



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES  
Y DE LA EDUCACIÓN**

**TESIS DE GRADO, PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TEMA:**

**PACIENTES CON DEPRESION O ANSIEDAD DIAGNOSTICADOS CON  
VIH (SIDA) QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE  
JESUS DEL CANTON QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RIOS, EN EL  
AÑO 2009.**

**Autora:**

Karina Elizabeth Quiroz Mendoza

**Directora de Tesis:**

Dra. Glenda Arriciaga

Babahoyo, 2011



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES**  
**Y DE LA EDUCACIÓN**

Babahoyo, diciembre del 2011

**EL TRIBUNAL EXAMINADOR OTORGA AL PRESENTE TRABAJO**

**TEMA:**

**PACIENTES CON DEPRESION O ANSIEDAD DIAGNOSTICADOS CON VIH (SIDA) QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DEL CANTON QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RIOS, EN EL AÑO 2009.**

La calificación de: \_\_\_\_\_

Equivalente a: \_\_\_\_\_

**TRIBUNAL**

\_\_\_\_\_  
Lcdo.  
**DECANO (DELEGADO)**

\_\_\_\_\_  
Lcdo.  
**SUBDECANO (DELEGADO)**

\_\_\_\_\_  
Dra. Glenda Arriciaga  
**DIRECTORA DE TESIS**

\_\_\_\_\_  
Lcdo.  
**DELEGADO DEL CONSEJO DIRECTIVO**

\_\_\_\_\_  
Lcda. Cristina Silva Moreno  
**SECRETARIA**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES**  
**Y DE LA EDUCACIÓN**

**APROBACIÓN**

En mi calidad de Director del trabajo de investigación sobre el tema: **PACIENTES CON DEPRESION O ANSIEDAD DIAGNOSTICADOS CON VIH (SIDA) QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DEL CANTON QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RIOS, EN EL AÑO 2009.**

De la egresada: **KARINA ELIZABETH QUIROZ MENDOZA**, considero que el presente documento, reúne todos los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a sustentación, ante el Tribunal Examinador que el Consejo Directivo designe.

Babahoyo, diciembre del 2011

---

Dra. Glenda Arriciaga  
**DIRECTORA DE TESIS**

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Karina Elizabeth Quiroz Mendoza**, portadora de la C.C. 1203300007, respectivamente, egresada de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, especialidad Psicología Clínica; declaro que soy autora exclusiva de la presente investigación. Todos los efectos académicos y legales que se desprenden de la investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Babahoyo, diciembre del 2011

---

Karina Elizabeth Quiroz Mendoza

## DEDICATORIA

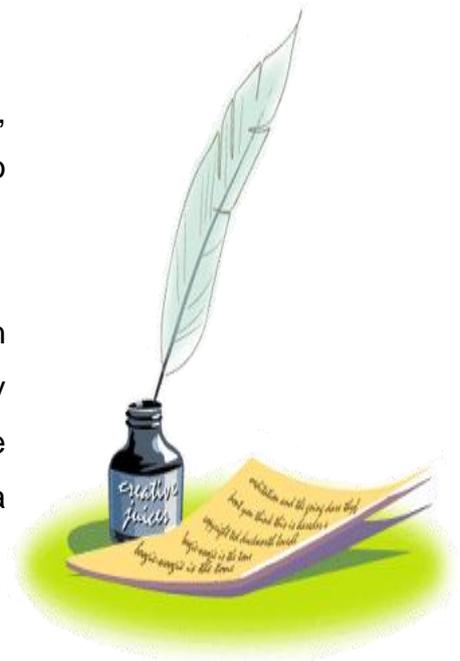
Dedico el presente trabajo de investigación a:

Dios por la vida, la salud, el amor y ser el guía principal en mi existencia.

Mi Madre, por la vida y sus sabias enseñanzas provistas con cariño y orgullo.

Mis hijos, quienes con su presencia y apoyo, me han motivado para lograr este trabajo investigativo.

Mis familiares, quienes me apoyaron moralmente en mi carrera universitaria y también las futuras generaciones para que esta obra sirva de guía y reafirme la educación de mi país Ecuador.



**Karina**

## AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Babahoyo y su extensión en Quevedo, por darme la oportunidad de desarrollarme en el campo intelectual y ser una profesional gracias a ellos.

A la Dra. Glenda Arriciaga, Directora de la presente Tesis, por compartir sus sabios conocimientos y orientarme en este trabajo investigativo.

A quienes colaboraron, gracias por su apoyo incondicional y permanente, para lograr y desarrollar esta investigación.



**Karina**

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Portada .....	I
Tribunal Examinador .....	II
Aprobación por la tutora .....	III
Declaración de Autoría .....	IV
Dedicatoria .....	V
Agradecimiento .....	VI
Índice .....	VII
Tema .....	X
Problema .....	XI
Introducción .....	1

### **CAPITULO I MARCO REFERENCIAL**

1.1. Caracterización Macro .....	4
1.2. Breve reseña histórica y descripción meso .....	5
1.3. Datos y Características de la Institución .....	7
1.4. Formulación del Problema .....	8
1.5. Delimitación de la Investigación .....	8
1.6. Justificación .....	9
1.7. Objetivos .....	10
1.7.1. Objetivo General .....	10
1.7.2. Objetivos Específicos .....	10

### **CAPITULO II MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes Investigativos .....	11
--	----

2.2. Fundamentación Teórica .....	12
2.3. Fundamentación Psicológica .....	37
2.4. Hipótesis .....	47
2.4.1. General .....	47
2.4.2. Específicas.....	47
2.5. Operacionalización de las Variables .....	48
2.5.1. Variable Independiente .....	48
2.5.2. Variable Dependiente .....	49
2.6. Términos Básicos Usados .....	50

### **CAPITULO III**

#### **LA METODOLOGÍA**

3.1. Metodología empleada .....	55
3.2. Modalidad Básica de la investigación .....	56
3.3. Nivel o tipos de investigación.....	56
3.4. Población y Muestra .....	57
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	57

### **CAPITULO IV**

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1. Análisis de los Resultados del Test .....	58
4.2. Análisis de los Resultados de la Encuesta.....	60
4.3. Comprobación de las Hipótesis .....	67

### **CAPITULO V**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones .....	68
5.2. Recomendaciones .....	69

**CAPITULO VI**  
**PROPUESTA**

6.1. Título .....	70
6.2. Descripción de la propuesta.....	71
6.3. Justificación .....	71
6.4. Beneficiarios .....	72
6.5. Factibilidad.....	72
6.6. Objetivos .....	72
6.6.1. General .....	72
6.6.2. Específicos.....	73
6.7. Recursos.....	73
6.7.1. Humano .....	73
6.7.2. Materiales .....	73
6.7.3. Económicos .....	74
6.8. Cronograma de Actividades.....	75
6.9. Bibliografía.....	76
ANEXOS .....	77

## **TEMA**

PACIENTES CON DEPRESION O ANSIEDAD DIAGNOSTICADOS CON VIH (SIDA) QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DEL CANTON QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RIOS, EN EL AÑO 2009.

## **EL PROBLEMA**

¿EN QUÉ FORMA INCIDEN LOS PACIENTES CON DEPRESION O ANSIEDAD DIAGNOSTICADOS CON VIH (SIDA) QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DEL CANTON QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RIOS, EN EL AÑO 2009?

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo trata sobre: **PACIENTES CON DEPRESION O ANSIEDAD DIAGNOSTICADOS CON VIH (SIDA) QUE ASISTEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DEL CANTON QUEVEDO, PROVINCIA DE LOS RIOS, EN EL AÑO 2009.**

el cual se lo ha realizado con el fin de determinar los niveles de la depresión en los pacientes diagnosticados con VIH (SIDA). El documento muestra varios temas enfocados a la depresión y la forma en que esta incide en los pacientes que padecen esta mortal enfermedad; también indica varias historias clínicas de pacientes con VIH, los análisis de varios casos y el problema psicológico en lo referente a su comportamiento. La investigación se la llevó a cabo en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo, la misma que contó con el aval de varios profesionales en la rama y el apoyo del personal del área de pacientes con VIH (SIDA).

El documento muestra los factores depresivos que inciden en el comportamiento de los pacientes con VIH, los mismos que fueron establecidos en coordinación con los profesionales médicos del hospital quienes abalizaron el trabajo investigativo y dieron su opinión al respecto. Fue fundamental el apoyo de los pacientes que padecen esta letal enfermedad, gracias a la valoración de los mismos se determinó cómo incide la depresión en el estado emocional y psíquico.

El propósito de la investigación fue la de diseñar un plan de asistencia psiquiátrica encaminada a mejorar el estado psicológico - anímico de los pacientes diagnosticados con VIH (SIDA), ya que se considera indispensable asistir a los paciencias que padecen esta enfermedad, que los hace sentir aislados y representan un elevado nivel depresivo. El afán de la propuesta es mejorar el estado emocional del paciente orientándolo en la parte espiritual y anímica.

El presente documento abarca varios capítulos. El primero, muestra una breve descripción del tema, detalla las características del objeto de estudio y describe la esencia del trabajo investigativo. También se determinan las causas y efectos del problema, formulándolo y delimitando la investigación como objeto de cambio; además se indica la importancia del estudio y la necesidad requerida en establecer una propuesta de cambio radical que beneficie los pacientes diagnosticados con VIH (SIDA) que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo.

En el segundo capítulo, se presentan varios temas relacionados con la depresión y el comportamiento humano, enfocando específicamente al problema y su incidencia en pacientes con VIH. En cada uno de los temas se mostrarán sus definiciones y estudios científicos. Estos temas fortalecerán el conocimiento del investigador. En este capítulo se plantean las hipótesis, supuestos que fueron comprobados a través del análisis de los resultados. Se establece el cuadro de Operacionalización de variables. Todos los temas son bastante interesantes y permiten profundizar más los conocimientos, a fin de dar solución a esos problemas psicológicos que afectan el estado emocional y la conducta del ser humano, más aún cuando este padece algún problema físico o mental.

El tercer capítulo, muestra el tipo de metodología aplicada en la investigación, se detallan las técnicas, métodos, tipos e instrumentos de evaluación utilizados en el desarrollo del presente estudio. Se determina la muestra empleada para efectuar el diagnóstico (nivel de depresión de los pacientes con VIH (SIDA)).

En el cuarto capítulo, se aprecia los resultados de la investigación de campo, en donde se indican los análisis de los test, aplicados a los pacientes con VIH que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo. El análisis permitió establecer las respectivas

conclusiones y recomendaciones, como también diseñar la propuesta de solución encaminada a asistir a los pacientes con problemas depresivos.

En el capítulo quinto, se establecen las respectivas conclusiones y recomendaciones de la investigación, demostrando la veracidad de la hipótesis y alcanzado objetivos planteados.

El sexto capítulo muestra la propuesta de solución, la cual está encaminada a implementar un plan de asistencia psiquiátrica para mejorar el estado psicológico – anímico de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA.

En fin, en mi calidad de egresada y futura profesional en psicología clínica, he implementado y empleado mis conocimientos y habilidades, con el fin de demostrar lo aprendido en el transcurso de mi carrera, como estudiante universitaria, para beneficio, bienestar y desarrollo de la sociedad.

## **CAPITULO I**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **1.1. CARACTERIZACIÓN MACRO DEL OBJETO DE ESTUDIO.**

A nivel mundial se ha comprobado que la depresión es mucho más común entre pacientes con VIH. Las personas con esta enfermedad tienen cinco veces más probabilidades de sufrir de depresión que la gente que no vive con el VIH, de hecho más de cada tres pacientes con la infección también sufre de depresión. De la misma manera que lo hace con otras enfermedades, la depresión puede tener un efecto negativo sobre el VIH. Los pacientes deprimidos con VIH pueden verse afectados más severamente.

La infección por el VIH constituye una enfermedad que aunque actualmente se considera de carácter crónico, implica para el paciente que la padecen unos niveles altos de incertidumbre y enfrentarse con una enfermedad rodeado de rechazo por parte de la sociedad. La depresión y la ansiedad y la ira son las reacciones que más se presentan en los pacientes que son seropositivos, igualmente por el VIH supone incertidumbre que se relaciona con elevados niveles de ansiedad y depresión debido a que los pacientes no conocen como va a evolucionar la enfermedad en ellos.

El problema del SIDA es una enfermedad que se ha propagado en el mundo entero. En el transcurso de los últimos veinte años aproximadamente 60 millones de personas se ha contagiado con el virus del SIDA y 22 millones de esto han muerto. Para 1999 ya existía 34, 016,536 personas que Vivian con esta enfermedad de las cuales 24,

448,700 eran Africanos ya que este representaba el 71.8% del porcentaje mundial. Para fines del año 2001 estas cifras ya habían aumentado, en ese año murieron 3 millones de personas a causa de esta enfermedad y 40 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA de los cuales 28, 100,000 y 2, 300,000 muertos.

En la actualidad existen millones de afectados con esta enfermedad que está diezmando la población mundial.

En el Ecuador se notificó en 1984, desde entonces el número se ha incrementado considerablemente, total infectados en el 2009 es de 18.246 de los cuales 7.640 presentaron el síndrome de Inmunodeficiencia adquirida SIDA y han fallecido según registró médicos 2.447. Según el caso de VIH SIDA el porcentaje en preferencia sexual es: 13.1% Homosexuales, 6.8% Bisexuales, 80.1% Heterosexuales. La realidad, es la resultante, cabe la redundancia de los problemas del mundo contemporáneo.

En el país hasta la actualidad existen, alrededor de 2,5 millones de adultos y niños se infectaron con VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), el virus que causa el SIDA.

## **1.2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA Y DESCRIPCIÓN MESO.**

El hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, tiene su inicio en los años de 1960, cuando la religiosa de nacionalidad española Madre María Feliza Barandearan, Directora de la Escuela Nuestra Señora de Fátima, de esta ciudad, reúne a un grupo de distinguidas damas y conforman la Junta Parroquial de Caridad.

La principal finalidad de esta junta, fue ayudar a los enfermos de tuberculosis que en esa época prevalecía en la población.

En 1962 este mismo grupo de señoras conformado por: Doctora June Guzmán de Cortes, como Presidenta, Dora Mosquera de Peña, Luz Pacheco de Medina, Antonia de Jiménez, Luzmila de Guim, María de Kure, Elena San Lucas de Torres, Cristina Mata de Betancourt, Zoila Haon de Sánchez, Cleotilde Mata de Maldonado, Araminta Sánchez de Loqui, Blanca Inés Celleri de Bajaña, Martha Malo de Quintana, Clemencia Sánchez de López, Amada Suquilanda de Moreno, Isabel Moran de Navas, Angeolina Arias de Gutiérrez, Aidee de Aguirre; Amada Espinoza de Agurto, Madre españolas; María de Jesús Ervitte, Avelina y Rosita; Padre Francisco Elguezabal, doctor Octavio Jiménez, doctor Elías Barsallo como Asesor Jurídico y el periodista Luis Zarzosa como Relacionador Público, se constituyeron en la Junta de Beneficencia, cuya finalidad fue la consecución de un Hospital para Quevedo.

El filántropo señor Vicente Chang Luey, dono los terrenos para la construcción del Centro de Salud. Luego realizaron varios viajes a la capital de la República y muchas actividades artísticas, culturales y sociales; con la finalidad de adquirir fondos.

En 1964, el señor Ministro de Bienestar Social, doctor Franklin Tello Mercado, inicio los estudios y demás trámites, para la Construcción del Centro de Salud.

Es el señor Clemente Yerovi Indaburo, Director de la Junta de Planificación y Coordinación Económica, quien inicia la construcción del Centro de Salud, que más tarde se convertiría en hospital.

Fueron el señor Galo Chong- Qui, Legislador de la Provincia de Los Ríos y la Doctora June Guzmán de Cortes, quienes consiguieron del señor Presidente Doctor José María Velasco Ibarra, el decreto de un impuesto, con el cual se cubrió los gastos de operación que demandaba el mencionado Centro de Salud.

Finalmente, el señor Ministro de Finanza Luis Gómez Izquierdo, ordeno el equipamiento del Centro de Salud, para que el 28 de Abril de 1971 con los Servicios de Consulta Externa, Emergencia, Laboratorio y Rayos X., y una plantilla de personal en número de 24, entre Médicos, Enfermeras y 2 empleados.

El presente estudio se lo realiza con el fin de analizar la depresión y su incidencia en el comportamiento de los pacientes diagnosticados de VIH (SIDA) que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo. Según estudios clínicos realizados en el hospital, los altos nivel de depresión han incidido negativamente en el comportamiento de dichos paciente lo cual ha trastornado la salud física y mental de los pacientes con VIH.

### **1.3. DATOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN.**

El presente trabajo se lo realizó en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, con las persona encargadas del programa de VIH - SIDA y la colaboración de los pacientes. Se ha iniciado la investigación la cual ha permitido determinar el porqué de la depresión y de qué forma incide en el comportamiento de los pacientes con esta enfermedad.

Siendo el Hospital Sagrado Corazón de Jesús una institución de ayuda gratuita donde acude las personas con diferentes tipos de enfermedad, como institución, abrió las puertas para realizar el presente trabajo investigativo, la cual permitió analizar los problemas depresivos que presentan los pacientes con VIH (SIDA), quienes necesitan la ayuda oportuna y hay que buscar la forma de establecer un programa enfocado a mejorar el estado anímico de los pacientes que padecen esta mortal enfermedad.

Los médicos del Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”, les ponen más interés a los conflictos de los pacientes que a diario son atendidos en dicha institución, pero no se preocupan por brindar ayuda psicológica a los pacientes contagiados con VIH - SIDA.

#### **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿En qué forma la depresión o ansiedad incide en el comportamiento de los pacientes diagnosticados de VIH (SIDA) que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo, Provincia de los Ríos en el año 2009?

#### **1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

**Campo** : Psicológico.

**Área** : Psicología Clínica.

**Aspecto** : Estado depresivo de los pacientes con VIH (SIDA).

**Problema** : ¿ En qué forma la depresión índice en el comportamiento de los pacientes diagnosticados de VIH (SIDA) que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo en el segundo semestre del año 2010 y en el primero semestre del año 2011?

##### **1.5.1. Delimitación Espacial.**

La presente investigación se la realizó en las instalaciones del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, ubicado en la ciudad de Quevedo, provincia de Los Ríos.

### **1.5.2. Delimitación temporal.**

La investigación se la llevó a cabo en el transcurso 6 meses, durante el año 2011.

### **1.6. JUSTIFICACIÓN.**

El presente proyecto de investigación se circunscribe en el problema producto de una enfermedad concebida por una actitud social que está asolando a la humanidad y que está considerada como un problema de gran magnitud que diezma a la población día a día, lo que significa que existe 33,4 millones de personas portadoras del VIH - SIDA en el mundo.

La razón para considerar que mi investigación es factible es por el aporte que brindase a los pacientes con depresión o ansiedad que padecen de esta terrible enfermedad es brindando la ayuda necesaria para que ellos conlleven esta enfermedad con ayuda psicológica y charlas de motivación para que así acepten su problema.

Y más aún cuando pretendo aportar ante las personas enfermas con buen estado de ánimo emocional que les permita armonizar sus actividades y convivir con sus problemas de salud. Tomando encuentra que las destrezas aprendidas en estos pacientes se les permitirá desarrollar actitudes positivas.

Porque la considero de gran importancia, para establecer buenos vínculos afectivos con pacientes portadores del VIH - SIDA para así crear un buen núcleo familiar donde estas personas tengan un entorno que les permita armonizar su problema e intercambiar con otras pacientes vivencias y experiencias en torno a la enfermedad que padecen.

Para que con terapias psicológicas los pacientes que padecen VIH - SIDA puedan superar su depresión y de esta manera armonizar su estado de ánimo y poder enfrentar su enfermedad y poder salir hacia adelante con la ayuda de sus familiares y amigos para que de esta manera puedan enfrentar a la sociedad y no ser excluida de ella.

El estudio fue posible gracias al apoyo de varios profesionales en la rama de médica y de psicología clínica, además se contó con el aval del Director del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, quien autorizó la presente investigación.

## **1.7. OBJETIVOS.**

### **1.7.1. General.**

Analizar a los pacientes con depresión o ansiedad diagnosticados con VIH (SIDA) que asisten al Hospital Sagrado corazón de Jesús del cantón Quevedo, provincia de los Ríos, en el año 2009.

### **1.7.2. Específicos.**

- ✓ Determinar el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con VIH- SIDA.
- ✓ Establecer los factores depresivos que inciden en el comportamiento de los pacientes diagnosticados con VIH- SIDA.
- ✓ Diseñar un plan de asistencia psiquiátrica para mejorar el estado psicológico – anímico de los pacientes diagnosticados con VIH- SIDA.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.**

Los enfermos con el VIH SIDA, en el Ecuador y el mundo se constituyen en millones de personas que deben ser atendidos por profesionales especiales y el área especializada. Los pacientes asintomáticos sufren de depresión propias de la enfermedad por lo que además se le atribuye como resultado diferentes tipos de impacto psicológicos que para ellos es sumamente amenazante, desesperante especialmente cuando se enteran de su diagnóstico, y durante la etapa temprana de la enfermedad afectados a tal magnitud, presentan algunos síntomas como los que mencionaremos a continuación.

Disminución de las funciones vitales, depresión, desgano, ansiedad y un sin número de trastornos, que los médicos a través de estudios determinan, estos resultados como más frecuente son. Irritabilidad, inapetencia, dolor de cabeza y estómago, mal humor y otros.

Pero hay que resaltar además que los pacientes con el VIH SIDA, pierden el instinto de conservación, así como los impulsos biológicos básicos y el impulso sexual se extingue, el sueño se convierte en el alivio de todas las calamidades.

Sabemos que esta enfermedad ocasiona un fuerte impacto psicológico en el infectado por lo que debe existir mucha colaboración por parte de los médicos y familiares, en especial en el entorno en que habitan los

pacientes, lo que es fundamental como estructura que se debe crear especialmente en los valores humanos.

En consecuencia el objetivo del presente trabajo de investigación, es identificar los niveles de avance de la enfermedad en pacientes con VIH SIDA en la edad comprendida entre los 18 a 42 años que son atendidos en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús en Quevedo Provincia de Los Ríos.

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

### **Depresión.**

La depresión (del latín depressio  
., Que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no

vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Desde la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos sólo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico del término, no coloquial).<sup>1</sup>

El término en psicología de conducta, hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas. La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí (pero no cualidades emergentes e independientes a estas respuestas). Así, la depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto. Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio en un sentido estadístico, pero tan sólo como una relación entre conductas (la del suicidio y las que compongan el cuadro clínico de la depresión). Es decir, en este sentido la depresión tiene una explicación basada en el ambiente o contexto, como un aprendizaje desadaptativo.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Cabaleiro, A., Fernández Mugetti, G. y Sáenz, M.: Depresión y subjetividad: Tesis.

<sup>2</sup> Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). Trastornos afectivos. En J. L. Rivera y otros (1980), Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos.

## **Etiología.**

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos).<sup>5</sup> Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología.

Sin embargo, es destacable que aún no se ha descubierto ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican "enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.

Por ejemplo, la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal puede ser interpretada como un correlato biológico (correlación), pero no implica necesariamente una explicación del hipotético síndrome. La alteración funcional en el eje puede o no aparecer en una persona deprimida; antes, durante o después. La relación correlacional supone que "tener depresión" es más probable durante la alteración en dicho eje, pero esta diferencia

orgánica es estadística y no sirve para diagnosticar. Es decir, no puede ser considerada un marcador biológico de enfermedad.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.<sup>3</sup>

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Desde la psicología de conducta, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida. Por ejemplo, la evitación y el condicionamiento han demostrado tener un papel fundamental en la adquisición y mantenimiento de este problema.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación.

La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas)

---

<sup>3</sup> Weissman, M., Markowitz, J. & Klerman, G. (2000). Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. Basic Books

también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

En todo caso, la depresión es descrita desde la medicina con una serie de síntomas. Así, cualquier problema psicológico que cumpla esos criterios pudiera ser diagnosticable como depresión. Ya sea un problema de neurodegeneración, ya sea aprendida, en todos los casos hablaríamos del síndrome. Si bien, el diagnóstico médico debe indicar si es de origen neuroanatómico, hormonal o psicológico. Debe aclararse a este aspecto que las hipótesis biológicas anteriormente mencionadas se referían al psicológico; muy distinto al párrafo anterior, que se refería a problemas neuroanatómicos o endocrinos mejor conocidos, como por ejemplo alteraciones en la glándula tiroides.

Es decir, aún no se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico de enfermedad. Se habla por tanto de psicopatología, que puede ser descrita en un cuadro clínico (nosología).<sup>4</sup>

### **Epidemiología.**

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

---

<sup>4</sup> Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). Trastornos afectivos. En J. L. Rivera y otros (1980), Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.<sup>5</sup>

### **Clasificación.**

#### **Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.**

También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

**Criterio A:** La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- ✓ Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.

---

<sup>5</sup> Beck, J. (1995). CTerapia cognitiva: conceptos básicos y profundización. Gedisa Editora.

- ✓ Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- ✓ Disminución o aumento del peso o del apetito.
- ✓ Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
- ✓ Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- ✓ Astenia (sensación de debilidad física).
- ✓ Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- ✓ Disminución de la capacidad intelectual.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

**Criterio B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

**Criterio C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

**Criterio D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

**Criterio E:** No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

### **Trastorno distímico.**

**Criterio A:** Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

**Criterio B:** Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- ✓ Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
- ✓ Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
- ✓ Astenia
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Pérdida de la capacidad de concentración
- ✓ Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza

**Criterio C:** Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

**Criterio D:** No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

**Criterio E:** No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

**Criterio F:** No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).

**Criterio G:** No hay criterios de enfermedades orgánicas.

**Criterio H:** Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

### **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).**

Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

### **Trastorno depresivo no especificado.**

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

### **Otros tipos.**

Duelo patológico: En el DSM-IV se contempla una situación de duelo que puede precisar tratamiento, aunque sin cumplir los criterios de ninguno de los trastornos previos.<sup>6</sup>

### **Evaluación diagnóstica.**

---

<sup>6</sup> Martell, C. et al.(2010). Behavioral activation for depression. The Guilford Press.

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Actualmente tienen competencias en este diagnóstico los psiquiatras (licenciados en medicina, especializados en psiquiatría), psicólogos clínicos (licenciado o grado en psicología, especializado en psicología clínica) y en España, según el sistema universitario previo a los grados, también tienen competencias en ello los licenciados en psicología.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

Desde la terapia de conducta el objetivo del diagnóstico está en realizar una evaluación individual, cuyos datos permitirán el diseño individual de tratamiento y controlar dicho proceso. Los cuestionarios no serían usados

para comparar distintos sujetos o para comprobar si alcanza una determinada puntuación. Sino que permiten comparar la puntuación antes y después del tratamiento, como una medida de control sobre las variables psicológicas en cuestión.<sup>7</sup>

### **Tratamiento.**

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Los psiquiatras tienen competencias en recetar medicamentos. Los psicólogos (y la persona específicamente formada en ello, por ejemplo mediante un máster) tienen competencias en psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapeuta desde la modificación de conducta y terapia de conducta (véase psiquiatría y psicología). En ambos casos, dependiendo del diagnóstico del paciente (según el modelo médico) y de la gravedad de los síntomas (muy especialmente en la terapia de conducta)

---

<sup>7</sup> Hollon, S. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*.

Según la revista científica *Psicothema*, que realizó una revisión en el año 2001, concluyó que tan sólo en el trastorno bipolar y esquizofrenia resultaba mejor tratamiento el farmacológico que el psicológico. Es decir, para el resto de trastornos revisados en este artículo algunas psicoterapias muestran experimentalmente mejores resultados que el psicofarmacológico. No hay datos tan claros sobre la combinación de ambos tratamientos.

### **Farmacológicos.**

El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia. Recuérdese que "grave" refiere a un diagnóstico clínico, no al uso coloquial del término).<sup>34</sup> Para el resto de depresiones, la psicoterapia se ha mostrado más eficaz que el tratamiento farmacológico.

De hecho, cuando determinados problemas personales como aislamiento, falta de apoyo, déficits en habilidades sociales, determinadas creencias... están relacionadas con la depresión, su tratamiento con antidepresivos tiene una alta tasa de recaída a los pocos años.

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las

interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad.

Hay que tener en cuenta que el efecto antidepresivo tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses. Aún no es conocido del todo porqué tarda este periodo.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es una mala cumplimentación del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

Recientemente se han publicado resultados que hacen pensar que la fluoxetina (Prozac) no es en realidad un medicamento tan efectivo contra la depresión como se había anunciado y creído (debido a lo que parece

haber sido una manipulación comercial de los datos científicos presentados inicialmente).<sup>8</sup>

### **Psicoterapia.**

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estos diálogos se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión como causa y consecuencia (mantenedores).

La última revisión sistemática sobre el tema, de Hollon y Ponniah (2010), indica que existen tres psicoterapias que han demostrado ser eficaces y específicas para el tratamiento de la depresión, que son la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia conductual. Otras formas de psicoterapia como la psicoterapia dinámica breve y la focalizada en la emoción, se consideran posiblemente eficaces, aunque necesitan más estudio.

En los cuadros depresivos severos, para obtener mejores resultados (en especial los que son recurrentes) por lo general se requieren medicamentos, y ocasionalmente se indica terapia electroconvulsiva (TEC) en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella. No obstante, la terapia electroconvulsiva es cada vez menos practicada en el mundo.

---

<sup>8</sup> Weissman, M., Markowitz, J. & Klerman, G. (2000). Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. Basic Books

## **Psicoterapia interpersonal.**

La psicoterapia interpersonal parte de la idea de que la depresión está provocada por muchas causas pero que se da en un contexto interpersonal, y entender ese contexto es básico para poder recuperarse de la depresión y evitar recaídas futuras.

Este tratamiento se hace en 16 sesiones de 1 hora, que comprenden tres fases. En la primera fase (1ª-3ª), el terapeuta explica en qué consiste la depresión y estudia con el paciente el entorno y el momento en que apareció. En la segunda fase (4ª-12ª), se establece un tema de conversación (o área problema) que está relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión. Hay 4 temas: la no superación de la muerte de un ser querido (duelo complicado), el conflicto con un ser querido (disputa de rol), el bloqueo para adaptarse a un cambio vital (transición de rol) o la carencia de relaciones con los demás (déficit interpersonal). Durante esta fase se dialoga con el terapeuta para llegar a superar la pérdida del ser querido, resolver el conflicto, adaptarse al cambio o mejorar las relaciones con los demás. En la tercera fase (13ª-16ª), se revisan los logros y se despiden terapeuta y paciente.

## **Terapia cognitiva.**

La terapia cognitiva parte de la idea de que la depresión se produce por una alteración en la forma de pensar, que a su vez afecta a la forma de sentir y de comportarse. El terapeuta ayuda al paciente a analizar los errores que hay en su pensamiento (lo que se llaman distorsiones cognitivas) para que el paciente piense de una forma más realista, que le ayude a sentirse mejor y a tomar decisiones para resolver sus problemas. El terapeuta suele mandar tareas para casa y experimentos para que el paciente ponga a prueba su forma de pensar.

## **Terapia conductual.**

Bajo el término de terapia conductual, se incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Se le ayuda al paciente a programar actividades gratificantes y a organizar su tiempo. También se le ayuda a ser más asertivo y más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos.

## **Psicoterapias psicodinámicas breves.**

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.<sup>9</sup>

## **Consideraciones generales.**

Los síntomas de depresión abarcan:

- ✓ Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- ✓ Pérdida de placer en actividades habituales.
- ✓ Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- ✓ Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- ✓ Cansancio y falta de energía.
- ✓ Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- ✓ Dificultad para concentrarse.

---

<sup>9</sup> Kramer, Peter D. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona: Seix Barral.

- ✓ Movimientos lentos o rápidos.
- ✓ Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- ✓ Sentimientos de desesperanza y abandono.
- ✓ Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual.

Es posible que los niños deprimidos no tengan los síntomas clásicos de la depresión en los adultos. Vigile especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento. Si usted cree que su hijo podría estar deprimido, vale la pena consultarlo con el médico.

Los tipos principales de depresión abarcan:

- ✓ **Depresión mayor:** deben presentarse 5 o más síntomas de la lista de arriba, durante al menos dos semanas para diagnosticar este tipo de depresión. La depresión mayor tiende a continuar durante al menos 6 meses si no recibe tratamiento. (Se dice que usted tiene depresión menor si presentan menos de 5 de estos síntomas durante al menos 2 semanas. La depresión menor es similar a la depresión mayor o grave, excepto que la primera sólo tiene de 2 a 4 síntomas).
- ✓ **Depresión atípica:** ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas abarcan comer y dormir en exceso. Usted puede sentirse como si estuviera sobrecargado y se acongoja mucho por el rechazo.
- ✓ **Distimia:** una forma de depresión más leve que dura años si no recibe tratamiento.

Otras formas comunes de depresión abarcan:

- ✓ **Depresión posparto:** muchas mujeres se sienten algo deprimidas después de tener un bebé, pero la verdadera depresión posparto es más intensa e incluye los síntomas de la depresión mayor.
- ✓ **Trastorno disfórico premenstrual (TDP):** síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.
- ✓ **Trastorno afectivo estacional (TAE):** ocurre con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, muy probablemente debido a la falta de luz solar.

La depresión también puede alternar con manías (conocida como depresión maníaca o trastorno bipolar).

La depresión puede ser más común en las mujeres que en los hombres, aunque es posible que esto se deba a que las mujeres tienden más a buscar ayuda para este problema. La depresión también es más frecuente durante los años de adolescencia.<sup>10</sup>

### **Causas comunes.**

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes (hereditaria), comportamientos aprendidos en el hogar o ambos. Incluso si los genes hacen que usted sea más propenso a presentar depresión, un hecho estresante o infeliz en la vida generalmente desencadena esta afección.

Muchos factores pueden causar depresión, como:

- ✓ Alcoholismo o drogadicción

---

<sup>10</sup> Fred K. Berger, MD, Addiction and Forensic Psychiatrist, Scripps Memorial Hospital, La Jolla, California. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc.

- ✓ Afecciones y tratamientos médicos, como:
  - Ciertos tipos de cáncer
  - Dolor prolongado
  - Problemas para dormir
  - Medicamentos esteroides
  - Baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)
- ✓ Situaciones o hechos estresantes en la vida, como:
  - Maltrato o rechazo
  - Ruptura de relaciones con el novio o la novia
  - Ciertos tipos de cáncer
  - Muerte de un amigo o familiar
  - Divorcio, incluso el divorcio de los padres
  - Desaprobar una asignatura
  - Enfermedad en la familia
  - Pérdida del trabajo
  - Aislamiento social (causa común de depresión en los ancianos)<sup>11</sup>

### **Depresión y SIDA.**

Los hombres VIH positivos pueden tener niveles bajos de testosterona lo cual a su vez puede causar disminución en los niveles de energía, pérdida del deseo sexual y sentimientos de depresión. Los niveles de testosterona pueden medirse fácilmente mediante un análisis de sangre, y si estos son anormalmente bajos, se debe utilizar una terapia de reemplazo hormonal.

Sustiva, que es un medicamento para tratar el VIH, puede causar varios efectos secundarios de tipo psicológico. Si su depresión coincide con el inicio de una terapia con Sustiva y se vuelve severa o dura más de unas pocas semanas, debería considerar la posibilidad de cambiarse de terapia para ver si la depresión mejora.

---

<sup>11</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>.

En etapas avanzadas de la enfermedad del VIH sintomática, ciertas infecciones oportunistas, así como el VIH mismo, pueden afectar al cerebro de tal manera que se produzcan síntomas de depresión. Todavía lo indicado es el uso de los antidepresivos, aunque primero debe diagnosticarse el problema subyacente, y de ser posible, tratarse.

La terapia de apoyo hablada no tiene que durar mucho tiempo. Los grupos de apoyo también pueden ser útiles para muchas personas VIH positivas con distimia. Hablar con personas que comparten y verdaderamente entienden sus problemas podría reducir los sentimientos de aislamiento y desespero.

La medicación con antidepresivos es la manera más rápida de aliviar la depresión mayor y definitivamente es lo indicado para la depresión severa que está asociada con pensamientos de suicidio y/o una perturbación importante en el funcionamiento de la vida diaria. Una medicación apropiada puede aliviar sus síntomas y permitirle que siga adelante con su vida. Los medicamentos también pueden funcionar para las distimia. Aunque la mejoría parezca menos dramática que en la depresión mayor, podría llevar a una significativa mejoría en su vida. El mejor tratamiento tanto para la depresión mayor como para la distimia es una combinación de medicamentos y terapia hablada. Numerosos estudios muestran que tanto la psicoterapia como los medicamentos son muy eficaces para tratar la depresión. Un estudio reciente (así como una gran cantidad de experiencia clínica) indica que probablemente la combinación de los dos es más eficaz para tratar la depresión.

Cuando está presente una fuente importante de estrés, tales como los problemas relacionados con el VIH, usted tiende a aceptar al estrés como inevitable, entendible e incambiable y por consiguiente, inapropiado para ser tratado mediante una terapia. Sin embargo, por el solo hecho de conocer la fuente del estrés, no significa que debe descartarse el

tratamiento. Entendemos que un brazo puede fracturarse debido a la tensión de una caída; pero aun así, ponemos yeso para que el hueso sane.<sup>12</sup>

### **Las mujeres son más propensas a la depresión con HIV Sida.**

En la evolución de los pacientes infectados con HIV (VIH) pueden presentarse síntomas propios de la depresión mental y estos pueden confundir el cuadro en los estadios avanzados.

Quienes tienen en su cuerpo el virus tienen más de un 50% de posibilidades de desarrollar un cuadro de depresión comparando con personas no infectadas.

Las mujeres HIV positivas y negativas duplican las posibilidades de deprimirse, en comparación a los varones.

Cuando un paciente con HIV bajo tratamiento con drogas antirretrovirales se deprime tiene alto riesgo de perder adherencia a los medicamentos contra el Sida.

Disminuye la adherencia al tratamiento. La depresión en estos casos puede matar aparte de disponer a una persona a desear morir.

Entonces, las personas con HIV, en cualquier estadio de la infección, son más vulnerables a sufrir de depresión y las mujeres tienen un riesgo mayor.

En algunos casos, los fármacos antirretrovirales pueden contribuir al síndrome depresivo, por ejemplo: los inhibidores de la proteasa y el efavirenz.

---

<sup>12</sup> [http://www.depresion.psicomag.com/depresion\\_y\\_sida.php](http://www.depresion.psicomag.com/depresion_y_sida.php).

Quienes están infectados suelen presentar niveles bajos de vitamina B12 y de Testosterona, ocurre en varones y en mujeres y se relaciona con síntomas de depresión.

Los medicamentos antidepresivos pueden interactuar desfavorablemente con las drogas antirretrovirales.

El Ritonavir interactúa desfavorablemente con los psicofármacos antidepresivos.

Los antidepresivos tricíclicos puede interaccionar con los antirretrovirales ocasionando efectos secundarios indeseables.

Por ejemplo: Amitriptilina, desipramina, imipramina y nortriptilina.

Los profesionales especializados en HIV sida prefieren los inhibidores de la absorción de Serotonina.

### **Manejo de la depresión en pacientes con SIDA.**

La depresión es una de las principales co-morbilidades psiquiátricas en el curso de la infección por VIH, presentándose con una prevalencia significativamente mayor que en población general (alrededor de 35%). Su presencia se ha asociado a deterioro de la calidad de vida, progresión de la enfermedad por VIH y disminución en la adherencia a la terapia anti-retroviral. El adecuado tratamiento antidepresivo ha demostrado ser efectivo en el manejo de la sintomatología depresiva, en la mejoría de parámetros clínicos y de laboratorio, y en reforzar la adherencia a la terapia anti-retroviral. A pesar de su importancia, la depresión suele ser sub-diagnosticada y sub-tratada en estos pacientes. En este trabajo se revisan los principales hallazgos internacionales sobre prevalencia,

factores de riesgo, consecuencias y abordaje de la depresión en personas infectadas por VIH.<sup>13</sup>

La depresión es uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH y su prevalencia, descrita es en torno al 37%, dos a tres veces más alta que en la población general. Es más frecuente en mujeres y adolescentes, y en pacientes con malas redes de apoyo social, asociándose a más rápida progresión de la enfermedad y menor adherencia a TARV. El tratamiento antidepresivo ha mostrado beneficios en el manejo de la sintomatología depresiva propiamente tal, así como en la adherencia a TARV y el consiguiente éxito inmunológico y clínico.

A pesar de esto, la depresión suele ser sub-diagnosticada y sub-tratada lo cual se debe tanto a la reticencia por parte de los pacientes a revelar su sintomatología depresiva como de los médicos clínicos a consultar por la misma, a la dificultad en distinguir el cuadro de las complicaciones propias del VIH y a la poca experiencia que existe en tratar la depresión en los pacientes con infección por VIH. Por lo mismo, es imperativo que los profesionales de la salud que trabajan con pacientes infectados por el VIH estén atentos frente a este problema se incorporen en su práctica clínica la búsqueda activa de síntomas depresivos.

### **Comportamiento humano.**

El comportamiento humano es el conjunto de comportamientos exhibidos por el ser humano e influenciados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona y los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética.

---

<sup>13</sup> [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182010000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182010000100011&script=sci_arttext).

El comportamiento humano desde los inicios de su historia se ha tratado de estudiar y comprender, esto para tratar de aprovechar sus características en el desarrollo de actividades o mejorarlo para permitirle al mismo vivir de una mejor manera, ya sea observando sus fortalezas, mejorando esos aspectos y tratar de disminuir las debilidades aumentando la atención en los puntos en los que generalmente el ser humano suele fallar.

Muchos consideran el comportamiento humano algo muy complicado, sin embargo no lo es, puesto que desde sus inicios el ser humano ha demostrado su interés de aprender sobre lo que lo rodea y aprovecharlo para su beneficio y comodidad, si bien el ser humano es curioso, también es creativo, al inventar toda una serie de formas para comunicarse, desde el lenguaje por señas, el escrito, incluso el oral, entre otras muchas más cosas que ayudaron a facilitar la vida del ser humano, así como su supervivencia. Otro aspecto importante sobre la forma de ser de las personas es el hecho de la manera en la que éstas aprenden; siendo esto la imitación, este recurso es muy utilizado por el ser humano desde la antigüedad, evidentes ejemplos de esto es el hecho de que mediante la copia o imitación se aprende a hablar o caminar. Algunos de los inventos se basan en la imitación de la naturaleza como lo es el caso de los aviones, imitando la anatomía de las aves o el del helicóptero, siendo muy parecido a las libélulas.

El aspecto del comportamiento, en el cual las personas deben poner atención, es el hecho que la imitación está presente y posee mucha relevancia ya que desde la infancia se fomenta el imitar como una manera de aprender, así se aprende a hablar, caminar entre otras cosas; de esta manera muchos prácticamente adoptan la personalidad de otra persona, por lo cual las personas deben tener cuidado en su forma de actuar, ya que aquellos quienes tienden a copiar lo que ven son los infantes que siempre tienen en mente ser como su “héroe” es decir a quien admiran.

En primera instancia, se tiene a los padres o tutores encargados de los infantes como figura, de los cuales, en sus primeros pasos tendrán como ejemplo durante esta etapa. El comportamiento humano de los infantes, es en su mayoría, el reflejo de lo que observa y oye en su entorno, como su hogar, la escuela o los lugares a los que normalmente concurre, así como de las personas de las que se rodea, padres, hermanos, familia en general, maestros, compañeros, etc.

Cuando el infante empieza a dejar la infancia para convertirse en preadolescente, empezaran cambios físicos y psicológicos, que drásticamente irán en torno a su comportamiento humano, ya que la etapa de cambio, genera la entrada a un nuevo modo de pensar, se viven situaciones muy diferentes que en los primeros años de vida.

El comportamiento de la persona (así como de otros organismos e incluso mecanismos), cae dentro del rango de lo que es visto como lo común, lo inusual, lo aceptable y por fuera de los límites aceptables. En sociología el comportamiento es considerado como vacío de significado, no dirigido a otro sujeto y por lo tanto una acción esencialmente humana. El comportamiento humano no puede confundirse con el comportamiento social que es una acción más desarrollada y que está dirigido a otro sujeto. La aceptación del comportamiento es relativamente evaluada por la norma social y regulada por diferentes medios de control social.

El comportamiento de la gente es estudiado por las disciplinas académicas de la psicología, la sociología, la economía, la antropología, la criminología y sus diferentes ramas.

Un factor de mucha importancia en el comportamiento humano, social e incluso en la vida diaria es la psicología, que es la ciencia de la vida mental, tanto de sus fenómenos como de sus condiciones. Fenómenos son lo que llamamos sentimientos, deseos, cogniciones, razonamientos,

decisiones y cosas similares; consideradas superficialmente es tal su variedad y complejidad que deja una impresión caótica al observador. Sin una mente saludable y estable no puede haber un comportamiento sano y estable, por tal razón la salud mental influye mucho en el comportamiento humano.<sup>14</sup>

### **Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).**

Es un lentivirus (de la familia Retroviridae). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente al ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T CD4.

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus y se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas de transcriptasa inversa. Con la demostración de la existencia de la transcriptasa inversa, se inició en la década de 1970 la búsqueda de los retrovirus humanos, que permitió el aislamiento en 1980 del virus de la leucemia de células T del adulto, HTLV-I (R. Gallo y cols.)<sup>15</sup>

### **2.3. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.**

#### **¿Por qué nos deprimimos?**

Esta es una de las preguntas que mantiene a una serie de grupos de especialistas en la salud mental ocupados. Estos han encontrado que

---

<sup>14</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Comportamiento\\_humano](http://es.wikipedia.org/wiki/Comportamiento_humano).

<sup>15</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Virus\\_de\\_la\\_inmunodeficiencia\\_humana](http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_la_inmunodeficiencia_humana).

existen una serie de factores, cuya combinación o a veces por separado hacen que una persona se deprima. Por un lado existen los factores hereditarios. Hay datos epidemiológicos que muestran que los gemelos idénticos (monocigotos), tienen muy frecuentemente ambos depresión. En menor grado, pero también es frecuente que gemelos que no se parecen (dicigotos), se enfermen de depresión, más frecuentemente que el resto de sus hermanos o sus padres. Finalmente los familiares de primer grado de un enfermo deprimido (hermanos, padres y abuelos) presentan cuadros de depresión más frecuentemente que el resto de la población. Lo anterior ha llevado a la búsqueda del gen o genes de la depresión.

La comunidad Amish, es como los mormones, un grupo de seres humanos que no se han mezclado con otros grupos, ya que practican los matrimonios, únicamente con gente de su comunidad. En los amish, se ha detectado que el cromosoma número 11, puede tener que ver con la alta frecuencia de la enfermedad "Maniaco-Depresiva" o enfermedad bipolar, en donde en la fase del polo de la depresión, las manifestaciones de la enfermedad son indistinguibles de la forma de depresión que son nada más depresiones o que se llaman unipolares. Más adelante trataremos en detalle de la enfermedad bipolar.

Otros genes se han propuesto para la depresión, de entre ellos destaca el cromosoma sexual "X", esto sobre la base de que las mujeres tienen dos veces mayor incidencia de depresión que los hombres y a que un defecto que es la ceguera a los colores (daltónica), se ve más frecuentemente en las mujeres que padecen de depresión. Por supuesto que otros factores biológicos (v.gr., hormonales) o sociales (v.gr., sociedades machistas, la doble carga de trabajo, etc.), pueden ser factores determinantes de que las mujeres sean mucho más vulnerables a desarrollo de depresión que los hombres. Se sabe por ejemplo que las mujeres casadas, padecen con más frecuencia depresiones que los hombres. En ellos, es más frecuente las depresiones cuando son solteros. Este último dato nos habla de la

importancia de factores psicosociales para la expresión o desarrollo de esta enfermedad.

Cuando hablo de vulnerabilidad, me estoy refiriendo a una labilidad que existe en algunas funciones del sistema nervioso que no responden adecuadamente, cuando una persona desarrolla depresión. En este sentido, se puede suponer que hay un sistema que nos protege que desarrollemos depresión, y que cuando este sistema se "fatiga" o es más vulnerable, entonces sobreviene la depresión. Por supuesto que en algunas personas puede fatigarse más rápido ese sistema que en otras, y entonces, cuando esto ocurre, hablamos de vulnerabilidad. En un sentido más simplista se podría conceptualizar como el tener un umbral muy baja para que se instale la depresión y que además, cuando esta llega, permanezca más tiempo.

En un sentido simplista se podría decir que la depresión es un extremo de la falla en los mecanismos de estrés. Cuando reaccionamos ante situaciones estresantes tenemos un estado de exceso de actividad, nuestro corazón va más de prisa (v.g taquicardia), estamos con mayor riego sanguíneo al cerebro y músculos y nuestras pupilas están dilatadas. Pero esta situación, que en general se presenta de manera aguda se va atenuando, en la medida que la situación que nos induce estrés va disminuyendo. Pero si el estrés persiste de manera continua, o eventualmente se agregan otros estímulos estresantes, entonces el sistema decae y se produce la depresión.

Por supuesto que lo anterior, que podríamos llamar: "La historia natural de la depresión", es sólo una especulación hipotética. Sin embargo existen algunos modelos animales, que hacen suponer que esto puede estar cercano, por lo menos en algunos casos a lo expuesto anteriormente.

El modelo animal que más sustenta lo anterior, se llama "Learned Helplessness", que podría ser traducido como "Aprendizaje sin esperanza" o "Aprendizaje desesperado". De manera breve se podría describir este tipo de modelo, en unas ratas de laboratorio, las cuales se les coloca en una caja de dos compartimentos. Un compartimiento tiene un foco y el otro no, además el compartimiento con el foco tiene un piso que puede pasar corriente eléctrica. Ambos espacios están comunicados por un agujero por donde pasa fácilmente el animal. El animal aprende que cuando se enciende el foco, a los pocos segundos pasa una corriente eléctrica en el piso. El animal aprende a escapar del espacio iluminado al oscuro, en donde no recibe carga eléctrica. Cuando este proceso se repite una serie de veces, ya no es necesario el impulso eléctrico, basta sólo que se encienda el foco, para que la rata pase al otro extremo de la caja (el compartimiento seguro). Se ha creado un condicionamiento clásico Pavloviano. El animal se sigue comportando sin cambios notorios. Sin embargo, en la segunda parte del experimento, se cierra el agujero, y se vuelve a acoplar la maniobra de encender el foco, con el choque eléctrico. Entonces, al no poder escapar de un estímulo nocivo que se presenta después de encendido el foco, la rata desarrolla una serie de conductas, que podríamos llamar "depresivas". Deja de comer, no se acicala, hay erección de su pelo, hay baja de peso, poca interacción social, etc. El más interesante de este modelo, es que se revierte cuando se trata con los medicamentos que llamamos antidepresivos.

Este tipo de experimentos, fueron derivados de un hallazgo que Martin Seligman y Maier, descubrieron por casualidad cuando trabajaban con condicionamiento clásico con perros. Un grupo de perros, a los que llamaron de "escape", recibían un estímulo eléctrico en las patas, y al mover su cabeza en alguna de las direcciones, cortaban el choque eléctrico. Otro grupo de animales, que ellos llamaron "controles", estaban sujetos al mismo modelo experimental, solo que el mover la cabeza, no los libraba del choque, este terminaba, según hubiere sido programado.

Un día después cuando los animales fueron sometidos a la misma prueba, Seligman y Meier, observaron que el grupo control era el más interesante, pues un porcentaje importante de animales, no hacían ningún esfuerzo para escapar del choque, es decir se daban por vencidos

En la investigación de la depresión y de sus mecanismos, se ha tenido que tomar mano de diversos recursos, algunos de ellos tratando de emular lo que ocurre naturalmente. Harlow y sus colegas, observaron cual era el comportamiento de simios pequeños, cuando estos eran separados tempranamente de sus madres. También cuando estos eran colocados con "madres sustitutas", las cuales resultaban ser monas de alambre o monas de alambre recubiertas con algún material suave como la felpa. Si se ponía el biberón en la mona de alambre, él bebe chango, iba, se nutría y luego regresaba con la mona de felpa. Si la mona de felpa era la que tenía el biberón, él bebe chango no se despegaba de ella. En todos los casos en mayor o en menor grado los bebes changos, presentaban conductas características, en donde por ejemplo se mecían sobre sus patas traseras, se abrazaban a sí mismos, y sobre todo, tenían muchas dificultades para interactuar con el resto de sus congéneres. Esta situación, sin embargo se podía revertir, si se le introducía al changuito "deprimido", a otro simio de su misma edad aproximadamente, que tuviera un comportamiento normal, a este nuevo animal se le llamó "el terapeuta". La otra situación igualmente interesante, fue el que él bebe mono, fuera adoptado por una nodriza de entre los simios. Este último hecho hizo especular a los etólogos (v.gr., científicos que estudian el comportamiento de los animales), de que quizás alguna de las funciones de la depresión en los animales, fuera el de un tipo de señal, es decir como un tipo de lenguaje, que en el caso de los bebes, indicaría que se han quedado huérfanos y que esta señal llevara a fenómenos como la adopción, o lactancia, y a fin de cuentas a aumentar la posibilidades de sobrevivencia de las crías, mediante esta serie de eventos altruistas.

Este tipo de conductas observadas en los simios, bien pudieran estar en la base del desarrollo de nuestros orfanatos, sitios en donde René Spitz, describió una alteración que observó en los niños crónicamente hospitalizados, y que él denominó depresión analítica. Uno de los signos tempranos de esta alteración consiste en la conducta de mecerse, mientras los niños se abrazan a sí mismos. Estos niños, fueron estudiados posteriormente en un contexto de los cambios en su desarrollo, ya que resultaba, que ellos crecían menos, que sus contemporáneos en hogares comunes. Los niños con depresión anaclítica, se encontraban siempre por debajo del resto de sus congéneres. Cuando se midió una de las hormonas que regulan nuestro crecimiento, la llamada precisamente la hormona del crecimiento, se observó que estos niños tenían niveles por debajo de lo normal de esta proteína, lo cual explicara la desaceleración tan importante en su crecimiento. Estas observaciones, por demás interesantes, fueron rematadas, por el hecho de que estos niños recuperaban su peso y tamaño, al ser adoptados, y no solo eso, sino que recuperaban la cantidad de secreción de hormona del crecimiento.

Este tipo de trabajo nos indica que hay vías recíprocas entre nuestro ambiente y nuestra biología, modificando un extremo modificamos el otro.

La crianza, los aspectos de la relación entre nuestros padres, y de ellos para nosotros, es el otro aspecto que puede crearnos cierta vulnerabilidad para el desarrollo de depresión en etapas posteriores de nuestra vida. El modelo de los monos de Harlow, también podría explicar el que una mala calidad en la relación entre los padres, o aun la ausencia real o simbólica de alguno de ellos o de los dos, pueda llevar a una modificación en nuestra respuesta a eventos estresantes, y a una facilidad para el desarrollo de cuadros depresivos. Es abundante la literatura científica que apoya lo anterior, se ha propuesto que la pérdida de un padre antes de

los 10 años, conlleva a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión.

¿De qué manera está afectando esto a nuestro sistema nervioso? Aun no lo sabemos. Quizás se trate de un sistema que tiene que ver con la regulación del afecto, o de las emociones que termina de madurar solo después de los 10 o 12 años, y esto explicaría muchas de las propuestas psicoanalíticas, en el sentido de que el periodo de la primera década de la vida, sería crucial, para explicar mucho del estilo como reaccionamos posteriormente en la vida.

### **El sistema generador del estrés y su relación con la depresión.**

Este término de estrés, que tanto se utiliza hoy en día coloquialmente, tuvo su origen en la década de los años 1950s por Hans Selye. Este término corresponde a una respuesta general de adaptación, que tiene que ver con ciertos insultos del medio ambiente o con la expectativa aun de que estos se presenten. Por ejemplo una persona ingresa a un barrio peligroso, por desconocimiento de su ubicación cuando está de visita en una ciudad, de pronto detecta a un grupo de pandilleros que lo observan. En ese instante sus mecanismos de activación del estrés se disparan.

La respuesta general de adaptación o estrés funciona, como lo dijo Hans Selye (1907-1982), para preparar al organismo a atacar o para huir, dependiendo de la magnitud del peligro, y de otras circunstancias medio-ambientales. Ante la expectativa de ser asaltado o atacado por la pandilla de barrio, se observan respuestas en nuestro cuerpo como son aumento de las palpitaciones (taquicardia), aumento de la frecuencia respiratoria, dilatación de la pupila (con lo cual se aumenta nuestro campo visual para tener más opciones de ataque o huida); aumento del flujo sanguíneo a nuestros músculos (los músculos son los motores que nos preparan para el desplazamiento que se necesitará). Hay disminución del riego

sanguíneo a la piel y mucosas, lo cual nos protege de pérdida excesiva de sangre en caso de ser heridos. Todo lo anterior nos da una idea de que el organismo está en un exceso de actividad. Para que todas estas actividades que hemos mencionado, se den en una coordinación temporal y espacial, se requiere de una orquestación precisa, en donde intervienen tanto las conexiones nerviosas, como sustancias. Este último punto es vital para conocer el cómo se comunican las células de nuestro cuerpo y en especial las neuronas.

En nuestro cerebro y demás estructuras del sistema nervioso, existen células llamadas neuronas, que se comunican entre sí por sustancias químicas llamadas neurotransmisores. Estos son el lenguaje con el que una célula se comunica con la otra, y le dice que aumente su actividad (o excitabilidad) o que no se active. Este concepto, de sustancias que modifican la excitabilidad de las neuronas o de otras células excitables, como son las células de los músculos (lisos o estriados) y de las células ganglionares, se originó a principios del siglo XX. Otto Lewi, mostró que un corazón de rana sin conexiones nerviosas, y colocado en un recipiente, en donde estaba otro corazón con sus fibras nerviosas, disminuía su frecuencia de latido, si las fibras nerviosas del corazón eran estimuladas (ver figura 3). Ambos corazones se encontraban incluso, separados por una membrana semipermeable (es decir que permitía el caso de algunas sustancias.). Lewi propuso que una sustancia pasaba de un lado a otro de la membrana celular, y que esto era a fin de cuentas el factor que influía en el corazón sin nervios.

La noradrenalina y la adrenalina, son sistemas de neurotransmisores involucrados en el estrés, lo mismo que otras sustancias llamadas hormonas que se producen en zonas como el hipotálamo, una de ellas la llamada hormona estimulante de las suprarrenales o ACTH (adreno corticotrophin hormone), la cual a su vez es activada por un factor del

hipotálamo, llama el factor liberador del ACTH o CRF (corticotrophin release hormone).

Además de las sustancias antes mencionadas intervienen otras, de las cuales la serotonina, dopamina y acetilcolina son algunos ejemplos. Es aquí, que entramos al terreno de la intersección de los aspectos medioambientales, como son la crianza, las relaciones con los padres, y la genética, con la biología o como es del sistema nervioso, con la neurobiología de la depresión.

¿Cómo sabemos que el sistema general de adaptación está funcionando mal en la depresión? Por la evidencias que apuntan en esa dirección. Por ejemplo los pacientes deprimidos tienen una disminución en los niveles de los neurotransmisores antes mencionados (v.gr. serotonina, norepinefrina, dopamina), que se involucran también en la causa de la depresión. En el caso de la norepinefrina, se tiene conocimiento que los niveles cerebrales de la misma están disminuidos.

Esta baja se ha correlaciona con signos de la depresión específicos, como son baja en el nivel de energía, en el interés para hacer sus actividades habituales, y aun para divertirse. También se ha observado que algunos enfermos tienen disminución de la serotonina y esto se ha correlacionado con algunas manifestaciones por ansiedad, angustia o nerviosismo que suelen acompañar a estos pacientes. Incluso se ha observado que los niveles de serotonina muy bajos en el líquido cefalorraquídeo, correlacionan con la posibilidad que tiene una persona para suicidarse, a más bajos niveles hay mayor probabilidad, y habitualmente cuando se consuman los suicidios, estos son con mucha más autoagresividad, por ejemplo con mutilación, o desgarrar más amplio de tejidos. La serotonina se ha involucrado en la regulación del apetito y de la sexualidad, dos de las funciones que ciertamente se encuentran alteradas en el enfermo deprimido.

También hay un agotamiento de la dopamina. Este neurotransmisor, participa en la regulación del movimiento fino, y en los aspectos que tienen que ver con la experiencia para experimentar placer. Todas las actividades y las drogas que son adictivas o fuentes de placer aumentan la disponibilidad de dopamina en una región específica del cerebro llamada sistema límbico. En el enfermo con depresión, la disminución de esta actividad, hace que el paciente tenga dificultades para disfrutar las cosas o actividades que antes solían causarle placer. Si antes gozaba con ir a un concierto, ver una película o simplemente ver un atardecer, ahora estas actividades no solo no le interesa, sino que las encuentra inclusive aburridas. A esta situación se le conoce con el nombre de anhedonia y es lo opuesto al hedonismo o capacidad para disfrutar las cosas placenteras de la vida. Los dos síntomas básicos que presenta un enfermo con un episodio de depresión mayor son: (1) Estado de ánimo deprimido o triste, la mayor parte del día o la mayoría de los días y (2) Pérdida del interés por las actividades que antes solían causar placer.

Algunos enfermos deprimidos fuman, y con el tiempo se han dado cuenta que cada que desean interrumpir el consumo del tabaco, se exagera su depresión o si no fuman se deprimen. Se pensó por un tiempo que la depresión era parte del síndrome de supresión a la nicotina, la cual es el principio activo del tabaco. Sin embargo, esta especulación original, dio paso a una serie de coincidencias que se fueron transformando en hechos científicos. La nicotina del tabaco, es una sustancia que actúa sobre unos receptores neuronales llamados nicotínicos. La acción de la nicotina sobre estos receptores produce la liberación, es decir mayor disponibilidad de algunos neurotransmisores como son la acetilcolina, dopamina, serotonina y norepinefrina. En una persona deprimida, en donde estos mismos neurotransmisores están disminuidos el fumar hace que se aumenten momentáneamente estas sustancias, por lo que se ha propuesto que algunos deprimidos usan al tabaco como "corrector" del estado de ánimo, o de las deficiencias en concentración y memoria

inherentes a la depresión, aunque el costo a la larga sea repercusiones de otro tipo en su salud. La adicción a la nicotina, se logra mediante la liberación de dopamina en el sistema límbico, cada vez que se inhala una bocanada de humo de tabaco. Esta experiencia gratificante para el fumador, es en centro de la dependencia y en gran parte la dificultad que tienen los enfermos deprimidos que fuman para dejar de fumar.

## **2.4. HIPÓTESIS.**

### **2.4.1. Hipótesis General.**

La depresión trastorna el comportamiento de los pacientes diagnosticados con VIH (SIDA) que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo.

### **2.4.2. Hipótesis Específicas.**

- ✓ Existe un alto nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con VIH- SIDA.
- ✓ Los factores depresivos empeoran el comportamiento de los pacientes diagnosticados con VIH- SIDA.
- ✓ El plan de asistencia psiquiátrica mejorará el estado psicológico – anímico de los pacientes diagnosticados con VIH- SIDA que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

## 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

### 2.5.1. Variable Independiente.

La depresión.

**Cuadro N° 1.** Operacionalización de la variable independiente.

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
Es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología.	Depresión.	Nivel de depresión del paciente.	¿Cuál es el nivel de depresión del paciente?	Test empleado a pacientes con VIH (SIDA).
	Tristeza, desanimo, fracaso, culpabilidad.	Estado sentimental del paciente.	¿Se siente triste? ¿Se siente un fracasado? ¿Se siente culpable?	Historia Clínica del paciente con VIH (SIDA).
	Anímico.	Estado de ánimo del paciente.	¿Cuál es el estado anímico del paciente?	
	Psicología. Psíquico mental.	Psicología clínica del paciente.	¿Cuál es estado psicológico del paciente? ¿Se siente descontento? ¿Se siente peor que cualquier otro? ¿Ha pensado suicidarse?	

## 2.5.2. Variable Dependiente.

Comportamiento de los pacientes diagnosticados con VIH (SIDA).

**Cuadro N° 2.** Operacionalización de la variable dependiente.

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
El comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten.	Conducta.	Comportamiento de los pacientes.	¿Cómo se comporta ante los demás?	Test empleado a pacientes con VIH (SIDA).
	Satisfacción.	Nivel de satisfacción.	¿Se siente un fracasado e insatisfecho?	Historia Clínica del paciente con VIH (SIDA).
	Culpabilidad.	Grado de culpabilidad.	¿Se siente culpable?	
	Fisiológico.	Peso	¿Cuál es el peso?	
Aspecto físico		¿Cómo está físicamente?		
		Horas de sueño	¿Cuántas horas duerme?	
		Apetito	¿Cuál es el grado de apetito?	

## 2.6. TÉRMINOS BÁSICOS USADOS.

**Aceptación:** Tomando manera las cosas están como tu punto de partida más bien que fingimiento ellas son como puede ser que las desees para ser.

**Suicidio accidental:** Cuando alguien te hace mirada como si estén procurando suicidio para conseguir a gente escuchar ella o prestar la atención a sus necesidades, pero la calcular mal y morir.

**Desorden del ajuste:** Dificultad psicológica en adaptarse a una diversa manera de la vida, causando ansiedad y/o síntomas depresivos.

**Desorden afectivo:** Cuando alguien experimenta los humores que no son apropiados a sus circunstancias, o que son inadecuado intensos.

**Antidepresivos:** Drogas que propósito principal es quitar síntomas de la depresión.

**Acrofobia:** miedo de la altura.

**Agrophobia:** miedo del espacio abierto.

**Algophobia:** miedo del dolor.

**Astrophobia:** miedo de stroms.

**Productos bioquímicos:** Sustancias químicas naturales creadas por el cuerpo.

**Depresión bipolar:** Una forma de enfermedad depresiva donde la persona experimenta períodos los humores de anormalmente arriba y anormalmente bajos.

**CFS:** El síndrome crónico de la fatiga (también pensó para ser similar a, o igual como, Encephalomyelitis de Myalgic o YO) ocurre a menudo después de una infección viral. La víctima hace muy cansada y decaída por ninguna razón verdadera. Puede durar por meses a los años.

**Ritmo Circadian:** Un patrón biológico basado en un ciclo diario de cerca de 24 horas, eg. El dormir y el comer.

**Depresión clínica:** Un humor bajo que es más profundo que normal y que continúa para un anormalmente de largo plazo.

**Claustrophobia:** miedo de espacios cerrados.

**Fase depresiva:** Períodos del humor bajo experimentados por alguien que tiene un desorden bipolar.

**ECT:** La terapia Electro-Convulsiva es la administración de una descarga eléctrica controlada al cerebro, levantar generalmente una depresión.

**Empowerment:** Dando energía verdadera a las decisiones tomadas por la gente, generalmente en un ambiente del trabajo, es decir gente no se animan para tomar decisiones solamente para tenerlas invalidada por alguien más altas-para arriba.

**Depresión endógena:** Una vieja descripción de una depresión debido a y mantenido por los cambios químicos dentro del cuerpo y así no capaz ser cambiado pensando tu salida en ellos.

**Endorphins:** los productos químicos produjeron por el cuerpo que dan una sensación del "colmo". Éstos son supuestos porque son una forma de morfina endógena es decir una droga producida dentro del cuerpo sí

mismo que da a persona un “colmo” similar a ése producido tomando la morfina.

**Influencias ambientales:** Influencias de la gente o la forma de vida o nuestra manera de vivir. Cualquiera influencia que no venga dentro de nosotros mismos.

**Euforia:** Una sensación de estar en un “alto”. Éste es un síntoma común de la fase maní de una depresión bipolar.

**Creencia falsa:** La creencia sostuvo por la gente presionada, generalmente sobre sí mismos, los cuales ella cree y actúa en pero los cuales no tener absolutamente ninguna justificación. La creencia tal como todo que lo hago es incorrecta.

**Decisión falsa:** Cuando habla una persona “en” una decisión particular contra sus deseos verdaderos.

**Suicidio de la familia:** Cuando un padre con una enfermedad depresiva no sólo no considera ningún futuro para ser sino no puede considerar ninguno para los niños cualquiera, toma tan las vidas de los niños también.

**Influencias genéticas:** Esas tendencias nacemos con porque se heredan en nuestros genes.

**Desamparo:** Cuando te sientes incapaz influenciar qué está sucediendo en tu propia vida, aun cuando te sientes que ought poder a.

**Desesperación:** Cuando te sientes no hay salida de tu lío.

**Hormonas:** Los productos químicos lanzaron en la circulación sanguínea por una glándula o un tejido fino particular que tienen efecto específico en tejidos finos a otra parte, eg. el efecto del oestrogen en sistema reproductivo.

**Haematophobia:** miedo de la sangre.

**Sistema inmune:** Una colección de células y proteínas que trabajan para proteger el cuerpo contra microorganismos infecciosos potencialmente dañosos.

**Insomnio:** La inhabilidad de seguir qué se mira como patrón normal del sueño.

**Amor:** Aceptando a alguien cuidas profundamente para mientras que son y permitir que vivan mientras que desean.

**Mania:** La “alta” fase de la depresión bipolar.

**Manic:** Describe a persona en la fase del “colmo” de una depresión bipolar. Alguien que es anormalmente alegre y feliz cuando las condiciones realmente no la autorizan.

**Psicosis depresiva Manic:** Una depresión bipolar en de la cual la víctima tiene fase “traga” y “sube” es decir de humor alto y bajo.

**Depresión enmascarada:** Una depresión que no es inmediatamente obvia porque los síntomas principales están de algo más, eg. ansiedad.

**Depresión suave:** La primera etapa de la enfermedad depresiva donde solamente se notan algunos síntomas. Esta etapa se puede superar con uno mismo--medidas de la ayuda.

**Depresión moderada:** La segunda etapa de la enfermedad depresiva. Los síntomas tales como problemas del sueño y pensamientos negativos, son más intrusos. La víctima puede necesitar ayuda.

**Desorden del humor:** Cualquier humor anormal, sea felicidad o tristeza anormal, cuando nada ha sucedido justificarla.

**Mysophobia:** miedo de la enfermedad o de la contaminación.

**Monophobia:** miedo de estar solo.

**Neurotransmisor:** Un producto químico lanzado de los conclusiones de nervio que transmiten impulsos a partir de una célula del nervio a otra o a un músculo.

**Nyctophobia:** miedo de la oscuridad.

**Estado de la personalidad:** El humor eres pulg. Esto puede cambiar depender de circunstancias, y es siempre una cosa que pasa.

**Rasgo de la personalidad:** Un aspecto bastante permanente de tu personalidad que coloree la manera interpretas qué se enciende alrededor de ti eg. si eres un pesimista o un optimista.

**Pathophobia:** miedo de la enfermedad.

## CAPITULO III

### LA METODOLOGÍA

#### 3.1. METODOLOGÍA EMPLEADA.

La metodología hace referencia al conjunto de procedimientos basados en principios lógicos, utilizados para alcanzar una gama de objetivos que rigen en una investigación científica o en una exposición doctrinal.

El término método se utiliza para el procedimiento que se emplea para alcanzar los objetivos de un proyecto y la metodología es el estudio del método.

Para desarrollar el presente trabajo investigativo, se emplearon los siguientes métodos:

**El método científico**, es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias, el mismo permitió fundamentar el objeto de estudio, basada en estudios de la depresión en pacientes con VIH - SIDA.

**El método inductivo y deductivo**, el cual permitió recopilar la información a través de la aplicación de test para medir la depresión de los pacientes que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo. Esta información se la dedujo a fin de determinar el nivel de depresión de cada paciente.

**El método analítico – descriptivo**, se lo empleó a fin de analizar la información recopilada e interpretar los datos recopilados mediante el

análisis del test, el cual permitió comprobar las hipótesis planteadas y responder los objetivos de la presente investigación.

### **3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.**

Las modalidades de la investigación, empleadas en el presente trabajo investigativo son las siguientes:

**Documental - Bibliográfica:** se basa en el estudio que se realiza a partir de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas o documentales (literatura sobre el tema de investigación). La información referente al tema se la obtuvo en libros, revistas, textos, tesis e internet.

**De campo:** se basa en el estudio que permite la participación real del investigador, desde el mismo lugar donde ocurren los hechos, el problema, la fenomenología en consideración. El estudio de campo se lo implementó aplicando test a varios pacientes diagnosticados con VIH (SIDA) que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo.

Es preciso destacar que en la modalidad de campo, se distingue el carácter de la investigación, pudiendo concretarse en las siguientes dimensiones: explicativo y descriptivo.

### **3.3. NIVEL O TIPOS DE INVESTIGACIÓN.**

El nivel de la investigación empleada en esta investigación fue:

**Descriptiva:** trata de obtener información acerca de un fenómeno o proceso, para describir sus implicaciones, sin interesarse mucho (o muy poco) en conocer el origen o causa de la situación. En este caso se describieron los trastornos depresivo generados y su incidencia en el

comportamiento de los pacientes con SIDA que acuden al Hospital de la ciudad de Quevedo.

**Explicativa:** se centra en buscar las causas o los por qué de la depresión, de cuáles son las variables o características que presenta y sus niveles. Su objetivo es encontrar las relaciones de causa-efecto que se dan entre los hechos a objeto de conocerlos con mayor profundidad.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

Debido a que la población es finita, se tomó una muestra directa de 10 pacientes que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo. A estos se les aplicó el test.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

Entre las técnicas de recolección de información, se emplearon las siguientes:

**La Observación Participante, Activa o Directa:** en donde el investigador participa en el proceso investigativo desde el mismo lugar donde acontecen los hechos; el investigador valora al paciente aplicando el test para medir el nivel de depresión.

Para la Observación, se pueden emplear los siguientes instrumentos para recolectar datos: (a.1) el cuaderno de notas; (a.2) cámara fotográfica; etc;

#### **Instrumento:**

**Test:** Estructurado con varias opciones acorde al objeto de estudio, las cuales permiten medir el nivel de depresión del paciente, mediante la sumatoria de puntos. Dirigidas a los pacientes con VIH - SIDA.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL TEST.

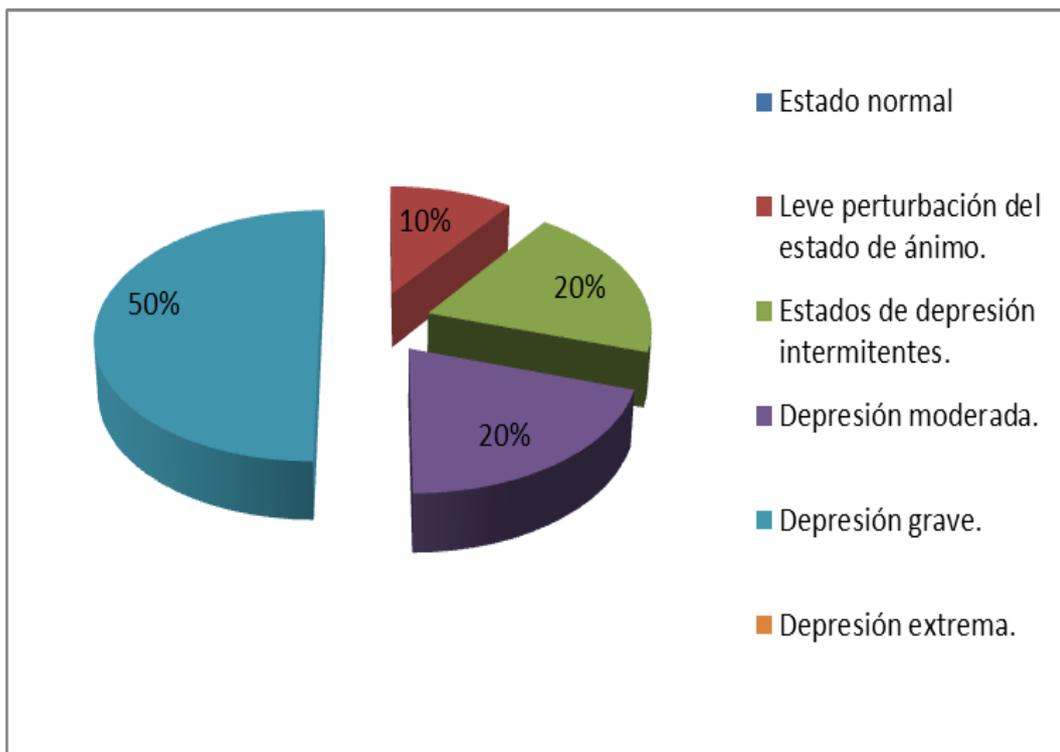
Test aplicado a los pacientes con VIH - SIDA que acudió al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo en el segundo semestre del año 2010 y en el primer semestre del año 2011.

**Cuadro 3.** Nivel de depreciación de los pacientes.

<b>Niveles de depresión</b>	<b>Nº Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Estado normal.	0	0%
Leve perturbación del estado de ánimo.	1	10%
Estados de depresión intermitentes.	2	20%
Depresión moderada.	2	20%
Depresión grave.	5	50%
Depresión extrema.	0	0%
<b>Total.</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test realizado a los pacientes con VIH - SIDA. Hospital de Quevedo. 2011.

**Elaboración:** Autora.



**Gráfico 1.** Nivel de depreciación de los pacientes.

### **Análisis e Interpretación de resultados.**

Según la gráfica N° 1, el 50% de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA a quienes se les aplicó el test, indica que presenta una depresión grave, el 20% depresión intermitente – moderada y el 10% presenta una leve perturbación del estado de ánimo. Esto demuestra que muchos de los pacientes poseen una depresión grave, la cual incide en el comportamiento y por ende en el estado fisiológico, conllevándolo a tener un estado psíquico – físico – mental peligroso que puede acelerar el proceso de fallecimiento.

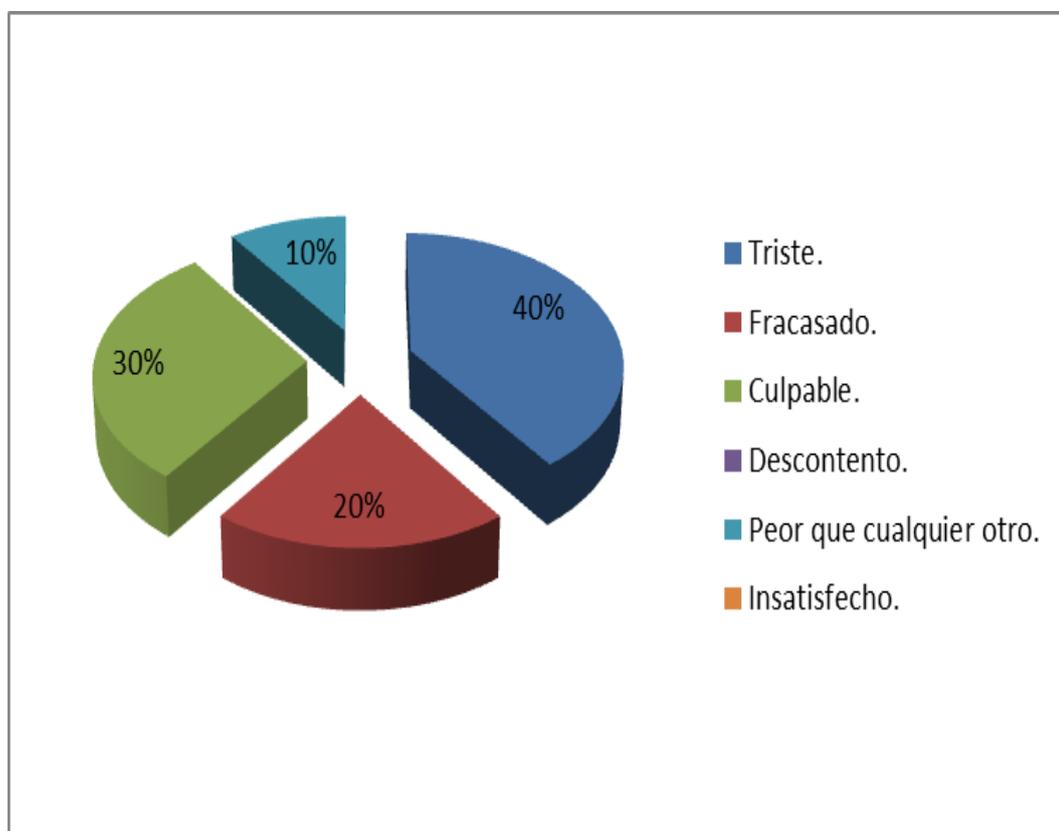
## 4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

**Cuadro 4.** ¿Cómo se siente?

Variables	Nº Pacientes	Porcentaje
Triste.	4	40%
Fracasado.	2	20%
Culpable.	3	30%
Descontento.	0	0%
Peor que cualquier otro.	1	10%
Insatisfecho.	0	0%
<b>Total.</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los pacientes con VIH - SIDA. Hospital de Quevedo. 2011.

**Elaboración:** Autora.



**Gráfico 2.** ¿Cómo se siente?

## **Análisis e Interpretación de resultados.**

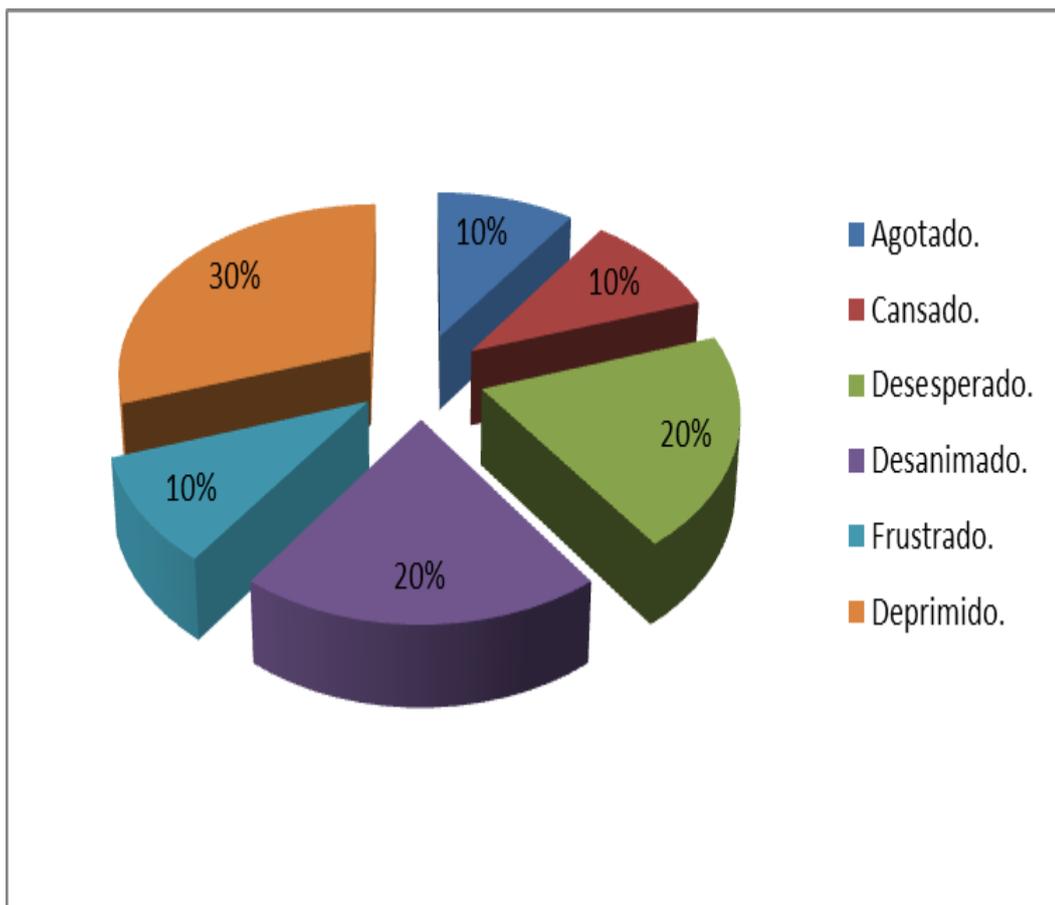
Según la gráfica N° 2, el 40% de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA a quienes se les aplicó la encuesta, indica que se sienten tristes, el 30% culpable, el 20% fracasado y el 10% peor que cualquier otro, lo cual demuestra que los pacientes presentan un cuadro depresivo elevado, por tal motivo su comportamiento es algo decaído.

### **Cuadro 5. ¿Cómo se encuentra anímicamente?**

<b>Variables</b>	<b>Nº Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Agotado.	1	10%
Cansado.	1	10%
Desesperado.	2	20%
Desanimado.	2	20%
Frustrado.	1	10%
Deprimido.	3	30%
<b>Total.</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los pacientes con VIH - SIDA. Hospital de Quevedo. 2011.

**Elaboración:** Autora.



**Gráfico 3.** ¿Cómo se encuentra anímicamente?

### **Análisis e Interpretación de resultados.**

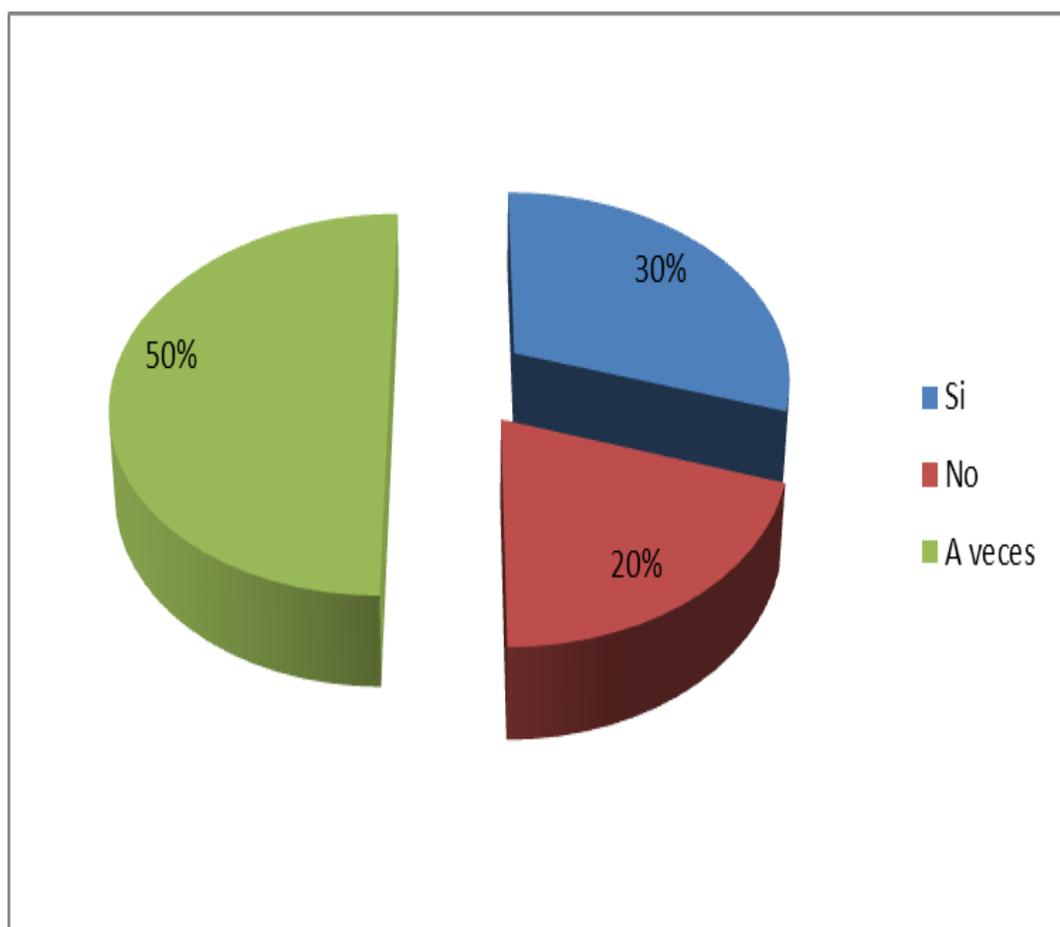
Según la gráfica N° 3, el 30% de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA a quienes se les aplicó la encuesta, indica que se encuentra anímicamente deprimido, mientras que el 20% afirman que están desesperados y desanimados; el 10% se encuentra cansado, agotado y frustrado. Esto demuestra que la enfermedad los ha deprimido mucho y por ende estos muestran un carácter que en ciertos casos es intolerable.

**Cuadro 6.** ¿Ha pensado suicidarse?

<b>Variables</b>	<b>Nº Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	3	30%
No	2	20%
A veces	5	50%
<b>Total.</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los pacientes con VIH - SIDA. Hospital de Quevedo. 2011.

**Elaboración:** Autora.



**Gráfico 4.** ¿Ha pensado suicidarse?

## Análisis e Interpretación de resultados.

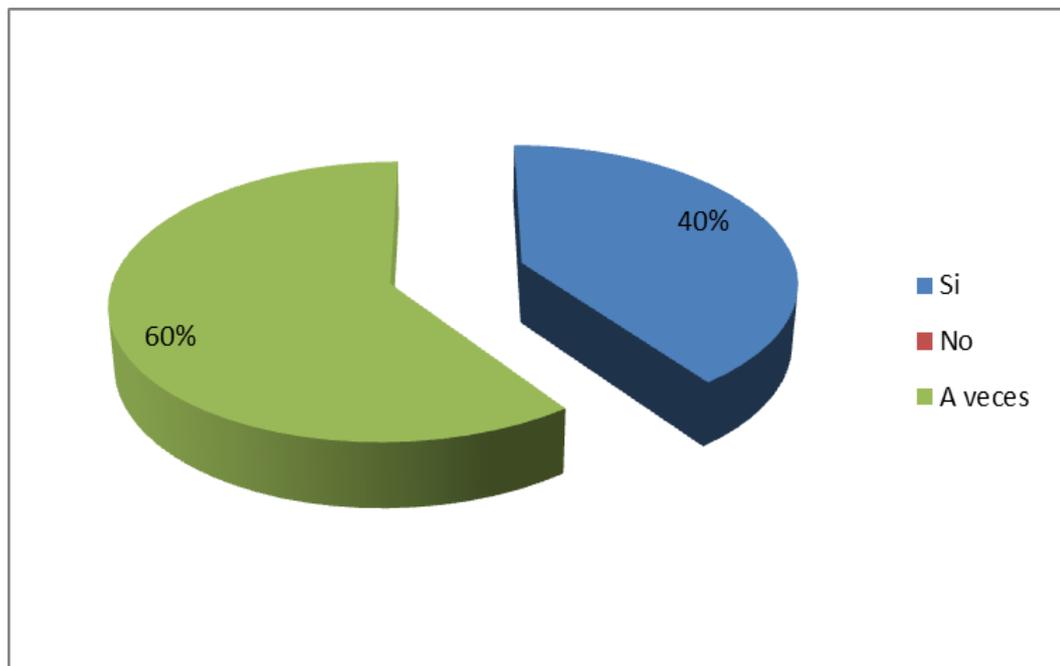
Según la gráfica N° 4, el 50% de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA a quienes se les aplicó la encuesta, indica que a veces si ha pensado en suicidarse, mientras que el 30% si lo ha pensado y el 20% no ha pensado en quitarse la vida. Esto demuestra que la gran mayoría de los pacientes han entrado en un cuadro depresivo muy crítico que los ha conllevado a pensar en quitarse la vida o suicidarse.

### Cuadro 7. ¿Se comporta bien ante las demás personas?

Variables	Nº Pacientes	Porcentaje
Si	4	40%
No	0	0%
A veces	6	60%
<b>Total.</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los pacientes con VIH - SIDA. Hospital de Quevedo. 2011.

**Elaboración:** Autora.



**Gráfico 5.** ¿Se comporta bien ante las demás personas?

## Análisis e Interpretación de resultados.

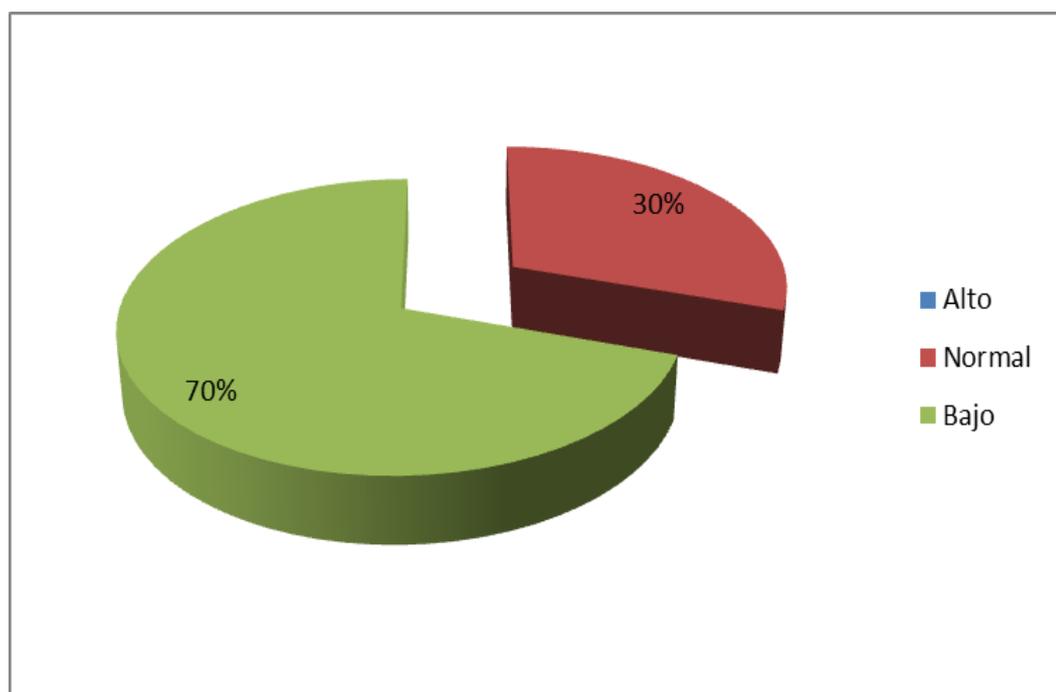
Según la gráfica N° 5, el 60% de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA a quienes se les aplicó la encuesta, indica que a veces se comportan bien ante las demás personas, mientras que el 40% afirma que si tiene un buen comportamiento ante los demás. Esto indica que muchos pacientes tienen un mal comportamiento ante la sociedad, ya que se sienten deprimidos y aislados por la enfermedad.

**Cuadro 8.** ¿Cuál es el grado de apetito?

Variables	Nº Pacientes	Porcentaje
Alto	0	0%
Normal	3	30%
Bajo	7	70%
<b>Total.</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los pacientes con VIH - SIDA. Hospital de Quevedo. 2011.

**Elaboración:** Autora.



**Gráfico 6.** ¿Cuál es el grado de apetito?

### **Análisis e Interpretación de resultados.**

Según la gráfica N° 6, el 70% de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA a quienes se les aplicó la encuesta, indica que el grado de apetito es bajo y el 30% normal, lo cual demuestra que los pacientes presentan un nivel bajo de alimentación que puede afectar el estado físico – mental de los mismos.

### **4.3. COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.**

- ✓ Según el estudio de los test aplicados a los 10 pacientes con VIH – SIDA, se comprobó que existe un nivel grave de depresión, por lo cual se considera que existe un alto nivel depresivo, peligroso para salud y bienestar de los pacientes, el cual debe ser tratado por un especialista (psicólogo clínico).
  
- ✓ El análisis de los resultados del test permitió comprobar que efectivamente los factores depresivos si empeoran el comportamiento de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA.
  
- ✓ Según el análisis del estudio psicológico – depresivo y conociendo las necesidades y nivel de depresión de los pacientes, se considera que es factible y necesario la implementación de un plan de asistencia psiquiátrica para mejorar el estado psicológico – anímico de los pacientes con VIH – SIDA que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES.**

- ✓ En base al análisis de los resultados de los test, se determinó que el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA, que acudieron al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo es grave e intermitente, el cual se establece como un grado alto y repercute en el comportamiento y estado fisiológico de los mismos.
- ✓ Tanto las investigaciones teóricas y de campo, demuestran notable y verazmente que los factores depresivos inciden negativamente en el comportamiento de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA, llevándolos a estados altamente depresivos y degenerativos.
- ✓ De acuerdo a los resultados obtenidos, se considera necesario la creación y ejecución de un plan de asistencia psiquiátrica, encaminado a optimizar el estado psicológico – anímico de los pacientes con VIH – SIDA que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo.

## **5.2. RECOMENDACIONES.**

- ✓ Controlar de forma eficiente el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo con el fin de mejorar su comportamiento y estado fisiológico a través de la ayuda psicológica.
  
- ✓ Tratar los factores depresivos que inciden negativamente en el comportamiento de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA, implementando terapias psicosociales que ayuden a controlar la depresión y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.
  
- ✓ Implementar un plan de asistencia psiquiátrica, encaminado a optimizar el estado psicológico – anímico de los pacientes con VIH – SIDA que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1. TÍTULO.**

DISEÑO DE UN PLAN DE ASISTENCIA PARA MEJORAR EL ESTADO PSICOLÓGICO – ANÍMICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH – SIDA QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO.

## **6.2. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.**

Conociendo las necesidades y los niveles de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo, se considera indispensable y a la vez necesario implementar un plan de asistencia psiquiátrica, encaminado a optimizar el estado psicológico y anímico de los pacientes.

Para ejecutar la propuesta, se requiere de varios recursos, principalmente el recurso humano, el cual debe ser profesional, preparado para orientar a los pacientes con problemas de VIH – SIDA, el cual debe de asistir terapéuticamente a los convalecientes, que padecen trastornos psíquicos que inciden en el comportamiento y estado fisiológico.

El fin de la propuesta (plan asistencial) es mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen con el VIH – SIDA, tomando en cuenta el soporte psicosocial, dando énfasis a las enfermedades psiquiátricas más prevalentes en los mismos como la depresión y ansiedad.

## **6.3. JUSTIFICACIÓN.**

La presente propuesta es importante porque mediante la implementación del plan de asistencia se logrará mejorar el estado psicológico – anímico de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo, además se podrá apoyar terapéuticamente a los pacientes mejorando de esta forma su calidad de vida.

Es indispensable diseñar una guía de diagnósticos y tratamientos a los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA, la cual debe de abordar el área psicológica del paciente, esta ayudará a establecer un mejor control.

Es necesario manejar y tratar de controlar la depresión en sujetos asintomáticos infectados por VIH – SIDA a fin de evitar problemas más complicados que impliquen la salud psíquica y fisiológica del paciente.

#### **6.4. BENEFICIARIOS.**

Los beneficiarios directos de la presente propuesta serán los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA, que acudan al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo, que presenten niveles altos de depresión y tengan problemas de conducta. Así mismo indirectamente se beneficia los investigadores y profesionales en la rama, ya que fortalecerán su conocimientos y podrán emplear innovadores y eficientes técnicas psiquiátricas para controlar el problema de la depresión en pacientes con SIDA.

#### **6.5. FACTIBILIDAD.**

La propuesta será factible, ya que se cuenta con el aval del Director del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, además se tiene el apoyo del personal del área de pacientes con VIH – SIDA, así mismo se cuenta con el aporte de varios profesionales que canalizaran sus sabios conocimientos y una acreditada experiencia respecto a este tipo de problemas psicológicos – médicos.

#### **6.6. OBJETIVOS.**

##### **6.6.1. General.**

Diseñar un plan de asistencia para mejorar el estado psicológico – anímico de los pacientes diagnosticados con VIH – SIDA que acuden al Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.

### **6.6.2. Específicos.**

- Apoyar terapéuticamente a los pacientes para mejorar la calidad de vida de los mismos.
- Proponer la elaboración de una guía de diagnósticos y tratamientos en pacientes con VIH – SIDA, en la cual se aborde el área psicológica del paciente.
- Manejar y tratar de controlar la depresión en sujetos asintomáticos infectados por VIH – SIDA que más recientemente hayan conocido su diagnóstico.

### **6.7. RECURSOS.**

#### **6.7.1. Humanos.**

- Director del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.
- Personal médico y de enfermería del área.
- Pacientes con VIH – SIDA.
- Investigadora y expositora.

#### **6.7.2. Materiales.**

	<b>Cant.</b>
▪ Computadora	1
▪ Impresora multifunción	1
▪ Pen driver	1
▪ CD-RW	8
▪ Cámara Digital	1
▪ Proyector	1
▪ Anillados	8
▪ Remas de papel A4	1

▪ Tizas líquidas	2
▪ Pizarra líquida	1
▪ Lápices	20
▪ Folletos	50
▪ Trípticos	50
▪ Libros	2
▪ Carpetas	50

### 6.7.3. Económicos.

- Financiados en un 30% por la Institución y el 70% por la ejecutora.

**Cuadro N°.** Presupuesto de Gastos para implementar la propuesta.

<b>Rubros</b>	<b>Costo USD</b>
Asesoría Técnica	\$ 150.00
Transporte (Movilización)	65.00
Refrigerio	56.00
Materiales	28.00
Material Bibliográfico	35.00
Transcripción de informes (impresiones)	110.00
Alquiler de Equipo Tecnológico	50.00
Imprevistos	15.50
<b>Total</b>	<b>\$ 509.50</b>



## 6.9. BIBLIOGRAFÍA.

- ✓ Kramer, Peter D. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona: Seix Barral.
- ✓ Jackson, Stanley W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- ✓ Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). *Trastornos afectivos*. En J. L. Rivera y otros (1980), *Manual de psiquiatría*. Madrid: Karpos.
- ✓ Cabaleiro, A., Fernández Mugetti, G. y Sáenz, M.: *Depresión y subjetividad: Tesis*. (Consultado en [1].)
- ✓ Vara Horna, Arístides A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima. (Consultado en [2].)
- ✓ Hollon, S. & Ponniah, K. (2010). *A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults*. *Depression and Anxiety*.
- ✓ Weissman, M., Markowitz, J. & Klerman, G. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Basic Books
- ✓ García Sánchez, J. & Palazón Rodríguez, P. (2010). "Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal". *Desclée de Brouwer* (en prensa).
- ✓ Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa Editora.
- ✓ Burns, D. (1980). *Sentirse bien*. Ediciones Paidós.
- ✓ Martell, C. et al. (2010). *Behavioral activation for depression*. The Guilford Press.

### Linkografía:

- ✓ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>.
- ✓ [http://www.depresion.psicomag.com/ ikipedia\\_y\\_sida.php](http://www.depresion.psicomag.com/ ikipedia_y_sida.php).
- ✓ [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-&script=sci_arttext).
- ✓ [http://es.wikipedia.org/wiki/Comportamiento\\_humano](http://es.wikipedia.org/wiki/Comportamiento_humano).
- ✓ [http://es.wikipedia.org/wiki/Virus\\_de\\_la\\_inmunodeficiencia\\_humana](http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_la_inmunodeficiencia_humana).

**ANEXOS**

## ANEXO 1. TEST APLICADO A LOS PACIENTES CON VIH – SIDA.



### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

#### TEST APLICADO A PACIENTES CON VIH – SIDA

**Objeto de estudio:** Analizar la depresión y su incidencia en el comportamiento de los pacientes diagnosticados de VIH (SIDA) que asisten al Hospital Sagrado Corazón de Jesús del cantón Quevedo en el segundo semestre del año 2010 y en el primer semestre del año 2011.

**Evaluadora:** Egda. Karina Elizabeth Quiroz Mendoza, estudiante de la especialidad Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, extensión Quevedo.

Favor responder con una (X) en la opción que más asemeje a su estado actual:

1.	0	No me siento triste	
	1	Me siento triste	
	2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	

2.	0	No me siento especialmente desanimado de cara al futuro	
	1	Me siento desanimado de cara al futuro	
	2	Siento que no hay nada por que luchar	
	3	El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran	

3.	0	No me siento como un fracasado	
	1	He fracasado más que la mayoría de las personas	
	2	Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro	
	3	Soy un fracaso total como persona	

4.	0	Las cosas me satisfacen tanto como antes	
	1	No disfruto de las cosas como antes	
	2	Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas	
	3	Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	

5.	0	No me siento especialmente culpable	
	1	Me siento culpable en bastantes ocasiones	
	2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones	
	3	Me siento culpable constantemente	

6.	0	No creo que esté siendo castigado	
	1	Siento que quizá esté siendo castigado	
	2	Espero ser castigado	
	3	Siento que estoy siendo castigado	

7.	0	No estoy descontento de mí mismo	
	1	Estoy descontento de mí mismo	
	2	Estoy a disgusto conmigo mismo	
	3	Me detesto	

8.	0	No me siento peor que cualquier otro	
	1	Me auto critico por mi debilidad o por mis errores	
	2	Continuamente me culpo por mis fallas	
	3	Me culpo por todo lo malo que sucede	

9.	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio	
	1	A veces pienso en suicidarme , pero no lo haré	
	2	Descarta poner fin a la vida	
	3	Me suicidaría si tuviese oportunidad	

10.	0	No lloro más de lo normal	
	1	Ahora lloro más que antes	
	2	Lloro continuamente	
	3	No puedo dejar de llorar aunque me lo propongo	

11.	0	No estoy especialmente irritado	
	1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes	
	2	Me siento irritado continuamente	
	3	Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	

12.	0	No he perdido el interés por los demás	
	1	Estoy menos interesado en los demás que antes	
	2	He perdido gran parte del interés por los demás	
	3	He perdido todo interés por los demás	

13.	0	Tomo mis propias decisiones igual que antes	
	1	Evito tomar decisiones más que antes	
	2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	
	3	Me es imposible tomar decisiones	

14.	0	No creo tener peor aspecto que antes	
	1	Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	
	2	Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hace parecer poco atractivo	
	3	Creo que tengo un aspecto horrible	

15.	0	Trabajo igual que antes	
	1	Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	
	2	Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo	
	3	Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	

16.	0	Duermo tan bien como siempre	
	1	No duermo también como antes	
	2	Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir	
	3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir	

17.	0	No me siento más cansado de lo normal	
	1	Me canso más que antes	
	2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa	
	3	Estoy demasiado cansado para hacer nada	

18.	0	Mi apetito no ha disminuido	
	1	No tengo tan buen apetito como antes	
	2	Ahora tengo mucho menos apetito	
	3	Eh perdido completamente el apetito	

19.	0	No he perdido peso últimamente	
	1	He perdido más de 2 kilos	
	2	He perdido más de 4 kilos	
	3	He perdido más de 7 kilos Estoy tratando intencionalmente de perder peso comiendo menos SI----- NO-----	

20.	0	Me estoy preocupando por mi salud	
	1	Me preocupa los problemas físicos como dolores, el mal estar de estómago o catarros	
	2	Me preocupan las enfermedades y me resultan difícil pensar en otras cosas	
	3	Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	

21.	0	No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	
	1	La relación sexual me atrae menos que antes	
	2	Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	
	3	He perdido totalmente el interés sexual	

### GUÍA PARA LA INTERPRETACIÓN DEL TEST

Puntuación Total	Niveles de Depresión
1 – 10	Estos estados son considerados normales.
11 – 16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17 – 20	Estados de depresión intermitentes.
21 – 30	Depresión moderada.
31 – 40	Depresión grave.
Más de 40	Depresión extrema.

Una puntuación igual a 17 o más sugiere una intervención psicológica profesional.

**ANEXO 2. FOTOS.**



**Foto 1.** Entrada de emergencia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.



**Foto 2.** Consultorio para pacientes con VIH – SIDA.



**Foto 3.** Paciente con VIH – SIDA en la Sala de Espera.



**Foto 4.** Consultorio Psicológico entendido por la Dra. Glenda Arriciaga.

### ANEXO 3. HISTORIAL CLÍNICO DE LOS PACIENTES.

#### MODELO IMPLEMENTADO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre y apellidos			
Lugar y fecha de nacimiento			
Edad		Sexo	
Domicilio			
Estado civil		Nº Hijos	
Religión			
Instrucción			
ASPECTO PSICOLÓGICO			
Apariencia externa			
Demanda del paciente			
Evaluación del problema			
Antecedentes disfuncionales			

<b>PSICO BIOGRAFÍA</b>	
Familiar	
Personal	
Laboral	
Vida en pareja	

<b>REACTIVO PSICOLÓGICO</b>

<b>DEPENDENCIA</b>	
Insomnio	
Ligera ansiedad	
Inseguridad	
Apreciación diagnóstica	