje muy

semejante al de este estudio, ya que 33.8% de pacientes VIH positivo presentaron episodios depresivos.

Según Galindo J. (2010), la prevalencia de depresión fue mayor entre las mujeres (33.3%) que entre los varones (14.5%), situación esperada ya que según estadísticas a nivel mundial la depresión se presenta mayormente en mujeres. Además, según AIDS InfoNet, La población femenina es dos veces más propensa a la depresión en comparación a los varones. En un estudio realizado por Nhamba L. (2014) en Angola con una muestra de 100 personas VIH positivo, se encontró que el 37% de las personas con depresión fueron féminas, y el 25.8% fueron hombres. En el estudio, se observó que del total de personas con depresión que fue 106, 41 fueron mujeres que vienen a ser el 51.25% del total de mujeres. 65 fueron los varones con depresión, pero solo representaron el 27.7% del total de varones. Por lo que dada la predominancia del número de varones, es que hay más varones que mujeres con depresión en este estudio; sin embargo, según los porcentajes, las mujeres tienen más predisposición a padecer de depresión como en la mayoría de literaturas se describe.

En el estudio de Ordoñez S. (2017) realizado en Ecuador donde estudian la depresión en pacientes VIH positivos, el 37.5% de la población deprimida fueron adulto jóvenes (20-35 años). Según Soto J. (2014) la edad media encontrada en pacientes VIH positivo con depresión fue de 37.5 años, Edades muy parecidas se encontraron en el estudio de Clarke (2010), donde la edad media fue de 37.9 años. Resultado similar se encontró en este estudio, ya que se obtuvo una media de 39.06 ± 11.651 y una moda de 29 años. Probablemente porque este grupo etario representa la mayoría de pacientes VIH positivo.

Según Nhamba L. (2014), en su estudio se encontró que solo una persona de las 33 con depresión y VIH tuvo estudios universitarios, 11 tuvieron estudios de primaria, 9 de secundaria y 10 de nivel medio (técnico). En el presente estudio, el nivel de estudio más frecuente fue

secundaria fue con un 57.5% en los casos de personas con depresión. Y esto probablemente se

debe a que mientras menos conocimiento haya sobre la enfermedad y sobre el tratamiento que existe contra esta, hay menos esperanzas de vida para estas personas por lo que caen con más facilidad en depresión.

Al parecer el factor ocupación se comporta de manera similar entre empleados y desempleados en personas VIH positivo con depresión en el estudio de Nhamba L. (2014) donde el 15,2 % de las personas VIH positivo con empleo tenía depresión y entre los desempleados esta cifra alcanzó el 12,5%. En este estudio se obtuvo que en ambos grupos (casos y controles) primó las personas con empleo dependiente 44.3% y 51% respectivamente. Y el menor grupo fue la gente desempleada que represento el 7.5% y 6.3% en ambos grupos respectivamente, por lo que podríamos pensar que las personas con empleos dependientes tienen mayor predisposición a tener depresión quizá por que usualmente están a cargo de otras personas y existe una sobrecarga de trabajo y estrés que deben soportar para conservar sus empleos. A diferencia de las personas que no poseen empleo, no tienen que cumplir ninguna responsabilidad por lo que el factor estrés no está presente en esos casos.

Uno de los estudios que mejor demostró la posible asociación entre CD4 y depresión fue el realizado por Sledjeski (2005) “Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4 counts in people living with HIV” en el cual se demostró que la tasa de depresión se incrementaba 2,5 veces cuando el conteo de linfocitos T CD4 era inferior a 200/ul. Sin embargo, en el estudio de Caballero N. (2017) titulado “Comparación de los niveles de ansiedad y depresión entre mujeres y hombres que viven con el VIH en una clínica de la Ciudad de México” se observó que no se asoció la depresión ni la ansiedad con los recuentos de células T CD4 ni con la carga viral. En el estudio presente, se observó que las personas con depresión resultaron con recuentos de CD4 con valores medios a bajos, y los que no presentaban depresión recuentos con valores medios a

altos. Lo que demostraría que posiblemente la depresión sea un factor de riesgo para la disminución de recuentos de CD4.

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEPRESIÓN Y COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Según Lyketsos C. et al. (1993), en se observó que los pacientes deprimidos tenían recuentos de CD4 más bajos y presentaron más síntomas relacionados con el SIDA. Sin embargo, no encontró evidencia de que los síntomas depresivos pronostiquen posibles complicaciones de la enfermedad. A diferencia de otros estudios donde sí se encontró una asociación entre la depresión y la progresión de la enfermedad, en uno de estos estudios (Ickovics J. et al.; 2001) se encontró que en las mujeres con síntomas depresivos crónicos tenían 2 veces más probabilidades de fallecer que las que tenían síntomas depresivos limitados o sin ninguno de ellos. EL otro estudio (Cook J. et al.; 2004) que también fue con un grupo de mujeres VIH positivo, las que presentaron síntomas depresivos crónicos tuvieron más probabilidad de morir por progresión de la enfermedad. En el presente estudio, existe asociación entre el estado depresivo y el surgimiento de complicaciones infecciosas en personas VIH positivas

Dentro de las complicaciones infecciosas que se observaron en los pacientes, las dérmicas son más usuales, representando un 52,9%, seguida de las respiratorias (33,8%) y finalmente las gastrointestinales que fueron las menos frecuentes (13,4%). Por lo que el estado depresivo se ve asociados con una mayor morbilidad en pacientes VIH positivo.

V. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos del estudio, se formularon las siguientes conclusiones:

- EL género predominante en las personas infectadas por VIH son los varones.
- El intervalo de edades más frecuentes en pacientes VIH positivo es la de los adultos

- Secundaria es el grado de instrucción más frecuente en pacientes VIH positivo
- La ocupación más frecuente en pacientes con VIH es trabajo dependiente.
- Aproximadamente un tercio de los pacientes VIH positivo presentaron depresión.
- Las mujeres VIH positivo están más predispuestas a padecer depresión.
- Los adultos (mayor de 29) representan la mayor parte de personas VIH positivo con depresión.
- Usualmente, las personas VIH positivo que presentan una educación de nivel secundaria están más propensos a tener depresión.
- Las personas VIH positivo con empleo dependiente tienen tendencia a presentar depresión.
- EL recuento de CD4 en pacientes VIH positivo con depresión, se encuentra en su mayoría disminuido (menor de 500/mm³).
- Hay más probabilidad que pacientes VIH positivo con depresión, presenten complicaciones infecciosas.

VI. SUGERENCIAS

- Al llevar acabo la encuesta, es necesario explicar bien los puntos a los pacientes, ya que alguno de ellos piensan que esa encuesta esta solo relacionada con su enfermedad y se olvidan de los demás factores que pueden ocasionar un estado depresivo en ellos.
- Con los resultados obtenidos en este estudio, se debería considerar lo importante que es diagnosticar y dar tratamiento adecuado de la depresión en pacientes VIH positivo, ya que esto mejoraría el progreso de la enfermedad y disminuiría la probabilidad de las posibles complicaciones que desencadenan la enfermedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alemu, H., Mariam, D. H., Tsui, A., Ahmed, S., & Shewamare, A. (2012). Effect of depressive symptoms and social support on weight and CD4 count increase at HIV clinic in Ethiopia. *AIDS Care*, 24, 866–876.
- ✓ Amador C, Bodi V, Pasquau F, Ena J, Benito C, Fenoll V. (2001). Factores de riesgo asociados a la aparición de infecciones durante el primer año de tratamiento antirretroviral de alta eficacia. *Med Clin*, 116, 41-6.
- ✓ Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. (1994) The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiat.* 1994. 151:979-986.
- ✓ Burack, J.H.; Barrett, D.C.; Stall, R.S.; Chesney, M.A.; Ekstrand, M.L.; Coates, T.C. (1993) Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *JAMA*, 270, 2568-2573
- ✓ Caballero-Suárez, Nancy Patricia, Rodríguez-Estrada, Evelyn, Candela-Iglesias, María, & Reyes-Terán, Gustavo. (2017). Comparison of levels of anxiety and depression between women and men living with HIV of a Mexico City clinic. *Salud mental*, 40(1), 15-22. <https://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.003>
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention. Estimated HIV incidence in the United States, 2007– 2010. *HIV Surveillance Supplemental Report* 2012;17(No. 4). <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/#supplemental>. Published December 2012. Accessed [date].

- ✓ Cook, J. A., Grey, D., Burke, J., Cohen, M. H., Gurtman, A. C., Richardson, J. L., Hessol, N. A. (2004). Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health*, 94, 1133–1140. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1133>

- ✓ Dairaghi DJ, Greaves DR, Schall TD. (1998) Abduction of chemoquines elements by herpes viruses. *SemVirolog*; 8: 377-385

- ✓ Dávila, María E, Gil, Maritza A, & Tagliaferro, Zulay A. (2015). Conocimiento de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA sobre la enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 541-551. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.41378>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642015000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- ✓ Dirección del minsa
<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>

- ✓ Ernst, E. (2000). *Depresión*. 1ª. Ed. Barcelona, España. Mens Sana.

- ✓ Fiestas-Teque, Luis; Vega-Dienstmaier, (2012) Johann M. Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 75, núm. 2, pp. 47-57

- ✓ Gaviria, Ana Milena, Quiceno, Japcy Margarita, Vinaccia, Stefano, Martínez, Luz Adriana, & Otalvaro, Martha Cecilia. (2009). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-

Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718->

UNFV

48082009000100001https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001

- ✓ Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA, Saxon A (1981). Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med* 305: 1426–1431
- ✓ Ickovics, J. R., Hamburger, M. E., Vlahov, D., Schoenbaum, E.E., Schuman, P., Boland, R. J., & Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV- seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA* , 285 , 1466 - 74
- ✓ Kilbourne, A. M., A. C. Justice, B. L. Rollman, K. A. McGinnis, L. Rabeneck, S. Weissman, S. Smola, R. Schultz, J. Whittle, M. Rodriguez-Barradas. (2002) “Clinical Importance of HIV and Depressive Symptoms among Veterans with HIV Infection.” *Journal of General Internal Medicine* 17:512–520.
- ✓ Klinger J, Herrera J, Díaz M, Jhann A, Avila G, Tobar C. (2005) La Psiconeuroinmunología en el Proceso Salud Enfermedad. *Colombia Médica*, VOL 36, N°2
- ✓ Lamotte J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), 993-1013. Recuperado en 31 de enero de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es&tlng=es.
- ✓ Leserman, J., Jackson, E. D., Petitto, J. M., Golden, R. N., Silva, S. G., Perkins, D. O.,

Cai, J., Folds, J. D. & Evans, D. L. (1999). Progression To AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine* 61, 397-406.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

- ✓ Lyketsos CG, Hoover DR, Guccione M, Senterfitt W, Dew MA, Wesch J et al (1993) Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. Multicenter AIDS Cohort Study. JAMA 270:2563–2567
- ✓ Ministerio de Salud del Perú. (2010). Resolución Ministerial. N°220
- ✓ National Institute for Clinical Excellence (2004) Depression: management of depression in primary and secondary care (NICE, London) Clinical Guideline 23.
- ✓ National Institute of Mental Health (2009). Depresión. NIH Num. SP 09 3561 https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf
- ✓ Nhamba, Lucas Antonio, Hernández Meléndrez, Edelsys, & Bayarre Veá, Héctor Demetrio. (2014). Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. Revista Cubana de Salud Pública, 40(4), 276-288. Recuperado en 29 de enero de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400004&lng=es&tlng=es.
- ✓ Organización Mundial de la Salud. (2008) VIH/SIDA y salud mental, Informe de la Secretaría. 2008. 124ª reunión. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf
- ✓ Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión. Página Oficial de la OMS. Recuperado en Febrero del año 2017 en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- ✓ Reus S, Portilla J, Gimeno A, Sánchez-Payá J, García-Henarejos J.A., Martínez-Madrid O, Usó J, Roca B, Galindo M, López-Aldeguer J. (2004). Predictores de progresión y

muerte en pacientes con infección avanzada por el VIH en la era de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*;22:142-9

- ✓ Rodríguez M, Andrade A. (2000) Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol. 13 N°1 – 2*
- ✓ Sánchez-Fernández MD, Tomateo-Torvisco D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Rev Neuro-Psiquiatr.* 2014; 77(2):70–77.
- ✓ Sledjeski, E. M., Delahanty, D. L., and Bogart, L. M. (2005). Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4 counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 26– 34.
- ✓ Soto, J., & Cruz, J. (2014). Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. In: Ramos, M. & Aguilera, V. (Eds.), *Educación, Handbook T-IV*. Guanajuato, México: ECORFAN.
- ✓ Weigent DA, Blalock E. (1987) Interactions between the neuroendocrine and immune systems: common hormones and receptors. *Immunol Rev*; 100: 79-108.
- ✓ Wolff L, Claudia, Alvarado M, Rubén, & Wolff R, Marcelo. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 27(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000100011>

VIII. ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿De qué trata la investigación?

Esta investigación ha sido diseñada con el objetivo de determinar si hay una asociación entre depresión y desarrollo de complicaciones infecciosas en pacientes VIH+. Para esto, se contará con un grupo de pacientes que tienen complicaciones infecciosas y un grupo control el cual no tendrá éstas complicaciones y a cada uno de los pacientes se le hará un test para buscar si se encuentra depresión.

¿Cómo puedo participar?

Para participar usted deberá llenar un cuestionario que constará de dos partes. En la primera parte contestará sobre algunos datos personales. En la segunda parte se le aplicará un test de depresión validado, en el cual si usted obtiene más de 16 puntos se considerará como depresión. La información será completamente anónima y confidencial.

¿Qué beneficios obtengo?

No obtendrá ningún beneficio directo ni monetario. Contestando este cuestionario usted estará aportando importante información a la comunidad científica, información que servirá como herramienta para poder diseñar intervenciones con el objetivo de prestar mayor atención a la salud mental de los pacientes con infección por VIH y mejorar su calidad de vida.

¿Puedo sufrir algún daño?

No sufrirá ningún daño directo si participa en este estudio. La información recogida será totalmente anónima y confidencial. El consentimiento informado será guardado de manera separada al cuestionario para que el anonimato de las respuestas se mantenga.

¿Qué sucede si no deseo participar en la investigación?

El llenado del cuestionario es voluntario. Si no acepta no habrá ninguna consecuencia negativa; la atención que se le brindará en el hospital seguirá siendo la misma. Puede optar por la decisión que desee.

En caso de presentarse alguna duda o queja podrá contactarse con el investigador principal de éste estudio:

- Nombre: Sandra Johanna Salas Díaz
- Teléfono: 986505360

Yo, _____,
identificado (a) con DNI: _____, manifiesto que, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, he sido debidamente informado (a) sobre el objetivo del estudio, los riesgos y beneficios. Además, se me ha informado sobre la confidencialidad de los resultados y todos los datos obtenidos durante el estudio. De esta manera, autorizo la aplicación del cuestionario respectivo y que autorizo que los resultados sean utilizados únicamente con fines de la investigación.

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Investigador

Participante

2. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario autoaplicado

Nº de encuesta: _____ (no llenar)

Instrucciones: Este cuestionario consta de dos partes: La primera es el llenado de datos personales y la segunda consta del llenado de una prueba para evaluar la presencia de depresión.

Datos Personales

1. ¿Es ud. de sexo femenino o masculino?	Femenino
	Masculino
2. ¿Qué edad tiene ud.?	18 - 30 años
	31 - 40 años
	41 - 50 años
3. ¿Cuál es su grado de instrucción? Edad:	Primaria
	Secundaria
	Superior
4. ¿Cuál es su ocupación?	Independiente
	Dependiente
	Ama de casa
	Estudiante
	Ninguno

Inventario de Depresión de Beck

1)	<input type="checkbox"/> No me siento triste.
	<input type="checkbox"/> Me siento triste.
	<input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
	<input type="checkbox"/> Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
2)	<input type="checkbox"/> No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
	<input type="checkbox"/> Me siento desanimado con respecto al futuro.
	<input type="checkbox"/> Siento que no puedo esperar nada del futuro.
	<input type="checkbox"/> Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

No me irrito más ahora que antes.

Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

No he perdido interés en otras personas.

Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.

He perdido todo interés en los demás.

13)

Tomo decisiones como siempre.

Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

No creo que me vea peor que antes.

Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)

Creo que me veo horrible

15)

Puedo trabajar tan bien como antes.

Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.

Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.

No puedo hacer ningún tipo de trabajo

16)

Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

18)

Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Mi apetito es mucho peor que antes.

<input type="checkbox"/>	Ya no tengo nada de apetito.
19)	
<input type="checkbox"/>	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
<input type="checkbox"/>	He perdido más de 2 kilos.
<input type="checkbox"/>	He perdido más de 4 kilos.
<input type="checkbox"/>	He perdido más de 6 kilos
20)	
<input type="checkbox"/>	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
<input type="checkbox"/>	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
<input type="checkbox"/>	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
<input type="checkbox"/>	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
21)	
<input type="checkbox"/>	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
<input type="checkbox"/>	Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
<input type="checkbox"/>	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
<input type="checkbox"/>	He perdido por completo mi interés por el sexo.

Tabla de Recolección de Datos de Historia Clínica

1. Complicación Infecciosa	Sí
	No
2. Tipo de Infección:	Respiratoria
	Gastrointestinal
	Dérmica
3. Conteo de CD4	> o = 500 /mm ³
	200 - 499/mm ³
	<200/mm ³

3. JUICIO DE EXPERTOS

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO DEPRESIVO Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES VIH POSITIVO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.

Autora: Salas Díaz, Sandra Johanna

Nombre del juez: EDGAR MIRAVAL ROJAS

Grado académico: Doctor

Estimado(a)

Me dirijo a Ud., para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de médico cirujano.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes. Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente

	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	✓		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables.	✓		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	✓		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operacionalización de variables.	✓		
6	El número de ítems es adecuado.	✓		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	✓		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	✓		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	✓		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	✓		

SUGERENCIAS Y APORTES:

.....


 EDGAR J. MIRAVAL ROJAS
 MÉDICO PSIQUIATRA
 N.º 19027 RRE-8817
 SELLO Y FIRMA

MUCHAS GRACIAS.

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO DEPRESIVO Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES VIH POSITIVO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.

Autora: Salas Díaz, Sandra Johanna

Nombre del juez: *Mg. Joe Sáenz Torres*

Grado académico: *Magister en Psicología*

Estimado(a)

Me dirijo a Ud., para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de médico cirujano.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes. Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente

	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	✓		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables.	✓		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	✓		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operacionalización de variables.	✓		
6	El número de ítems es adecuado.	✓		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	✓		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	✓		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	✓		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	✓		

SUGERENCIAS Y APORTES:

.....



Joe Sáenz Torres
 PSICOLOGO
 EL LOAYZA FIRMA

MUCHAS GRACIAS.