

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**SINDROME DEPRESIVO EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA
HUMANA “VIH” DURANTE EL EMBARAZO**

GUSTAVO ADOLFO VILLALOBOS IBARRA

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Enero 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Gustavo Adolfo Villalobos Ibarra

Carné Universitario No.: 100021326

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Síndrome depresivo en mujeres diagnosticadas con virus de inmunodeficiencia humana "VIH" durante el embarazo"**

Que fue asesorado: Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2015.

Guatemala, 10 de septiembre de 2014

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 22 de julio de 2014

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

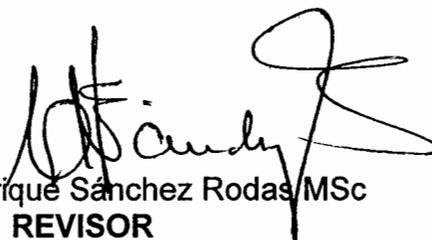
Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido REVISOR del trabajo de tesis titulado:

“SINDROME DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA “VIH” DURANTE EL EMBARAZO”

Realizado por el estudiante Gustavo Adolfo Villalobos Ibarra de la Maestría Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc

REVISOR

Docente de Investigación
Hospital Roosevelt

Guatemala, 22 de julio de 2014

Dr. Vicente Arnoldo Aguirre Garay
Docente Responsable
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Universidad San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Presente

Estimado Dr. Aguirre:

Atentamente me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he sido ASESOR del trabajo de tesis titulado:

**“SINDROME DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA “VIH” DURANTE EL EMBARAZO”**

Realizado por el estudiante Gustavo Adolfo Villalobos Ibarra de la Maestría Ginecología y Obstetricia, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Marco Antonio Barrientos Rivas
Jefe de Departamento
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Roosevelt
ASESOR

INDICE DE CONTENIDOS

	PÁGINA
RESUMEN	i
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	4
III. OBJETIVOS	22
IV. MATERIAL Y METODOS	23
V. RESULTADOS	30
VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
VIII. ANEXOS	48

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	pagina	31
Tabla No. 2	pagina	32
Tabla No. 3	pagina	33

INDICE DE GRAFICAS

Grafica No. 1	pagina 33
Grafica No. 2	pagina 34
Grafica No. 3	pagina 35
Grafica No. 4	pagina 36
Grafica No. 5	pagina 37
Grafica No. 6	pagina 38

RESUMEN

El síndrome depresivo consiste en una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos manifestándose por depresión, ansiedad, ira, vergüenza, rechazo y sentimiento de culpa. En las mujeres embarazadas hay varios factores que contribuyen a desarrollar depresión, estos pueden ser adolescencia, embarazos no deseados y diagnóstico de VIH. El VIH es una enfermedad con alta prevalencia en Guatemala. El hospital Roosevelt es un centro de referencia para pacientes que padecen esta enfermedad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Síndrome Depresivo en mujeres embarazadas con VIH/SIDA en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo, donde la población a estudio fueron las mujeres embarazadas, atendidas en el hospital Roosevelt de enero a 2012 a diciembre del 2012. Los datos se obtuvieron por medio de una entrevista dirigida, utilizando un instrumento técnico que incluye el test de Zung. Se analizaron y se clasificaron según la escala de auto medición de la depresión. **Resultados:** la población total de la investigación alcanzó los 45 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales el 2.2% presentó Síndrome Depresivo. El 71.1% presentaron trastornos emocionales, de los cuales 40% tenía trastorno de personalidad, el 22.2% presentaron reacciones de ajustes a situaciones transitorias, el 8.9% presentó reacciones de ansiedad. Un 26.7% de pacientes no presentaron ningún tipo de trastorno. Entre la sintomatología según las esferas fisiológica, psicomotora y afectiva se encontró que un 60% presenta irritabilidad, un 53.33% tristeza, 53.33% deseo de llanto, 48.88% insomnio, 48.88% intranquilidad, 40% cansancio, 35.55% pérdida de peso, 20% pérdida de la libido y 17.77% pérdida del apetito. **Conclusión:** La prevalencia de Síndrome Depresivo en pacientes VIH embarazadas, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, fue del 2.2%.

Palabras clave: Síndrome depresivo, VIH, embarazadas, Hospital Roosevelt

I. INTRODUCCION

Para el 2009, había 2.6 millones de personas recientemente infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; equivalentes a casi una quinta parte (19%) de los 3.1 millones de personas infectadas en el 1999. El número de niños viviendo con VIH incrementó a 2.5 millones en el año 2009, mientras que la proporción de mujeres viviendo con VIH permanece estable, menos del 52% del total a nivel mundial.⁽¹⁾

En Centro y Sur América la epidemia sigue aumentando, para el año 2009 1.4 millones de personas vivían con VIH, la mayoría debido a relaciones homosexuales entre varones. Se calcula que en el 2009, 92,000 personas fueron infectadas, se reporta para el 2009 que viven 36,000 niños con VIH y 58,000 muertes relacionadas al virus, en datos acumulados desde el 2001 al 2009 para esta región.⁽²⁾

Según el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a los datos existentes a nivel mundial, para el año 2009 en Guatemala, el número de personas que viven con VIH (adultos y niños), asciende a un total de 65,701 personas con VIH, registrándose 7,557 nuevas infecciones, que representan 21 personas infectadas diariamente.⁽³⁾

La importancia y la magnitud del estudio de síndrome depresivo residen en su desconocimiento entre los médicos de Latinoamérica en general. Precisamente porque nadie lo ha enseñado en las universidades, asociado a que los textos médicos de referencia en Latinoamérica son traducciones de ediciones norteamericanas, que al estudiarlos no mencionan las consecuencias psicosociales del VIH.

La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y SIDA, interfieren con su tratamiento, y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH.

Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad, a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o

de amigos. La infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza. ⁽⁴⁾

Además de las consecuencias psicológicas, la infección por VIH tiene efectos directos en el sistema nervioso central, provocando complicaciones neuropsiquiátricas, incluida encefalopatía por VIH, depresión, manía, trastorno cognitivo y demencia franca, a menudo combinadas. ⁽⁴⁾

En las personas diagnosticadas de VIH, la depresión produce profundos efectos. Al recibir el diagnóstico de seroconversión VIH aumenta el riesgo de desarrollar depresión mayor, trastornos de ansiedad y trastornos del deseo sexual. Otros investigadores han sugerido una fuerte conexión entre la frecuencia de los síntomas físicos y los depresivos. Estos hallazgos indican que en las personas con VIH, la depresión es una condición comórbida potencialmente peligrosa, que probablemente puede acelerar el curso de la enfermedad de VIH. ⁽⁵⁾

La depresión es una enfermedad que puede tener diferentes orígenes etiopatogénicos y adoptar una gran presentación clínica; se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés en el trabajo, sentimiento de culpa, anorexia o aumento del apetito, falta de esperanzas, sin deseos de vivir lo que lleva a tener ideas suicidas.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en las personas afectadas por el virus del VIH. Existen investigaciones que sugieren que síntomas depresivos crónicos están relacionados con un aumento de la tasa de mortalidad de VIH.

Las mujeres embarazadas en quienes se diagnostica VIH son un grupo importante de la población y en el hospital Roosevelt no existen tesis sobre este tema, tampoco se llevan a cabo pruebas para diagnosticar depresión y darle seguimiento. La depresión puede llevar a estas pacientes a abandonar el tratamiento retroviral, esto a largo plazo puede incurrir en mayores gastos para el sistema nacional, pues trae consecuencias no solo para la madre que presentará mayor morbilidad, sino para el recién nacido, en el Hospital Roosevelt,

según las estadísticas del Departamento de Ginecología y Obstetricia y la clínica de enfermedades infecciosas, se diagnostican anualmente aproximadamente 40 casos de mujeres embarazadas con VIH, resolviéndose 90 partos de mujeres embarazadas con VIH, a las que también se les brinda control prenatal.

La importancia del estudio de síndrome depresivo, reside en el desconocimiento de este tema entre médicos en Latinoamérica y especialmente en Guatemala, quizás porque nadie ha tomado en cuenta anteriormente las consecuencias psicosociales que el diagnóstico de VIH puede traer a las mujeres embarazadas.

II. ANTECEDENTES

Para el 2009, había 2.6 millones de personas recientemente infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; equivalentes a casi una quinta parte (19%) de los 3.1 millones de personas infectadas en el 1999. El número de niños viviendo con VIH incrementó a 2.5 millones en el año 2009, mientras que la proporción de mujeres viviendo con VIH permanece estable, menos del 52% del total a nivel mundial.⁽¹⁾

En Centro y Sur América la epidemia sigue aumentando, para el año 2009 1.4 millones de personas vivían con VIH, la mayoría debido a relaciones homosexuales entre varones. Se calcula que en el 2009, 92,000 personas fueron infectadas, se reporta para el 2009 que viven 36,000 niños con VIH y 58,000 muertes relacionadas al virus, en datos acumulados desde el 2001 al 2009 para esta región.⁽²⁾

Según el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a los datos existentes a nivel mundial, para el año 2009 en Guatemala, el número de personas que viven con VIH (adultos y niños), asciende a un total de 65,701 personas con VIH, registrándose 7,557 nuevas infecciones, que representan 21 personas infectadas diariamente.⁽³⁾

En relación al sexo se observó que el 38% son femeninos y un 68% de sexo masculino, determinando que el grupo de edad que más casos acumula son las edades entre 20 y 39 años de edad, con un 62%.⁽³⁾

La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y SIDA, interfieren con su tratamiento, y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH.

Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad, a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o de amigos. La infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento

de suicidio. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza. ⁽⁴⁾

Además de las consecuencias psicológicas, la infección por VIH tiene efectos directos en el sistema nervioso central, provocando complicaciones neuropsiquiátricas, incluida encefalopatía por VIH, depresión, manía, trastorno cognitivo y demencia franca, a menudo combinadas. ⁽⁴⁾

En las personas diagnosticadas de VIH, la depresión produce profundos efectos. Al recibir el diagnóstico de seroconversión VIH aumenta el riesgo de desarrollar depresión mayor, trastornos de ansiedad y trastornos del deseo sexual. Otros investigadores han sugerido una fuerte conexión entre la frecuencia de los síntomas físicos y los depresivos. Estos hallazgos indican que en las personas con VIH, la depresión es una condición comórbida potencialmente peligrosa, que probablemente puede acelerar el curso de la enfermedad de VIH. ⁽⁵⁾

Debido a lo anterior y al hecho de que no hay investigaciones que traten este tema y sus repercusiones sobre todo en Guatemala, surge la necesidad de realizar estudios sobre este padecimiento en el Hospital Roosevelt, en el Departamento de Guatemala, ya que es importante brindarle apoyo a estas pacientes, porque los trastornos depresivos son un padecimiento de fácil diagnóstico y tratamiento, si son detectados tempranamente. Además con este estudio se creará un protocolo de atención, para poder brindarles apoyo y darles seguimiento con personal calificado.

2.1 Infecciones por VIH-SIDA a nivel mundial

La respuesta inmunitaria desplegada frente a la infección por el VIH restringe la infección vírica, pero contribuye a la patogenia. Se generan anticuerpos neutralizantes frente a la gp120 y participan en las respuestas de citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos. Sin embargo, el virus recubierto de anticuerpos continúa siendo infeccioso y es absorbido por los macrófagos. Los linfocitos T CD8 desempeñan una función clave para controlar la progresión de la enfermedad asociada al VIH. Los linfocitos T CD8 pueden destruir las células infectadas mediante una acción citotóxica directa, y la síntesis de factores supresores que restringen la

replicación vírica. Sin embargo, los linfocitos T CD8 han de ser activados por los linfocitos T CD4; el número de linfocitos T CD8 desciende en paralelo al número de linfocitos T CD4 y su reducción guarda relación con la progresión de la enfermedad al SIDA. ⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud define a la infección por VIH basado en los criterios de laboratorio, sin importar el estadio clínico (incluyendo el severo o Estadio 4 de la enfermedad, conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA-).

Utilizándose pruebas apropiada según la edad del paciente, para los adultos y niños mayores de 18 meses de edad, el diagnóstico está basado en pruebas positivas para anticuerpos anti-VIH (prueba rápida de inmunocromatografía para anticuerpos anti-VIH); siendo confirmado por una segunda prueba para anticuerpos anti-VIH que trabajan a nivel de diferentes antígenos, ó por pruebas virológicas o de sus componentes (RNA-VIH o DNA-VIH o determinación del antígeno p24). ⁽²⁾

Según el Reporte Global del Programa de Naciones Unidas contra el VIH-SIDA (UNAIDS) para el año 2010, el crecimiento de la epidemia global por VIH se ha establecido, determinándose una declinación considerable desde los años noventas; así como muertes relacionadas a VIH gracias al uso de terapia Antirretroviral (TARV) en los últimos años. Desde el año 1999, el número de nuevas infecciones ha disminuido en un 19%, estimando que en los países de bajos y medianos ingresos, 15 millones de personas necesitan tratamiento.

2.2Epidemiología

Para el 2009, se estimaron 2.6 millones (2.3 millones a 2.8 millones) de personas recientemente infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; equivalentes a casi una quinta parte (19%) de los 3.1 millones de personas infectadas en 1999 y veintiún por ciento menos de los 3.2 millones en el año 1997, donde se observó el máximo pico de incidencia en nuevas infecciones relacionadas a este virus.

Estimando que el número de niños viviendo con VIH incremento a 2.5 millones en el año 2009. Mientras que la proporción de mujeres viviendo con VIH permanece estable, menos del 52% del total a nivel mundial.

Entre los 33 países más afectados, la incidencia de VIH ha disminuido en más de un veinticinco por ciento entre los años 2001 y 2009. Veintidós de las ciudades más afectadas se encuentran en África Sub-Sahariana –Etiopia, Nigeria, Sur África, Zambia, Zimbabue entre otras, la infección por VIH se ha establecido y ahora está mostrando signos de disminución.

En Centro y Sur América la epidemia sigue aumentando, estimando que 1.4 millones de personas viven con VIH en 2009; siendo estos en su mayoría debido a relaciones homosexuales entre varones. Se calculan que 92,000 personas fueron recientemente infectadas, donde se reporta que para el 2009 36,000 niños viven con VIH y 58,000 muertes relacionadas al virus en datos acumulados del 2001 al 2009 para esta región.

Brasil es el país con mayor número de personas que viven con VIH/SIDA en América Latina (62,000 adultos y niños), con una prevalencia nacional para el 2005 de 0.5%; Argentina suponía un predominio de 0.6% para el mismo año, identificando el consumo de drogas intravenosas y las relaciones sexuales entre varones sin protección, como las prácticas de riesgo que habrían contribuido a la propagación de esta epidemia en el país. ⁽¹⁾

En México la prevalencia es baja con 0.3% en adultos, estimándose que hasta dos tercios de los infectados son hombres que se contagiaron durante relaciones sin protección con varones, a su vez sigue aumentando por medio de transmisión heterosexual. Belice es otro de los países latinoamericanos que presentan las epidemias más extensas, con una prevalencia de infección de 2.5%.

Los datos y tendencias de la epidemia en El Caribe, identifican que el impacto del VIH/SIDA tiene una mayor incidencia fuera de la región de África Subsahariana. Haití tiene el mayor número de personas viviendo con VIH en la región, con 19,000 personas para el año 2005 y una tendencia a la infección entre adultos de 3.8%. Bahamas tiene una cifra estimada de 6,800 personas viviendo con VIH para el 2005, observándose un porcentaje de 3.3%, junto con Haití, siendo las más altas de la región. ⁽⁷⁾

2.3VIH en Guatemala

Según el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Boletín No. 1 de las Estadísticas VIH y VIH Avanzado de Guatemala, desde Enero de 1984 a Diciembre del 2010, de acuerdo a las estimaciones a nivel mundial para el año 2009 en Guatemala, el número de personas que viven con VIH (adultos y niños) se estima en un total de 65,701 personas con VIH, y 7,557 nuevas infecciones, representando veintiún personas infectadas diariamente.

En Guatemala, la notificación de casos de VIH avanzado (SIDA) inició en 1982, con dos casos de género masculino y 3 casos de sexo femenino, para el año de 1986. En el año 2003 (mejora la notificación y vigilancia de casos) ya que las áreas de salud cuentan con una base de datos, la cual capta los casos de VIH avanzados, observándose un incremento del 63% de casos notificados totales a esta fecha. El 33% de los casos fueron notificados en los primeros 20 años de la epidemia en Guatemala, mientras que el 67% se han notificado en los últimos seis años; la relación de masculinidad antes de 1996 se observó de 5:7 hombres por cada mujer, actualmente la relación es de 2:1. Los departamentos con mayor incidencia de casos VIH positivos son: Retalhuleu, Izabal, Escuintla, Suchitepéquez y Guatemala, seguido por los departamentos de Petén, San Marcos y Quetzaltenango.

En relación al sexo se observó que el 38% son femeninos y un 68% de sexo masculino, determinando que el grupo de edad que más casos acumula son las edades entre 20 y 39 años de edad con un 62%.

El 5% de los casos corresponde al grupo de edad entre 0 a 4 años de edad (563 femeninos y 575 masculinos) captados gracias a la vigilancia en mujeres embarazadas (por la realización de pruebas de tamizaje de VIH) y la captación de casos en niños. La vía de transmisión sigue siendo la sexual con un 94%, incluyéndose como grupos vulnerables los homosexuales, bisexuales y heterosexuales.

En el informe de Estadísticas de Casos acumulados de VIH y VIH Avanzado desde Enero del año 1984 a Septiembre del 2010, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica; determinan que

la población ladina es la que tiene mayor incidencia de casos con un total de 11,779 personas, la etnia maya presenta una población acumulada a 3,350 personas, la etnia Garífuna presenta 100 casos y a la etnia Xinca le corresponden 32 casos; y 6,999 casos se encuentran sin datos de la etnia a la que pertenecen. Observando también en este informe la notificación del estado de dichos pacientes, notificando como vivos a 18,047 personas y muertas 1,457 personas además de los pacientes de los cuales no se tienen notificación de su estado que suman el total de los 22,260 casos acumulados con VIH y VIH avanzado en Guatemala. ⁽³⁾

2.4 VIH/SIDA y salud mental

La Universidad Pontificia Javeriana Cali (Colombia) realizó en año 2006, una investigación que describe la ansiedad, depresión y percepción de control como variables psicológicas que intervienen en el proceso de la infección de mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. Dentro de los hallazgos más importantes se encuentra que es considerable el número de participantes: (23.4%) presentó altos niveles de ansiedad. Algunos presentaron altos niveles de depresión (10.63%) y un menor número (6.38%) se encontró con bajos niveles de percepción de control. Se confirmó que la percepción de control es un predictor de salud mental y física; y se plantea su importancia en factores como generación de conductas de autocuidado, sensación de autoeficacia, entre otros. ⁽⁴⁾

En el informe de la Secretaria de Noviembre del año 2008, la Organización Mundial de la Salud se determinó que El VIH/SIDA es una importante causa de defunción y discapacidad, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. El ONUSIDA estima que en 2007 vivían con el VIH 33 millones de personas. La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y SIDA, e interfieren con su tratamiento, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH.

El VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica. Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida,

los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o amigos. La infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza.

Además de las consecuencias psicológicas, la infección por VIH tiene efectos directos en el sistema nervioso central provocan complicaciones neuropsiquiátricas, incluida encefalopatía por VIH, depresión, manía, trastorno cognitivo y demencia franca, a menudo combinadas. ⁽⁸⁾

El conocimiento en el momento actual de la epidemiología del SIDA, ha obligado a la reconsideración de los programas de salud mental y de atención a las drogadependencias para así disminuir los riesgos de la transmisión, mejorando la salud en general de los consumidores de drogas. ⁽⁹⁾

En el año 2004 la revista Medica Dominicana presentó un estudio acerca de la prevalencia de depresión en mujeres con VIH (+) en el hospital de la mujer dominicana, que concluyó que en las personas diagnosticadas con VIH la depresión produce profundos efectos. Al recibir el diagnostico de seroconversión aumenta el riesgo de desarrollar depresión mayor, trastorno de ansiedad y trastorno de deseo sexual. Sin embargo en estas personas existen indicaciones de que ciertos tipos pueden predecir un declive más rápido de los linfocitos CD4, los datos se analizaron por medio de el test de Zung. ⁽¹⁰⁾

La depresión tiene un papel trascendente, pues se relaciona con una menor calidad de vida, falta de apego al tratamiento y una mayor mortalidad. Su prevalencia varía de 21% a 97%. Tomando en cuenta las repercusiones que la depresión trae consigo, para el 2010 se decidió estudiar la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el hospital general del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se identificó un 10.63% de los pacientes con ansiedad generalizada, 18.13% se encontró con depresión moderada y 0.63% con depresión severa. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y los esquemas de

tratamiento antirretroviral. Y con base en el cuestionario clínico de síndrome depresivo, 18.76% de los pacientes tuvo calificaciones compatibles con depresión. ⁽¹¹⁾

2.5 Depresión y embarazo

En un estudio publicado por la Revista de Perinatología y Reproducción Humana de las mujeres mexicanas embarazadas, se consideró importante aplicar la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), como parte de los procedimientos habituales en el control prenatal, con el objetivo de identificar tempranamente a las mujeres en riesgo y hacer las indicaciones pertinentes para su atención y tratamiento, ya que de las pacientes estudiadas se encontró un 21.7% que estaban experimentando con un probable episodio depresivo. ⁽¹²⁾

Un estudio realizado en Rio de Janeiro determinó que la etapa de la maternidad se reportó como la más difícil y como una fuente importante de tensión. ⁽¹³⁾

La tendencia de la depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada, en las embarazadas atendidas en el instituto nacional materno perinatal de lima Perú; concluyendo que debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos. ⁽¹⁴⁾

El embarazo representa un cambio de vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella. ⁽¹⁵⁾

En lo que respecta a la recurrencia de la depresión durante el embarazo, los resultados apoyan los modelos extendidos psicosociales de la depresión, con un énfasis en un contexto más amplio dentro del cual se produce la depresión. Los resultados también tienen implicaciones para la comprensión de la depresión subclínica durante el embarazo, ya que se asocia con problemas en el funcionamiento, similar en la severidad y amplitud de los episodios de depresión mayor. ⁽¹⁶⁾

Una evaluación clínica más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo, permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente. Dadas las propias características del embarazo, puede considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer en cuanto que esta requiere adaptarse a la nueva situación, lo que puede provocar una manifestación aguda, con disminuciones de las funciones lógicas y restrictivas, que actúa sobre el yo y que es egodistónica, sin impacto en la estructura de la personalidad, por lo que se supone entonces una inhibición o malestar psicológico. Este último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, e incomodidad subjetiva, los que no pueden agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos.

Por otra parte, la influencia de factores psicosociales, tales como socioeconómicos (empleo, pobreza y trabajo domestico), fisiológicos (enfermedades físicas crónicas) y psicológicas (eventos de vida y aislamiento social), nivel socioeconómico, presencia de estrés por conflictos de pareja (eventos de la vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo o enfermedades), apoyo social (de pareja y familia) no favorecen la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causan conflicto al incumplir las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas.

Entre las manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo, como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud, traducido en varias quejas somáticas. Asimismo, hay sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal.

Estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo resolución del embarazo, de ahí que se les considere un malestar psicológico; sin embargo en ocasiones se requiere la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina conflictos internos, externos o ambos. ⁽⁹⁾

La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto, por ejemplo, suele asociarse con una elevación del nivel sérico de cortisol, alteraciones

en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas; asimismo, se sabe que la presencia de estos efectos indeseables están asociados con una mayor frecuencia de prematuridad, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal. ⁽¹⁶⁾

La depresión perinatal se expresa en la relación madre-infante, ya que esta es fundamental en los primeros años de vida de cualquier persona; cuando existe una buena respuesta de la madre a las necesidades de acercamiento del hijo, esto le proporciona protección y por ende, seguridad, con lo que se conforma una relación emocionalmente saludable. ⁽¹⁷⁾

2.6 Alteraciones psicológicas durante el embarazo

En un estudio realizado sobre el trastorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes, se concluyó que las vulnerabilidades acumuladas tanto sociales (pobreza, menor nivel de escolaridad, sin pareja) con psiquiátricas (trastorno de personalidad), intervienen en la infección por VIH. Donde el grupo que tenían infección por VIH manifestó mayor número de síntomas de depresión, y se identificó un trastorno límite de la personalidad constituye un potencial de riesgo 45 veces mayor de adquirir la infección por VIH, con un potencial de riesgo de 17 veces más alto para el grupo de VIH. ⁽¹⁸⁾

Algunos estudiosos señalan que la depresión afecta a las mujeres dos veces más que a los hombres. Tiene muchas causas, entre ellas desequilibrios químicos en el cerebro, estrés importante, tristeza, antecedentes familiares, conflictos psicológicos o cualquier combinación de factores. La morbilidad psicológica y en especial la depresión y ansiedad que surgen en el periodo prenatal, son más comunes en el periodo postnatal. La valoración psicosocial de todas las mujeres embarazadas es una parte integral del cuidado prenatal adecuado, ya que con frecuencia la depresión experimentada por estas permanece sin identificarse. La falta de manejo apropiado de la depresión puede resultar en una sustancial carga física, social y económica para la paciente, su familia y el sistema de salud.

Los hallazgos sugieren que los trastornos depresivos y ansiosos antenatales se asocian con la amplificación de los síntomas físicos del embarazo. Además, otros resultados plantean que el estrés crónico durante la gestación, puede ser reflejo de

disposiciones subyacentes que contribuyen a resultados adversos durante el nacimiento. Los antecedentes de depresión, salud general deficiente, uso excesivo de alcohol y tabaco, soltería, desempleo y bajo nivel educativo fueron factores que se asociaron significativamente durante el embarazo.⁽¹⁵⁾

El embarazo constituye un episodio esperado dentro de la vida de la mujer, el cual debe suceder dentro de un marco de completo bienestar, sin embargo múltiples factores externos influyen en él, evidenciando que cada trimestre se presentan cambios psicológicos y comportamentales específicos, que aumentan la susceptibilidad de presentar episodios depresivos, haciendo que el episodio depresivo varíe en cada trimestre. Se entiende por episodio depresivo mayor, a aquel episodio que cumpla cinco o más síntomas de los nueve estipulados por el DSM IV, durante el periodo de dos semanas, que representan un malestar clínicamente significativo a nivel laboral, social o personal. Una revisión sistemática publicada en 2004 mostró que la prevalencia de la depresión en el embarazo es del 7% en el primer trimestre, en el cual prima la incertidumbre y la adaptación a los cambios fisiológicos de la gestación y al nuevo rol de madre; 12.8% en el segundo trimestre donde se realiza la internalización del feto y estructuración del vínculo emocional madre-hijo y del 12% en el tercer trimestre, caracterizado por la concentración de afectos, intereses y emociones en el niño y temores sobre el momento del parto.

Existe evidencia que muestra una continuidad del trastorno depresivo mayor del embarazo hacia el postparto, sobre todo si el embarazo es de alto riesgo. Los embarazos de alto riesgo constituyen el 20% del total de embarazos y son responsables del 70-80% de la morbilidad perinatal. Desde el punto de vista psicológico, el embarazo de alto riesgo se define como cualquier embarazo en el cual un factor materno o fetal causa efectos adversos durante la gestación a nivel emocional; el grado de estrés que debe afrontar la madre al momento del diagnóstico, depende de la naturaleza del riesgo, la forma del tratamiento, la percepción de la mujer al peligro de muerte de su hijo hace que el efecto disruptivo del embarazo de alto riesgo se extienda más allá del período gestacional.⁽¹⁹⁾

Los índices de depresión durante el embarazo son incluso más altos de los que se creía. Algunos autores estiman que la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas es de 7.4% durante el primer trimestre de gestación, de 12.8% en el segundo y de 12% en el tercero.⁽¹⁵⁾

Entre los factores de riesgo que se describen para la depresión prenatal son:

- Antecedente personal o familiar de depresión.
- Corta edad, por la interrupción del crecimiento personal, como falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas del rol.
- Evento vital estresante reciente, en los últimos meses, ya sea negativo o positivo.
- Conflicto conyugal.
- Ambivalencia o rechazo frente al embarazo.
- Falta de apoyo del conyugue o familiar.
- Mayor número de hijos. ⁽²⁰⁾

2.7 Depresión clínica y VIH

La depresión es un trastorno frecuente distribuido en todo el mundo. El fondo de población de las naciones unidas, en el documento titulado como aspectos de la salud sexual y reproductiva relacionados con la salud mental, determina que hasta un 40% de las personas infectadas con VIH padecen depresión. ⁽²¹⁾

Los estudios poblacionales demuestran un predominio de 15 días de síntomas depresivos de 10.8% para hombres y de 20.8% para las mujeres de Estados Unidos. En Latinoamérica un estudio de prevalencia de síntomas depresivos en la población general en tres grandes ciudades de Brasil, encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1.9 y 5.9 para hombres y 3.8 a 14.5 en mujeres.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos. ⁽²²⁾

Una depresión clínica puede agotar los recursos fisiológicos y psicológicos de las personas con la enfermedad del VIH, que sufren ya el reto de una enfermedad que amenaza su vida y la carga de su tratamiento. La depresión puede ocurrir como una enfermedad crónica comórbida que precede a la infección por VIH, o como síntomas depresivos que pueden aparecer en cualquier momento del curso de la enfermedad. Con frecuencia los profesionales de la salud asumen que la depresión es una reacción normal a la infección, al progreso de la enfermedad o al estigma asociado a la misma. En consecuencia, la gravedad de la depresión puede pasar por alto ante las múltiples demandas de una enfermedad como la infección por VIH. Aún sin reconocerse ni tratarse, la depresión causa importante sufrimiento y deterioro funcional, y afecta negativamente la calidad de vida.

Tasas de tendencia a la depresión en comunidades de riesgo de VIH, como los homosexuales o los consumidores de drogas intravenosas, pueden resultar en conductas sexuales no seguras, en comportamiento no seguro en el uso de las jeringuillas lo cual aumenta el riesgo de la transmisión de VIH. Estudios recientes han descrito el papel que juega la depresión en la progresión de la enfermedad por VIH.

Las tasas de prevalencia de depresión en personas con infección por VIH se han estimado entre 5% y 10% versus 2.3% en los varones y 4.5% en las mujeres, en los países industrializados de occidente. En los pacientes hospitalizados con la enfermedad del VIH, la tasa de prevalencia de depresión puede aumentar hasta el 40%. Entre los varones homosexuales seropositivos al VIH, la tasa de depresión probablemente se sitúa entre 10% y 25%, según los resultados obtenidos de estudios longitudinales.

Entre las personas que han recibido el diagnóstico, es común que aparezca fatiga, trastornos del sueño, cambios en el apetito y estado de ánimo deprimido. La presencia de estos síntomas hace que sea más difícil diagnosticar la depresión. Entre los sujetos infectados por VIH se han descrito tasas elevadas de depresión clínica. Belkin y col. hallaron que los sujetos con VIH y depresión tenían mayor riesgo de ideas suicidas y de intentos de suicidio. Los trabajos de Ostrow y col. han indicado que los síntomas físicos relacionados con el VIH son importantes predictores de la depresión, incluso más que la fase de la enfermedad por VIH. Ante

estos datos, es crítico disponer de una herramienta adecuada para la evaluación de la depresión en aquellas personas diagnosticadas con VIH.

La depresión puede ser una respuesta normal o más gravemente, un estado de enfermedad en una persona que se encara a factores de estrés psicosocial o relacionados con la enfermedad. Muchos factores pueden ayudar a distinguir la depresión como respuesta normal del estado depresivo patológico. Dichos factores incluyen la duración y gravedad de los síntomas.

En las personas diagnosticadas de VIH, la depresión produce profundos efectos. Al recibir el diagnóstico de seroconversión VIH aumenta el riesgo de desarrollar depresión mayor, trastornos de ansiedad y del deseo sexual. Sin embargo, en estas personas diagnosticadas con VIH existen indicaciones de que ciertos tipos de depresión pueden predecir un declive más rápido del recuento de linfocitos CD4. Otros investigadores han sugerido una fuerte conexión entre la frecuencia de los síntomas físicos y los depresivos.

Estos hallazgos indican que en las personas con VIH, la depresión es una condición comórbida potencialmente peligrosa que probablemente puede acelerar el curso de la enfermedad de VIH. Se requiere una intervención a este nivel. Es útil examinar la depresión en VIH utilizando el marco de los cambios biológicos que se evidencian en la enfermedad depresiva. Son críticos los ritmos circadianos -especialmente los patrones de sueño y vigilia -, regulación de la temperatura corporal y cambios concurrentes de la función neuroquímica del sistema nervioso central, que median la regulación del humor y los estados de energía y fatiga. Ciertamente, la regulación neuroquímica es fundamental para todas las dimensiones del funcionamiento fisiológico y está sujeta a los propios subconjuntos de ritmo biológicos. Por ejemplo, la neuroquímica implicada en la alerta y los estados de vigilia no es necesariamente la misma implicada en el sueño. ⁽²³⁾

La relación existente entre la psicopatología (trastornos mentales: psiquiátricos y/o de la personalidad) y las ITS/VIH-SIDA se ha estudiado desde cuatro líneas de investigación: la primera línea evalúa la ocurrencia de trastornos de la personalidad previos a la infección por VIH; la segunda línea considera no solo la psicopatología previa, sino también los eventos estresantes actuales y/o la amplia variedad de estados de ánimo transitorios como el miedo, la fatiga y la depresión; la tercera

estudia las reacciones emocionales frente al diagnóstico y evolución de la enfermedad; finalmente, la cuarta línea pretende establecer la prevalencia del SIDA en pacientes psiquiátricos. ⁽²⁴⁾

2.8 Depresión

La depresión comprende una constelación de trastornos del estado de ánimo cuyas dimensiones conceptuales y psicobiológicas se han descrito con mayor precisión y se han comprendido mejor en los últimos 20 años. Los abordajes duales o fragmentados para comprender a las personas reflejan un entrenamiento clínico y una conceptualización cultural occidental sobre cómo funciona el ser humano. Tradicionalmente, las perspectivas científicas reducían a la persona en partes, con el propósito de aprender. Aunque se han comprendido las partes, se ha fracasado en la reintegración conceptual de los componentes para facilitar la comprensión de la globalidad. Esto es particularmente cierto en el estudio y en los abordajes clínicos de, lo que tradicionalmente se ha referido como las enfermedades mentales.

Dado que el cuerpo funciona como un sistema dentro de un entorno, es razonable que si un elemento del sistema sufre un cambio, este cambio se evidenciará a lo largo de todo el sistema. Dado que la depresión y las alteraciones de los ritmos son experiencias inseparables, hay algunos ritmos impactan más significativamente la experiencia del sujeto. Dichos ritmos incluyen el dormir, la temperatura, y la secreción hormonal bioaminérgica

2.9 Depresión en Personas con Infección por VIH o SIDA

Hay muchas razones para esperar que las capacidades individuales de afrontamiento se distorsionan ante la presencia de la infección por VIH. El modelo de diátesis del estrés, ha sido utilizado originalmente para explicar la conexión entre los estresores y la emergencia de síntomas en las personas diagnosticadas de enfermedades psiquiátricas. Dicho modelo asume que cada individuo tiene una vulnerabilidad o diátesis, y en presencia de un estresor lo suficientemente intenso, emergen los síntomas. Para la persona infectada por VIH, existen numerosos y

multifacéticos estresores: recibir el diagnóstico de seroconversión, las adaptaciones de estilo de vida para maximizar el bienestar, el dolor y la adaptación a las potenciales pérdidas físicas.

Dada la gravedad de los estresores que sufren las personas con infección por VIH, es razonable que surja sintomatología. El centro de los síntomas puede situarse en el dominio del estado de ánimo y puede manifestarse como depresión. Alternativamente, la depresión puede estar relacionada con lesiones subyacentes del tejido neurológico o con complicaciones de la infección por VIH.

Si una condición alternativa genera alteraciones en las partes cerebrales responsables de la regulación emocional, entonces es razonable esperar que ocurran alteraciones conductuales, relacionadas con la ruptura de los substratos fisiológicos.

2.10 Depresión y Sistema Inmunológico

El nuevo campo de la psiconeuroinmunología se basa en la convicción de que el cerebro y el sistema inmunológico son interactivos y que el estrés puede conducir a la inmunodepresión y a una mayor susceptibilidad a las infecciones. ⁽²³⁾

2.11 Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung

La escala de autoevaluación de Zung fue diseñada por W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. Esta es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra el paciente. Hay veinte asuntos en la escala que indican las cuatro características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez de forma negativa. Cada una se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

25-49 rango normal

50-59 ligeramente deprimido

60-69 moderadamente deprimido

70 o más severamente deprimido ⁽²⁵⁾

2.12 Medición de la depresión

La escala autoaplicada de depresión de Zung (Self-Rating depresión scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático –conductual del trastorno depresivo. Puede descubrir y medir las llamadas “depresiones ocultas”. ⁽²⁶⁾

Consta de 20 frases relacionadas con distintos síntomas depresivos, con una escala del 1 al 4 que hacen referencia en la presencia del síntoma, formuladas la mitad, en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Las preguntas 1 y 3 miden la esfera afectiva. La 2, 4 y 10 miden trastornos fisiológicos consecuencia de la depresión, la 12 y 13 miden trastornos psicomotores y las preguntas 11, 14, a la 20 miden trastornos psicológicos.

Su validez concurrente es $r=0.87$ con el inventario heteroaplicado para la depresión como criterio externo. Su validez es aceptable. Su capacidad predictiva es con punto de corte > 50 sujetos; su sensibilidad es de 0.85 y su especificidad es de 0.64 a 0.75. ⁽²⁷⁾

2.13 Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0.70-0.80) en la fiabilidad dos mitades, índice de Cronbach entre 0.79 y 0.92.

2.14 Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 (3, 6, 18, 20). Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva y es sensible a los cambios en el sentido clínico (3, 21). La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia. ⁽²⁸⁾

III OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de Síndrome Depresivo en mujeres embarazadas con VIH/SIDA en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Establecer la asociación entre la sintomatología más frecuente que presentan las pacientes, basados en el Test de Zung.
- 3.2.2 Caracterizar el síndrome depresivo en las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH según el Test de Zung.
- 3.2.3 Determinar los grados de depresión que padecen las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH basados en el Test de Zung.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio Descriptivo transversal.

4.2 Sujeto de estudio

Mujeres embarazadas que consultan y que tienen prueba diagnóstica positiva para VIH.

4.3 Población y Muestra

4.3.1 Población

Mujeres Embarazadas atendidas en el Hospital Roosevelt de enero 2012 a diciembre 2012.

4.3.2 Muestra

Se tomó la totalidad de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

4.4 SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

4.4.1 Criterios de Inclusión

Mujeres embarazadas que consultaron al Hospital Roosevelt con diagnóstico confirmado de infección por VIH en el periodo de enero 2012 a diciembre 2012.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que no quisieron participar en el estudio.
- Pacientes que no estaban en pleno uso de sus facultades mentales
- Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Pacientes que no consultaron durante el periodo de enero 2012 a diciembre 2012

4.5 Definición y Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA
Síndrome Depresivo en mujeres VIH positivo durante el embarazo según test de Zung	Serie de Trastornos psicológicos y psicosomáticos que experimentan muchas mujeres a consecuencia del embarazo y el diagnóstico de VIH que comprenden desordenes de personalidad , reacciones de ajuste a situaciones transitorias, reacciones de ansiedad , deprimidos neuróticos y deprimidos psicóticos	Diagnóstico mediante la escala autoaplicada de Depresión de Zung (self-rating DepressionScale, SDS), que expresará el tipo de desorden según el resultado obtenido en una escala de 20 a 80 puntos.	Cualitativo	Nominal	Controles normales Desordenes de la personalidad Reacciones de ajuste a situaciones transitorias Reacciones de ansiedad Deprimidos neuróticos Deprimidos psicóticos

Grado de Depresión según la escala de auto medición de la depresión EMAD del test de Zung	Conversión de la puntuación básica del Test de Zung al Índice de Escala de auto-medición de la depresión (EAMD)	Valoración cuantitativa de los tres niveles depresivos que se pueden hallar	Cualitativo	Nominal	Reacción de ansiedad Deprimidos neuróticos Deprimidos Psicóticos (Ver Anexo IV)
Cuadro sintomatológico	Encontrar el fenómeno somático/psicológico percibido por la paciente que revele su trastorno depresivo	Respuestas dadas al test de Zung para el diagnóstico de depresión	Cualitativo	Nominal	Ansiedad Tristeza Frustración Enojo Apreensión
Paciente VIH positivo embarazada	Estado de la mujer gestante, que inicia desde la fecundación hasta el trabajo de parto; infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	Mujer gestante con prueba rápida de inmunocromatografía positiva para anticuerpos anti-VIH	cualitativa	Nominal	Positivo Negativo
Edad	Tiempo de existencia de alguna persona desde su nacimiento a la actualidad.	Fecha identificada en la cédula de vecindad a partir de su nacimiento al presente.	cuantitativo	Razón	Años

prevalencia	Casos nuevos encontrados en la población a estudio	Casos de depresión en pacientes VIH positivo embarazadas encontrados dividido entre el total de pacientes por mil	Cuantitativo	Razón	<p>Casos de depresión en pacientes VIH positivo embarazadas</p> <p>-</p> <hr/> <p>*1000</p> <p>Total de pacientes atendidos con VIH durante el periodo</p>
-------------	--	---	--------------	-------	--

4.6 Técnicas, Procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos:

4.6.1 Definición de Técnica:

La técnica utilizada para la recolección de datos, fue por medio de una boleta de recolección de datos que recolectó los datos desde Enero a Diciembre del año 2012. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento técnico, identificando cada boleta con un número correlativo que correspondió a la paciente así como también se identificó el número de registro clínico, la edad de la paciente, religión estado civil, y la paridad, que también contiene el Test para la depresión de Zung (self-rating Depression Scale, SDS). El resultado fue analizado tabulando los datos de las respuestas obtenidas a los ítems del Test de Zung, y luego se ubicaron dentro de los rangos ya establecidos para su clasificación, y se presentó por medio de gráficas y porcentajes.

4.6.2. Características de la técnica

La concentración de la información y la conservación de ésta fue por medio de la boleta de recolección de datos realizada, se aplicó la ciencia técnica de la estadística para cuantificar, medir y correlacionar los datos.

4.6.3. Técnicas de recolección de información

La recolección de datos de la presente investigación se realizó por medio de un cuestionario sobre los datos de las variables de estudio. A las pacientes analfabetas se les leyó las preguntas.

4.6.4. Procedimientos

Los datos se obtuvieron por medio de una entrevista dirigida a las mujeres incluidas en el estudio. Estos datos se analizaron de manera anónima y solo el estudiante que realizó la presente tesis tuvo acceso a esta información; para así poder asegurar la validez y confiabilidad del estudio.

4.6.5. Instrumentos

Se utilizó una boleta de recolección de datos con el Test de Zung que recaudó los datos de las variables a estudio.

4.7. Aspectos éticos de la Investigación

El estudio como Categoría I o sin riesgo, ya que es un estudio en el que no se realiza ninguna intervención en las variables que participan en dicho estudio.

En el presente estudio la metodología utilizada se basa en la evaluación de la información obtenida a partir de una entrevista dirigida, recopilada en boletas de recolección de datos. Siendo analizado de forma anónima. Se implementó el principio ético de justicia al obtener los resultados de la investigación.

4.8. Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

Como método de recolección de datos se utilizó un instrumento de recolección de datos, identificando cada boleta con un número correlativo y el registro clínico que correspondía a cada paciente. Se identificó su edad y la edad gestacional al momento del diagnóstico, se entrevistó a las pacientes por parte del investigador o un médico residente de segundo o primer año, se le presentó el Test para la depresión de Zung, a la paciente, que consta de 20 ítems cada uno con cuatro respuestas posibles, posteriormente se cotejó la clave con las respuestas de la paciente y sumaron los números que corresponden a éstas para obtener el valor total, luego se convirtió la calificación básica a índice con la escala de auto-medición de la depresión (EAMD), y al tener el índice se procedió a valorar el resultado entre los rangos del grupo de valoración que da el diagnóstico y el nivel depresivo, luego se procedió a tabular los resultados para elaborar los cuadros y las gráficas para su presentación.

4.9. Alcances y Límites de la Investigación

4.9.1 Alcances

Los alcances son la determinación de la sintomatología depresiva y el grado de depresión, para promover el tratamiento adecuado por personal de la unidad de salud mental del Hospital Roosevelt.

4.9.2 Límites

Falta de cooperación por parte de las mujeres diagnosticadas VIH positivas durante su embarazo.

4.10. Fórmula estadística para el cálculo de la prevalencia

$$\frac{\text{CASOS DE DEPRESION}}{\text{TOTAL DE PACIENTES}} \times 100$$

$$\frac{1 \text{ paciente con depresión neurótica}}{45 \text{ pacientes encuestadas}} \times 100$$

$$\text{prevalencia del síndrome depresivo en pacientes VIH durante el embarazo} = 0.02222222 \times 100$$

$$\text{prevalencia del síndrome depresivo en pacientes VIH durante el embarazo} = 2.22\%$$

V. RESULTADOS

En Guatemala no se tenían documentados datos acerca del síndrome depresivo en pacientes diagnosticadas con Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH durante el embarazo, con este trabajo se están dando los primeros pasos para recabar esta información, y con ello lograr identificar pacientes en riesgo y desarrollar un sistema de atención psicológica para estas pacientes darles seguimiento y lograr un mejor apego al tratamiento y un adecuado control prenatal. Este estudio fue pionero en este campo pues al utilizar metodología descriptiva mediante la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (escala que midió las llamadas “Depresiones Ocultas”), se logró cumplir con los objetivos estipulados, por tanto que: 1) Identificó la prevalencia del síndrome depresivo en las mujeres embarazadas con VIH/SIDA. 2) se caracterizó el síndrome depresivo en mujeres diagnosticadas VIH embarazadas. 3) Estableció la sintomatología más común en ellas. 4) Identificó el grado de depresión que desarrollaron las pacientes. Para conseguirlo se incluyeron a todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: mujeres embarazadas que consultaron al Hospital Roosevelt con diagnóstico confirmado de infección por VIH. Durante el período comprendido entre enero de 2011 a diciembre de 2013 siendo la población total de la investigación de 45 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, dando los siguientes resultados:

Tabla No.1

Conversión de la calificación básica a índice de escala de automedición de la depresión EAMD para Síndrome depresivo en mujeres diagnosticadas con virus de inmunodeficiencia humana “VIH” durante el embarazo.

NÚMERO	CALIFICACIÓN BÁSICA	ÍNDICE EAMD
1	37	46
2	45	56
3	33	41
4	51	64
5	59	74
6	37	46
7	60	75
8	38	48
9	42	53
10	37	46
11	43	54
12	46	58
13	53	66
14	34	43
15	26	33
16	46	58
17	28	35
18	40	50
19	30	38
20	45	56
21	51	64
22	23	29
23	43	54
24	24	30
25	49	61
26	43	54
27	30	38
28	37	46
29	34	43
30	27	34
31	35	44

32	24	30
33	23	29
34	36	45
35	27	34
36	27	34
37	27	34
38	34	43
39	30	38
40	34	43
41	32	40
42	23	29
43	30	38
44	33	41
45	26	33

Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del hospital Roosevelt. Enero 2012 diciembre 2012.

Tabla No. 2

Edad con mayor frecuencia de síndrome depresivo.

EDAD	DEPRIMIDO NEUROTICO
24 años	1

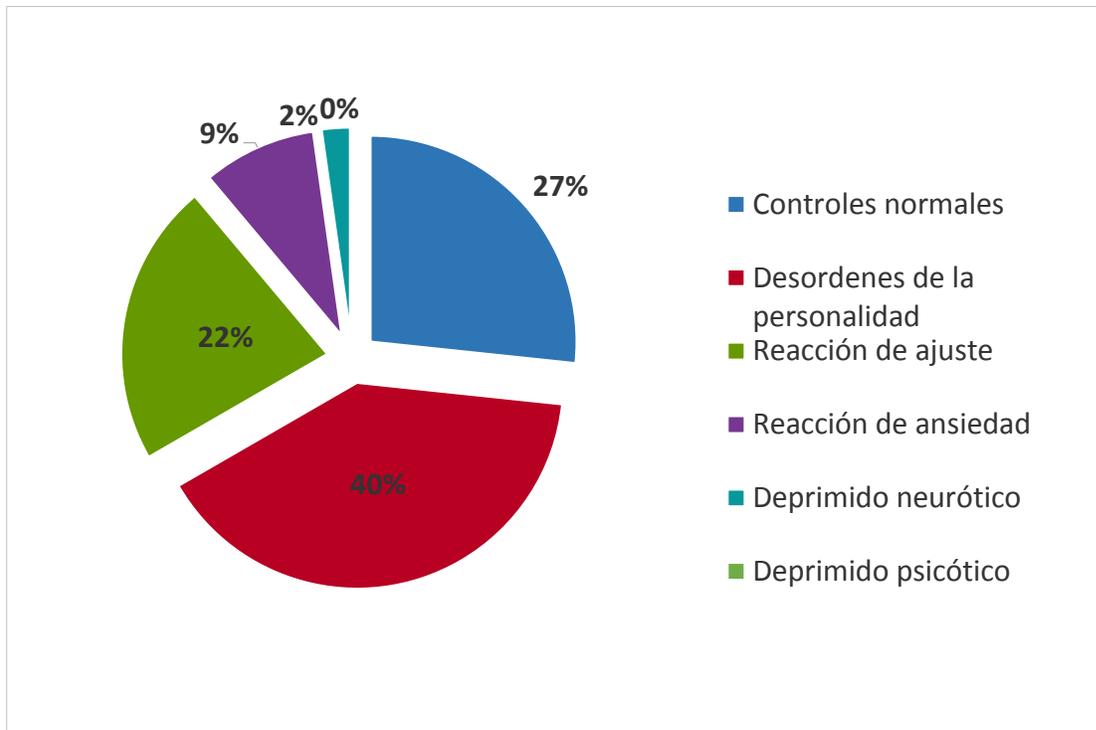
Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt. Enero 2012 diciembre 2012.

Tabla No. 3
Grados de Depresión

Estado psicológico	No. pacientes	%
Controles normales	12	26.7
Desordenes de la personalidad	18	40.0
Reacción de ajuste	10	22.2
Reacción de ansiedad	4	8.9
Deprimido neurótico	1	2.2
Deprimido psicótico	0	0.0
Total	45	100.0

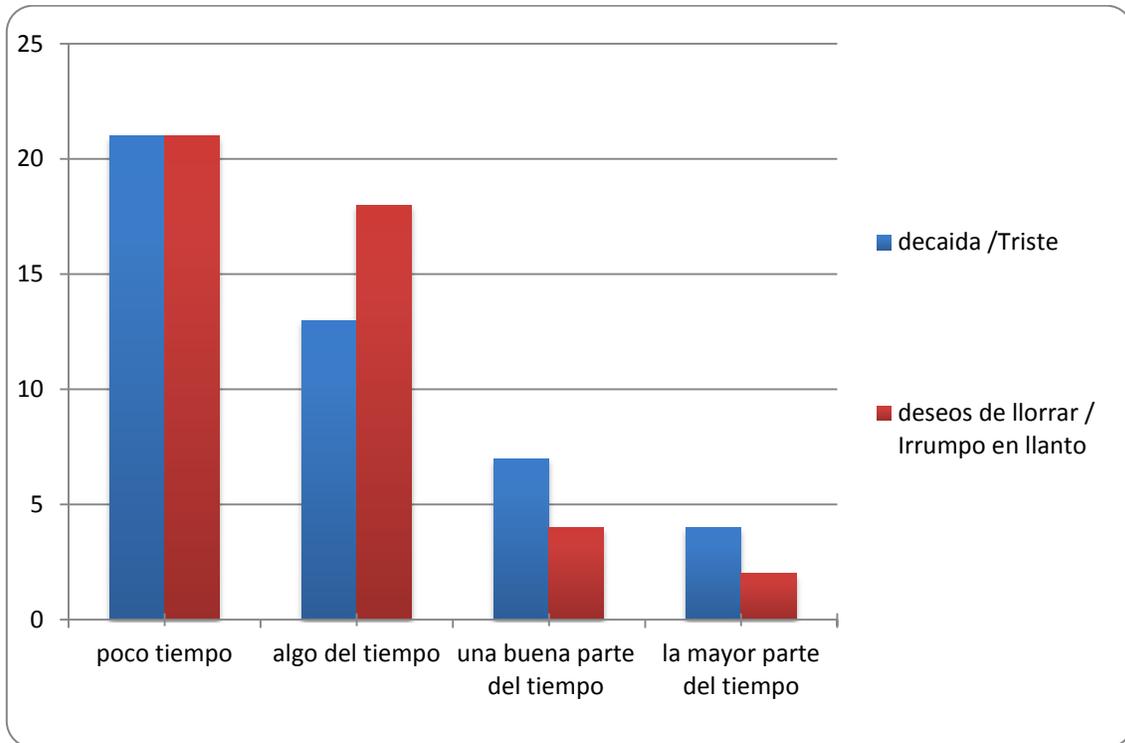
Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt.
Enero 2012 diciembre 2012.

Gráfica No. 1
GRADOS DE DEPRESIÓN



Fuente: Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt.
Enero 2012 diciembre 2012.

Gráfica No. 2
VALORACIÓN DE LA ESFERA AFECTIVA

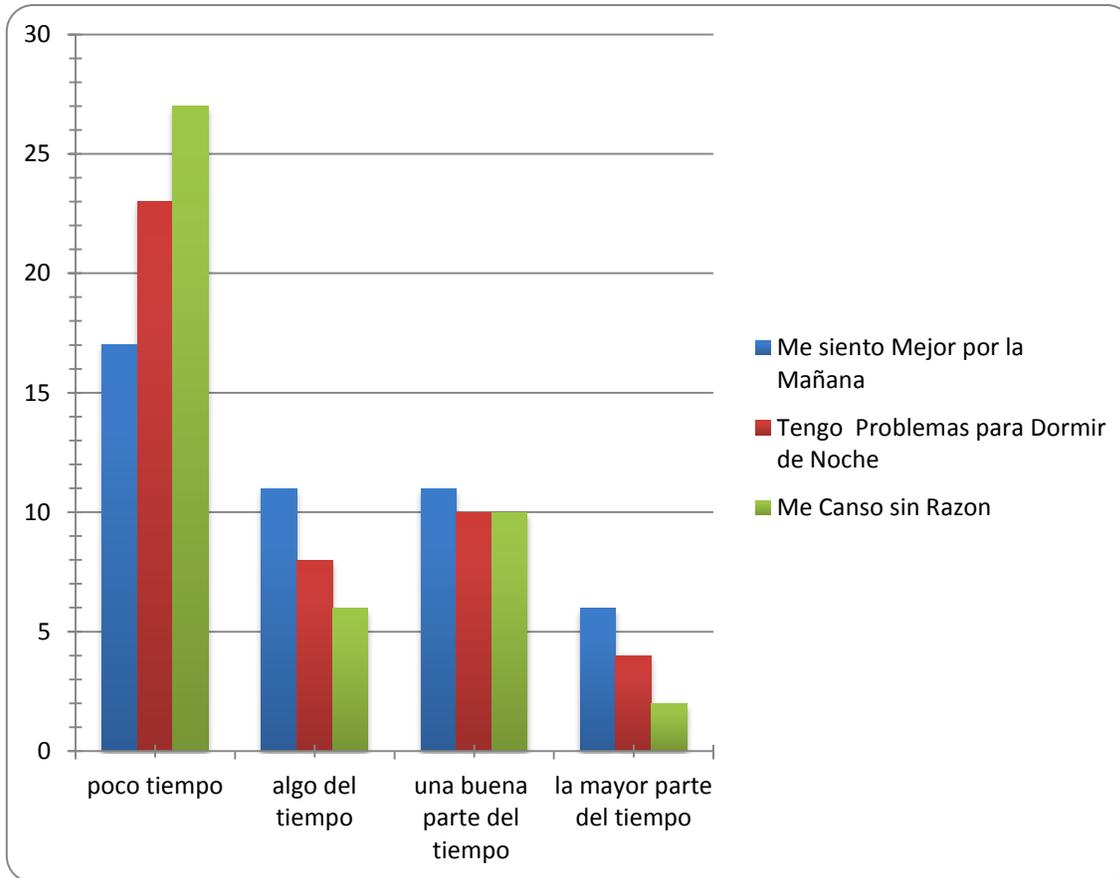


Fuente: Test de Zung Preguntas No. 1 y No.3

Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt. Enero 2012 diciembre 2012.

NOTA: Pacientes sintomáticos No porcentajes.

Gráfica No. 3
VALORACIÓN DE LA ESFERA FISIOLÓGICA

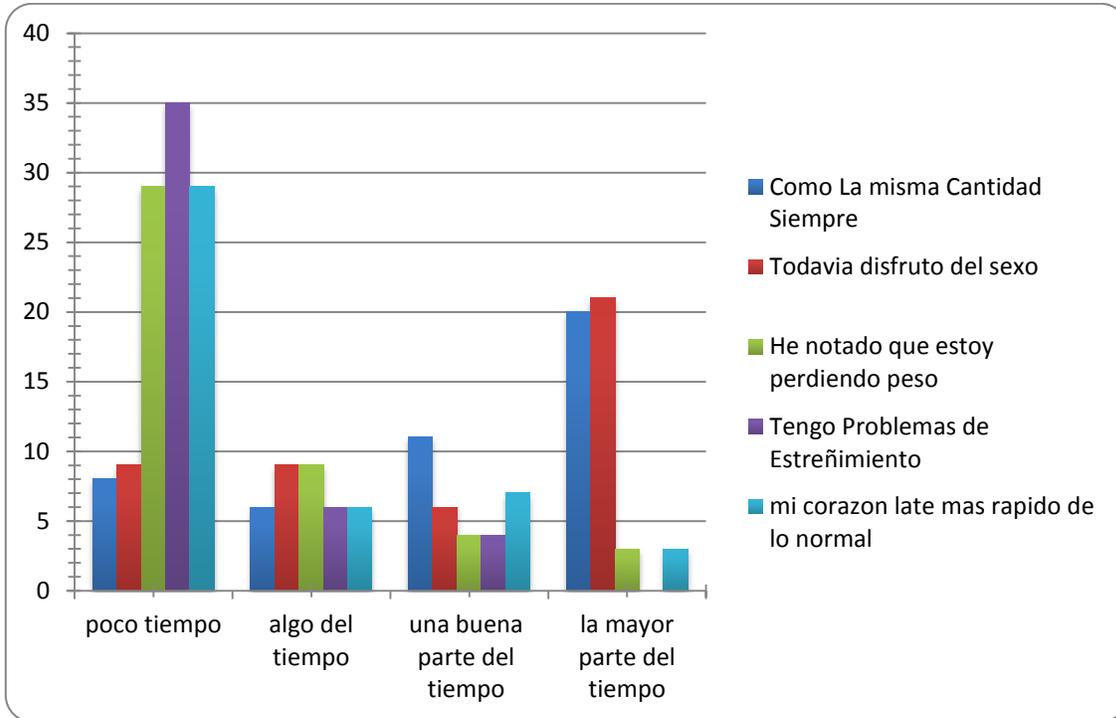


Fuente: Test de Zung Preguntas No. 2, 4,10

Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt. Enero 2012 diciembre 2012.

NOTA: Número de pacientes afectados. No son porcentajes

Gráfica No. 4
VALORACIÓN DE LA ESFERA FISIOLÓGICA
TRASTORNOS SOMÁTICOS

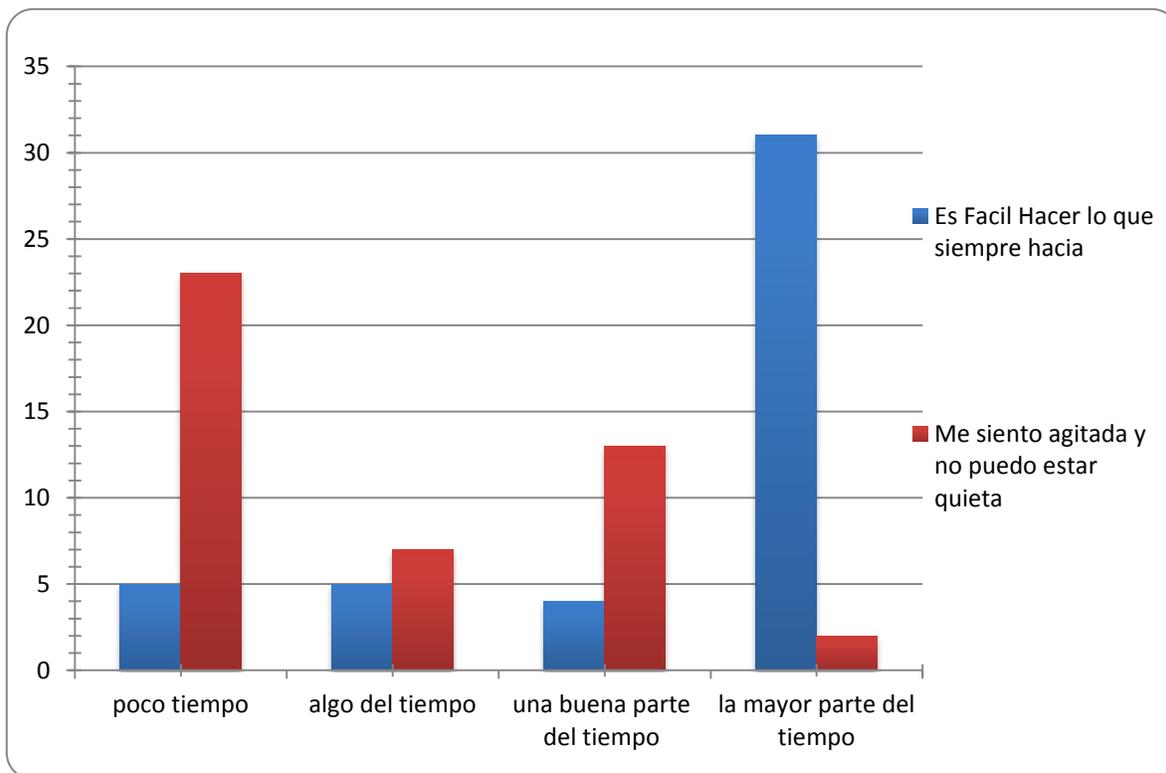


Fuente: Test de Zung Preguntas No. 5, 6, 7, 8,9.

Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt. Enero 2012 diciembre 2012.

NOTA: Número de pacientes afectados. No son porcentajes

Gráfica No. 5
VALORACIÓN DE LA ESFERA PSICOMOTORA

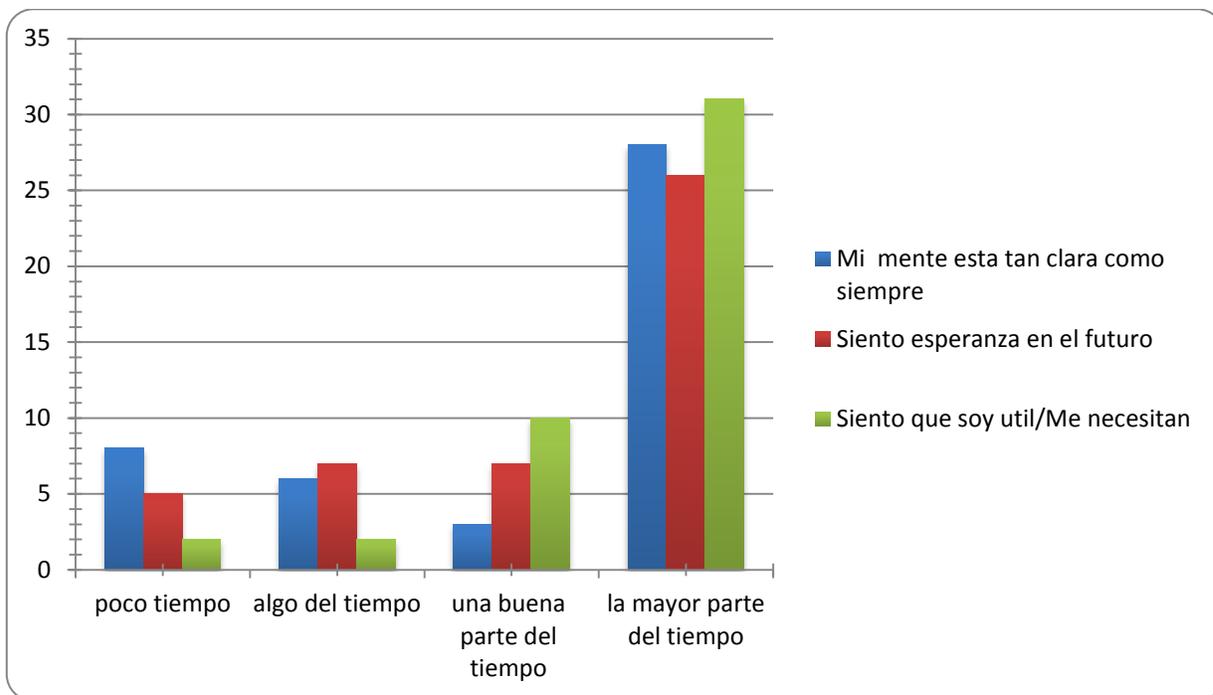


Fuente: Test de Zung Preguntas No. 12,13

Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt. Enero 2012 diciembre 2012.

NOTA: Número de pacientes afectados. No son porcentajes

Gráfica No. 6
VALORACIÓN DE LA ESFERA PSICOLÓGICA



Fuente: Test de Zung Preguntas No. 11, 14, 17.

Encuesta realizada a pacientes de la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt. Enero 2012 diciembre 2012.

NOTA: Número de pacientes afectados. No son porcentajes

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

6.1 Análisis

La población total de la investigación alcanzó los 45 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, de las cuales el 2.22% de las pacientes (1 paciente), presentó el síndrome depresivo.

Este 2.22% correspondió a deprimidos neuróticos es decir, las pacientes que perdieron su autoestima, asociado a mal humor, insomnio, sentimiento de inutilidad y sin interés en nada. Esto repercute en la vida social de la paciente (familia/trabajo), pues la literatura reporta que este tipo de depresión puede ser una causa de deserción laboral.

En ningún caso se reportó una depresión psicótica ya que esta se manifiesta cuando se tienen pensamientos o acciones auto suicidas. Seguido a este grupo se encontraron trastornos emocionales que se encasillan en un punto intermedio, es decir, no son controles normales pero tampoco presentan depresión patológica correspondiendo al 71.1 % (32pacientes) siendo estos:

a. Desordenes de la personalidad (40% pacientes):

Personas que tenían períodos poco notorios de tristeza irritabilidad, desconfianza y pesimismo.

b. Reacciones de ajuste a situaciones transitorias (22.2% pacientes):

Personas que no saben manejar adecuadamente las situaciones, ya que según el grado de frustración así será su agresión.

c. Reacciones de ansiedad (8.9%pacientes) :

Personas inseguras en sus actos, aprensivas y con mucha incertidumbre.

Quedando por mencionar los controles normales que supieron afrontar el sujeto de estrés (diagnóstico de VIH y embarazo per se) siendo 12 pacientes dando una muestra del 26.7%.

La sintomatología somática/psicológica percibida por la propia paciente que revelo su trastorno, confluyo muchas veces desde un desorden de la personalidad hasta un grado de depresión neurótica por lo cual fue necesario recurrir a test estandarizados, siendo en

la presente investigación el Test de Zung, catalogándose los síntomas más comunes en orden decreciente:

1. Irritabilidad	60% (27 pacientes)
2. Tristeza	53.33% (24 pacientes)
3. Deseos de llanto	53.33% (24pacientes)
4. Insomnio	48.88% (22 pacientes)
5. Intranquilidad	48.88% (22 pacientes)
6. Cansancio	40% (18 pacientes)
7. Pérdida de peso	35.55% (16 pacientes)
8. Pérdida de la libido	20% (9 pacientes)
9. Pérdida de apetito	17.77 % (8 pacientes)

6.2 Discusión

Esta investigación situó en un 2.22% la prevalencia de Síndrome depresivo en mujeres embarazadas con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana, esto contrasto con los datos publicados a nivel mundial tomando en cuenta que los pacientes con diagnóstico de Virus de inmunodeficiencia Humana son del 40% en general y para mujeres es del 20.8% en Latinoamérica estudios realizados reportan hasta el 14.5% que desarrollan depresión mayor y las pacientes embarazadas tienen tasas reportadas de depresión de 7% en el primer trimestre 12.8% en el segundo trimestre y 12% en el tercer trimestre, la incidencia es baja si tomamos en cuenta que el diagnóstico de VIH y el embarazo predisponen a depresión. Factores que pueden contribuir a la reducción de la incidencia son el apoyo psicológico que en la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt les brinda a las pacientes desde que se realiza el diagnostico.

Si se subclasifica radicalmente a las pacientes normales (sin ningún estado emocional alterado basado en el Test de Zung) versus pacientes anormales la prevalencia es abrumadora 26.7% (pacientes normales) y 73.3% para las segundas. Dando como resultado que a todas las pacientes que no eran controles normales 73.3% se les refería a la unidad de salud mental de la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt, para psicoterapia o terapia grupal según la reevaluación de dicha unidad.

Esto brinda la guía para orientar nuevas políticas en materia de salud para el manejo integral de la paciente diagnosticada VIH embarazada, pues el 73.3% necesita ayuda psicológica no importando el grado de depresión que desarrollen.

En general la esfera psicobiosocial más afectada fue la afectiva relación paciente con su entorno (hogar/trabajo), seguida de alteraciones en la esfera fisiológica trastornos somáticos como pérdida de peso, cansancio, pérdida de apetito e insomnio, todos ellos posteriormente lleva a desarrollar los diferentes grados de depresión.

Entre las limitantes del presente estudio, es que no se tomo en cuenta variables como la religión (muchas veces esto influye en la apreciación psicosocial de la paciente), la etnia (conocer cómo afronta cada persona el nivel de depresión de acuerdo al entorno social en que se desarrollo) , zona rural /urbana donde residía (evaluar acceso a medios de información) todo esto con el fin de también orientar la investigación hacia los factores de riesgo de la población guatemalteca para desarrollar este síndrome por lo cual también abre la puerta para investigaciones futuras.

Se espera que el presente estudio incentive a las distintas universidades del país, que cuentan con Facultades de medicina para que implementen dentro de su curriculum de estudio en grado y postgrado el síndrome depresivo en pacientes con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana debido a la alta prevalencia de trastornos depresivos demostrada. Que el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social incluya un programa para la atención de pacientes viviendo con VIH y una atención psicológica primaria con facultativos entrenados en el tema. Y que los hospitales nacionales brinden espacio para una rotación electiva hospitalaria de EPS a los egresados de la Escuela de Psicología de la USAC o alguna otra universidad con la finalidad de entrenarlos en este tema.

6.3.CONCLUSIONES

- 6.3.1.** La investigación determinó que la prevalencia del síndrome depresivo en pacientes Diagnosticadas VIH embarazadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt fue del 2.22%.
- 6.3.2.** Los síntomas másfrecuentemente manifestados en las pacientes fueron en orden decreciente: Irritabilidad, Tristeza, Deseos de llanto, Insomnio, Intranquilidad, Cansancio,Pérdida de peso, Pérdida de la libido y Pérdida de apetito.
- 6.3.3.** Según la caracterización del síndrome depresivo el grado de depresión que desarrollaron las pacientes con mayor frecuencia fue deprimidas neuróticas. no hubo casos de pacientes deprimidas psicóticas.
- 6.3.4.** Pacientes que no presentan depresión patológica, pueden llegar a desarrollar trastornos emocionales como desordenes de la personalidad, reacciones de ajuste a situaciones transitorias y reacciones de ansiedad.

6.4. RECOMENDACIONES

- 6.4.1.** A las distintas Universidades del país, que cuentan con facultades de medicina, implementar dentro del pensum de estudio de grado y post-grado el estudio de síndrome depresivo en pacientes VIH durante el embarazo, debido a la alta prevalencia de desordenes de la personalidad que se encontraron.

- 6.4.2.** Al Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, incluir una atención primaria psicológica a pacientes embarazadas viviendo con VIH, con facultativos entrenados en el tema.

- 6.4.3.** A los hospitales nacionales brindar un espacio para la rotación electiva Hospitalaria de EPS a los egresados de la escuela de Psicología de la USAC o alguna otra universidad, con la finalidad de entrenarlos en este tema.

- 6.4.4.** Aplicar el Test de Zung de rutina, a todas las pacientes que presentan diagnóstico de VIH durante el embarazo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Who case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children.[en línea] Geneva: WHO; 2007 [accesado 14 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hivstaging/en/index.html>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. La infancia y el SIDA: tercer inventario de la situación 2008. [en línea] New York: UNICEF; 2008 [accesado 17 Feb 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/CA_FSR_SP_011810.pdf
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Estadísticas de Casos VIH y VIH avanzado, enero 1984- septiembre 2010. [en línea] Guatemala: MSPAS; 2010 [accesado 10 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/userfiles/Boletin%20VIH-VIHavanzado%20enero2011.pdf>
4. Arrivillaga M, López J, Ossa A. Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. Rev Pensamiento Psicológico. 2006;2(7):55-71 [en línea] [accesado 26 mayo] Disponible en: http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/R7_Ansiedad_depresion.pdf
5. Mcenany G, Hughes A, Lee K. Depresión y VIH: Una perspectiva de Intervención sobre una compleja Relación. Revista de Toxicomanías. 1998: 15. [en línea] [accesado 26 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET15-2.pdf>
6. Murray P. Microbiología Médica. 5 ed. (s.l.). Mosby. 2006. 657-65.
7. World Health Organization. WHO Expert Consultation on New and Emerging evidence on the use of antiretroviral drugs for the prevention of mother-to-child transmission of

- HIV. Geneva. [en línea] Geneva: WHO; 2008 [accesado 17 Feb 2011]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/topics/mtct/mtct_conclusions_consult.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo. VIH/SIDA y Salud Mental. Informe de la secretaría. [en línea] Ginebra: OMS; 2008 [accesado 16 junio 2011]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf
 9. Sanchez A. El sida también un problema de salud mental. RevAsocEspNeuropsiq. 1992;12(42): 1-7 [en línea] [accesado 22 junio 2011] Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1992/revista-42/08-el-sida-tambien-un-problema-de-salud-mental.pdf>
 10. Johnson R, Gómez F, Méndez E, Díaz G, Corcino M, Tejeda R. Prevalencia de depresión en mujeres con VIH (+) en el hospital de la mujer dominicana. RevMed Dom. 2004;65(2): 1-3 [en línea] [accesado 12 mayo 2011] Disponible en: <http://bvsdo.intec.edu.do/revistas/rmd/2004/65/02/RMD-2004-65-02-176-178.pdf>
 11. Galindo J, Ortega M. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el hospital general de Zona #11 del instituto mexicano del seguro social (IMSS). EnfInfMicrobiol. 2010;30(4):129-133. [en línea] [accesado 11 junio 2011] Disponible en: http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30_4/prevalencia_depresion.pdf
 12. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. PerinatolReprodHum. 2001;15(1):11-20. [en línea] [accesado 10 mayo 2011]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=21765&IDPUBLICACION=2215&IDREVISTA=76>
 13. Lara M, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. Cad. Saudepublica, rio de janeiro 2004;20(3):818-828. [en línea] [accesado 4 julio 2011] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n3/19.pdf>
 14. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresion mayor en embarazadas atendidas en el instituto nacional materno perinatal de lima, Perú. RevPanam Salud Publica 2009;26(4): 1-5 [en línea] [accesado 7 marzo 2011] Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1256566489.pdf>

15. Gómez M, Aldana E. Alteraciones Psicológicas en la Mujer con Embarazo de Alto Riesgo: Psicología y Salud. Xalapa (México) 2007;17(1):53-61 [en línea] [accesado 26 marzo 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117106.pdf>
16. Goodman S, Tully E. Recurrencia de la depresión durante el embarazo: correlatos del funcionamiento psicosocial y personal. 2009;26(6):557-567 [en línea] [accesado 5 febrero 2011] disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/43475/>
17. Chavez M, Gonzales I. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. ISSN;2008:4(1) [en línea] [accesado 17 junio 2011] Disponible en: http://www.usta.edu.co/otras_paq/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_7/vol.4no.1/articulo_8.pdf
18. Gonzáles I, Dominguez Y, Perez M, Lartigue. Trastorno limite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes. PerinatolReprodHum. 2004;18:103-118 [en línea] [accesado 11 junio 2011] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018753372004000200004&script=sci_arttext
19. Beltran A, Archila D, Cuadros C. Depresión en Embarazo en una paciente con múltiples comorbilidades. Med. Vis. 2008;21:201-10 [en línea][accesado 22 junio 2011]Disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/MedicasUIS/2008/vol21/no3/9.pdf>
20. Rondon M. Trastornos Depresivos del Embarazo y el Puerperio. Acta Medica peruana 2005; 22:1 [en línea] [accesado 3 marzo 2011] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2005_n1/pdf/a03.pdf
21. UNFPA. Aspectos de la salud sexual y reproductiva relacionados con la salud mental. [en línea] Ginebra;UNFPA:2006 [accesado 2 mayo 2011] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>

22. Chile. Ministerio de Salud. Tratamiento de personas con depresión. [en línea] Chile: MS;2006: 26 -30 [accesado 20 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>
23. Mcenany G, Hughes A, Lee K. Depresión y VIH: Una perspectiva de Intervención sobre una compleja Relación. Revista de Toxicomanías. 1998: 15. [en línea] [accesado 26 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET15-2.pdf>
24. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de Malestar Emocional y Depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. PerinatolReprodHum. 2004;18(2):73-90 [en línea] [accesado 10 mayo 2011] Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4299.pdf>
25. Zung W. A self-rating depression sacale. Archives of general psychiatry 1965;12:63-70 [en línea] [accesado 12 junio 2011] Disponible en: http://www.mentalhealthministries.net/links_resources/flyers/zung_scale_sp.pdf
26. Garcia J Tratamiento psicológico de la depresión. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson S.A. 2000; 271
27. Conde, V. Y et al "Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de zung. Archneurobiol 1970; 33: 281-303
28. Matud, M.P. y et. Al. Factores de personalidad y sociodemograficos en la depresión de las mujeres, psicología conductual. Revista internacional de psicología clínica y de la salud. Universidad de la Laguna. España . [en línea] [accesado 25 julio 2011] disponible en <http://www.psicologiaconductual.Com/web/inde.asp?lang=ESP>].

VIII. ANEXOS

Anexo 1.

Instrumento de recolección de datos “Síndrome depresivo en mujeres diagnosticadas con virus de inmunodeficiencia humana VIH durante el embarazo”.

Fecha: _____ Estado Civil: _____ Etnia: _____

Registro Clínico: _____

Edad Gestacional al momento del diagnóstico de VIH: _____

Edad: _____ Religión: _____ G: P: AB:

Paciente No. _____ Escolaridad: primaria _____ secundaria _____

Superior _____ ninguno _____

Por favor marque (X) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin ninguna razón.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				

12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Calificación obtenida: _____

Anexo 2:

Claves de medición para la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS).

Por favor marque (X) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1

7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin ninguna razón.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

La suma total a cada respuesta cualitativa (1 a 4) da como resultado la calificación básica o punteo bruto, y que puntea de 20 a 80. Teniendo ya el resultado de la calificación básica se utiliza una tabla para convertir esta calificación al índice de la escala de auto-medición de la depresión (EAMD), que va de 25 a 100 puntos.

Anexo 3

Conversión de la calificación básica a índice de escala de auto-medición de depresión (EAMD).

Calificación Básica	Índice EAMD	Calificación Básica	Índice EAMD	Calificación Básica	Índice EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	95
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Teniendo el índice de EAMD se procede a valorar el resultado entre los rangos de grupo de valoración, que da el diagnóstico y el nivel depresivo.

Anexo 4

Grupos de valoración obtenidos en la escala EAMD

Grupos de valoración	índice EAMD
Controles Normales	25-36
Desordenes de la personalidad	38-49
Reacciones de Ajuste a situaciones transitorias	50-61
Reacciones de Ansiedad	63-74
Deprimidos Neuróticos	75-86
Deprimidos Psicóticos	88-100

Controles Normales:

Personas que gozan completamente de un bienestar psíquico, biológico y social. Esto hace que el individuo este adaptado al medio ambiente y saben manejar el stress, ansiedad, dolor etc. En un momento determinado.

Desordenes de la personalidad:

Personas con disturbios en pautas y rasgos de conducta, pero que es notorio. Aunque pueden tornarse con problemas interpersonales, ansiedad moderada, ocasionalmente pueden estar tristes e irritables, desconfiados y pesimistas.

Reacciones de ajuste a situaciones transitorias:

Son personas que no saben manejar adecuadamente las demandas de su medio ambiente por muy insignificantes que sean y cursan con problemas de adaptación, según el grado de frustración así será su agresión, ira y su rendimiento laboral.

Reacciones de ansiedad:

Representa la búsqueda de adaptación de la persona cuando se encuentra amenazada y varía según la intensidad, tornándose inseguro en sus actos, aprensivos y con mucha incertidumbre, se vuelve patológica cuando la persona la vive frecuentemente y sin motivos.

Deprimido neurótico:

La persona pierde su autoestima, esta de mal humor con insomnio, pérdida del apetito, sentimiento de inutilidad y sin interés de nada. Son agresivas no solo con ellas mismas si no con todos los demás. Cuando se llega aquí es la causa principal de abandono laboral.

Deprimido psicótico:

Son personas que no sienten culpa de sus actos agresivos e incluso pueden matar a sus propios progenitores, compañeros de trabajo, y cursan constantemente con ideas e intentos de suicidio.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada "SINDROME DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA "VIH" DURANTE EL EMBARAZO" para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.