

---

# RESENTIMIENTO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH-SIDA

## Resistance and depression in patients with HIV-AIDS

---

Raul Delgado Arenas\*, Miguel Ángel Pérez Pérez\*\*, Noemi Teresa Julca Vera\*\*\*,  
Giuliana Margarita Obregón López\*\*\*\*, Joao Albert Julca Romero\*\*\*\*\*  
Universidad César Vallejo  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

### Resumen

*El propósito del estudio fue determinar la relación que existe entre resentimiento y depresión en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) -Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016 del distrito de El Agustino. El enfoque empleado fue el cuantitativo y el método que se aplicó, el hipotético deductivo. La técnica de recolección fue la encuesta y su instrumento fue el Test de resentimiento elaborado por León y Romero, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se concluyó que existe una relación significativa baja entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA seleccionados, con valor del  $Rho = 0.367$  ( $sig = 0.033 < 0.05$ ).*

**Palabras clave:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) -Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Resentimiento, Depresión,

### Abstract

*The purpose of this research is to determine the relation between the resentment and depression that happens in HIV and AIDS patients from the Hipolito Unanue Lima Hospital TARGA Program in 2016 especially in the district of El Agustino. The employed standpoint was the quantitative and the method was deductive hypothetical. The gathering technique was conducting a survey and the resource was Resentment Test which was made by Leon, Romero and Beck Depression Inventory (BDI-II). To sum it up, there is a low significant relation between the resentment and depression in HIV / AIDS selected patients whose Rho value is 0.367 ( $sig = 0.033 < 0.05$ ).*

**Keywords:** Human Immunodeficiency Virus (HIV) - Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Resentment, Depression.

---

\* Educador. Jefe de la EPG de la Universidad César Vallejo, Campus Lima Este.

\*\* Filósofo. Jefe de Investigación de la EPG de la Universidad César Vallejo, Campus Lima Este.  
mperezp@ucv.edu.pe

\*\*\* Matemática. Secretaria Académica de la EPG de la Universidad César Vallejo, Campus Lima Este

\*\*\*\* Psicóloga. Docente en la Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo.

\*\*\*\*\* Bachiller en Tecnología Médica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las cifras actuales proporcionadas por las Naciones Unidas existen 33,9 millones de portadores de VIH en el mundo, de ellos sólo el 15,8 reciben tratamiento antirretroviral, y si bien es cierto que la Organización Mundial de la Salud se ha propuesto culminar con la pandemia para el 2030, todavía no se puede bajar la guardia frente a esta enfermedad, especialmente en países donde no se cuenta con una cobertura integral de los programas de salud a pacientes portadores de VIH, y aquellos que han ingresado a la etapa SIDA.

La situación del Perú no es muy distinta, de acuerdo a los indicadores proporcionados por el MINSA (2015), las cifras señalan que las muertes debido al VIH-SIDA se han reducido en 60% entre los años 2000 y 2011. Los datos resultan alentadores en términos macro, además si consideramos que el porcentaje de contagio de madre gestante a hijo se ha reducido en 4% durante el 2014, y el nivel de infecciones asociadas a la enfermedad en un 58%.

La lucha contra esta enfermedad ha conducido a los gobiernos a tomar conciencia al respecto y establecer políticas de Estado luego que se hiciera pública la pandemia con los primeros casos reportados en la década de los ochentas. Desde esa fecha hasta la actualidad se han tenido avances significativos, pero sin obtener todavía una vacuna o una cura definitiva a la enfermedad.

Empero, si algo se puede reconocer es el avance de la lucha contra este mal. Así, por ejemplo: se puede acceder con cierta facilidad a programas de detección temprana, o participar de campañas dirigidas al público en general y a personas en situación de riesgo; así como también acceder a tratamientos monitoreados por el MINSA (2015). Actualmente el programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) atiende a 34,836 portadores, lo cual genera un impacto positivo en la esperanza de vida de muchas personas. Pero no sucede lo mismo con aquellas personas que desconocen su condición de portadores, situación que incide directamente en su ulterior calidad de vida.

Se señala que en nuestro país existen aproximadamente 72 mil personas infectadas de VIH,

y sólo el 51% tiene conocimiento de su enfermedad; especialmente en la ciudad de Lima y la provincia constitucional del Callao, donde se concentra el 70% de casos entre los 25 y 35 años de edad principalmente. Los programas de atención concentran esfuerzos en esa porción de la población que desconoce su situación de salud, y el riesgo inminente que genera poder contagiar a otras personas. Sin embargo, según se observa, el problema no radica en la falta de una política de Estado para combatir el flagelo, sino en la atención a la salud mental y emocional de los pacientes portadores del VIH-SIDA. No se cuenta con mucha información al respecto, y menos con investigaciones que permitan vislumbrar el modo pertinente de afrontar la enfermedad desde esta condición. De ahí que, estudios relacionados a este tema constituyan un valioso aporte para evaluar la situación actual de esta problemática, y establecer posteriormente estrategias para afrontar de manera integral el tratamiento a los pacientes portadores de esta enfermedad.

En cuanto a la fundamentación de la investigación se examina las siguientes teorías para cada variable:

Para la variable resentimiento, cabe precisar que ésta radica en ser un sentimiento permanente, el cual permanece en el sujeto, a causa de la creencia de haber sido injustamente impedido a alcanzar objetivos personales, profesionales, bienes materiales o intangibles, a los que creía certeramente tener derecho de poseerlos (Obregón, 2014).

Por consiguiente, nuestra investigación hace énfasis a la teoría del Dr. en psicología León y su colaboradora Romero (1990), quienes han estudiado significativamente la variable resentimiento en el Perú, para lo cual realizaron investigaciones de enfoque cuantitativo en nuestro país y la construcción de un instrumento psicológico para registrar la existencia de resentimiento en los sujetos. Posteriormente se describirá dos teorías complementarias, referente al autor Campojo (2002) quien menciona las tres manifestaciones del resentimiento, y por último León (2010), aquel autor explica la reacción química en el organismo a causa del resentimiento.

En primera instancia los investigadores León y Romero (1990) proponen que el resentimiento es un

sentimiento residente de haber sido maltratado o negado a alcanzar ciertos bienes materiales o intangibles a los que se creía certeramente haber tenido derecho de poseerlos, dando como resultado que la persona resentida, tenga una cognición negativa, pensando que los demás u otras personas, poseen algún bien material o intangible que era de su pertenencia.

Para León y Romero (citado por Campojo, 2002) el resentimiento se origina por: sentimiento de inferioridad, fracasos de toda índole, la humillación y experiencias degradantes. (p.163)

**Sentimiento de Inferioridad.** El sujeto se siente inferiormente dotado, física o mentalmente, asimismo experimenta angustia de no poder ser como los demás, ser objeto de burla, desprecio y lastima; los sentimientos de pena y angustia generalmente no los exterioriza, los cuales se van transformando en amargura que da lugar al resentimiento. El resentimiento se evidencia en personas que se sienten minimizadas en el plano social, moral y económico.

**Fracasos de Toda Índole.** Generados en lo sentimental, económico, familiar y social. El resentimiento puede modificarse según el género y edad del individuo, que experimenta el fracaso. El menor o mayor resentimiento lo ocasionan las distintas coyunturas en que este se produzca y la calidad moral de quien lo vivencie.

**La Humillación.** Emerge con fuerza en personas altamente susceptibles, cuando les advierten sus faltas; es así que una ofensa puede producir humillación, de esta manera la persona al sentirse humillada genera en si misma impotencia lo cual produce resentimiento.

**Experiencias Degradantes.** El sujeto al haber tenido experiencias degradantes y desagradables en diferentes condiciones reiteradas ocasiona que el sujeto sea predisponente al resentimiento

León y Romero (1990) señalan que “para que tenga lugar el resentimiento, debe existir un Carácter de permanencia. La persona ha desarrollado en su aspecto cognitivo ideas referidas a la creencia, que la vida y su entorno social no le han brindado justicia y generosidad”. (p.164). Esta definición expuesta

establece una relación con el enfoque psicológico cognitivo el cual menciona que los diversos tipos de experiencias del sujeto, permiten manifestar formas de resentimiento, que surgen de percepciones de discriminación y desigualdad. Cabe resaltar que cada sujeto tiene una percepción diferente ante sus experiencias desagradables, para un sujeto una experiencia puede ser de gran injusticia, mientras que para otro sujeto aquel mismo evento puede tener un carácter de nimiedad.

Debemos recordar que el resentimiento no sólo se instaura en la persona ante una experiencia traumática o degradante, sino que el sujeto al vivir y desarrollarse en un ambiente en el que continuamente surgen injusticias, postergaciones o maltratos reales o imaginarios promueven la percepción de haber sido injustamente tratado dando lugar al resentimiento.

El resentimiento para León y Romero (1990) al tener un carácter de permanencia, está compuesto por un reservorio de resentimiento, por la magnitud del resentimiento y por la asimilación autoplástica. Para Campojo (2002), el resentimiento se manifiesta de tres maneras: como rasgo de personalidad, como parte de la sentimentalidad en las relaciones interpersonales y como resentimiento social.

Seguidamente se especifica cada uno de estos aspectos:

*El resentimiento como rasgo de personalidad*, es característico de personas que con facilidad recuerdan imágenes de los hechos que motivaron un enojo y el deseo de la reparación de su daño; y aquella persona resentida mantiene un estado de resentimiento el cual refuerza continuamente con la intención de ejercer venganza o esperar una explicación compensatoria ante la presunta ofensa. Asimismo, el resentimiento no se manifiesta como un estado afectivo aislado, por el contrario, es una expresión de un rasgo estable de la personalidad (Campojo, 2002).

La manifestación del resentimiento como parte de la *sentimentalidad en las relaciones interpersonales*, nos permite inferir que, el resentimiento aparece en personas ligadas por el compromiso de reciprocidad en el afecto, las cuales se da entre parejas, entre amigos,

entre padres e hijos. Emerge como resultado de una falta en la expresión por el afecto; por lo general se desarrolla como sentimiento ambivalente. En esta situación el resentimiento se expresa como decepción, esperándose reparación por la ofensa recibida. Un ejemplo de ello es la ruptura de relaciones de pareja y amistad por fuertes resentimientos (Campojo, 2002).

Por último, la manifestación del *Resentimiento Social*, el cual se da en el contexto interpersonal, donde las personas afectadas por otras, expresan su resentimiento mediante reclamos y muestran una envidia específica sobre los privilegios que conlleva un estatus social. Por consiguiente, el resentimiento social no se utiliza para explicar o excusar una actitud, por el contrario, se evidencia como una debilidad moral de ambicionar los logros de otros sujetos, de darle mayor énfasis y tiempo a las quejas cotidianas y aquella actitud empobrece el esfuerzo y la intención de lograr metas y objetivos personales (Campojo, 2002).

Finalmente, Leo (2010), considera que conservar el resentimiento ocasiona que ciertas sustancias se liberen en la corriente sanguínea, aquellas sustancias están asociadas al estrés y ocasionan que el corazón funcione aceleradamente y comprime los vasos sanguíneos lo cual genera una presión arterial. Además, el hígado descarga en la sangre una gran cantidad de colesterol. Al dañarse el corazón y el hígado, estas sustancias se dirigen al estómago, deteriorando la digestión, causando dolores y acideces, que terminan castigando severamente al esófago. Esta reacción ocurre en respuesta a cada vez que nos sentimos intimidados por un peligro el sistema nervioso simpático desencadenará un proceso biológico de protección, sin embargo, no existe la posibilidad de enseñar al sistema nervioso simpático cuando un peligro es real o imaginario (citado por Obregón, 2014 p. 3).

Para la variable depresión se toma como referentes teóricos lo propuesto por Beck, Rush, Shaw, Emery (2010) definen a esta variable como un síndrome en el cual la alteración del estado de ánimo se caracteriza por, sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración, así como una marcada anhedonia que interfiere en la vida de las personas depresivas. Bajo este concepto, en nuestra investigación la variable depresión está orientada al enfoque teórico cognitivo de Beck.

El modelo cognitivo del teórico Beck et al (2010) hace referencia a tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión (1) Concepto de la tríada cognitiva, (2) Organización estructural del pensamiento depresivo y (3) Errores en el procesamiento de la información, los cuales se explican a continuación:

Concepto de la tríada cognitiva: compuesto por tres patrones cognitivos, en el cual el paciente se percibe a sí mismo, a su futuro a y sus experiencias de un modo negativo.

Es decir, el primer componente está compuesto por la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El sujeto se percibe como alguien insuficiente e inútil, a lo cual creé que sus experiencias desagradables son a causa de sus propios defectos físicos, morales o psíquicos. Por estos defectos que se atribuye la persona, tiende a considerarse escaso de alcanzar la felicidad y alegría.

El segundo componente se centra en la visión negativa que el paciente tiene de su entorno. El sujeto creé que su contexto le hace demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus metas y en sus interacciones sociales se basan en la derrota y frustración.

El tercer componente consiste en que el sujeto, posee una visión negativa del futuro. La persona al proyectarse metas a largo plazo, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas): Este concepto explica el por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que hacen que sufra incluso cuando tiene factores positivos en su vida.

Cuando la persona enfrenta alguna circunstancia, el esquema es la base para procesar los datos en cogniciones. Es decir, el esquema es la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo al que se enfrenta el sujeto. De esta manera la persona categoriza y evalúa sus experiencias mediante una matriz de esquemas.

Beck et al (2010) señalo:

El tipo de esquema que utilice el individuo determina el cómo estructurará sus distintas experiencias. Los esquemas se activan ante ciertas situaciones específicas y determinan la manera de responder del sujeto. Por ejemplo, cuando el sujeto ha creado un esquema idiosincrático y se encuentra en un estado depresivo, la conceptualización que hace respecto a una situación se distorsiona. Asimismo, el esquema idiosincrático al ser frecuentemente activado el paciente pierde el control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se vuelve incapaz de procesar esquemas adecuados, lo cual sucede a medida que se agrava la depresión (p.21).

Errores en el procesamiento de la información:

El paciente reafirma la validez de sus conceptos o esquemas negativos, incluso cuando las evidencias muestran lo contrario, para lo cual el teórico hace referencia a seis aspectos:

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos

cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo (Beck et al 2010, p. 23).

Para Beck et al (2010) “los síntomas de la depresión se agrupan en síntomas afectivos, síntomas motivacionales, síntomas cognitivos, síntomas conductuales y síntomas fisiológicos” (p 163).

### GENERALIDADES SOBRE VIH/SIDA

A continuación, se describe en qué consiste el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la descripción de Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad (TARGA).

Cajas (2015) refiere que el VIH es miembro de la clasificación del virus conocido como Retroviridae (retrovirus), además es un microorganismo que ocupa a las células blancas de la sangre (que son partes del famoso sistema inmunológico), infecta los linfocitos y otras células portadoras del marcador celular CD4, produciendo alteraciones de la inmunidad celular, y activación policlonal de las células B con respuestas defectuosa de las células B a los nuevo antígenos (p.16).

Asimismo, Cajas (2015) menciona lo siguiente:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir sus funciones de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de algunas de las

más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (p.16).

El SIDA según Cajas (2015) es una manifestación clínica a consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el VIH. La persona al infectarse con el VIH hasta su desarrollo del SIDA transcurre un aproximado de 6 a 10 años (p.17). Para que este desarrollo del SIDA se prolongue es necesario que el sujeto ingrese al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

### **Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad (TARGA):**

El ministerio de salud (MINSA) brinda el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) como medio de estrategias costo-efectivas para los pacientes con VIH-SIDA, este tratamiento reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas y el cáncer, asimismo promueve el uso de servicios de salud y mejora en la calidad de vida (Gupio, 2010, p. 18).

El tratamiento (TARGA) en el aspecto de la medicación está compuesto por tres o más drogas antirretrovirales de diferentes composiciones farmacológicas, las cuales permiten la disminución de la carga viral en sangre, además causa que la carga viral no se detecte. De este modo los antirretrovirales conducen la recuperación inmunológica del paciente (Gupio, 2010, p. 20). Asimismo, se hace énfasis acerca de las pautas nacionales para la aplicación del TARGA proponen la inclusión de 3 drogas de 2 clases diferentes. En el MINSA los medicamentos utilizados como primera combinación AZT (zidovudina) + 3TC (epivir o lamivudina) + NVP (nevirapina) o en segundo lugar la mezcla del AZT (zidovudina) + 3TC (epivir o lamivudina) + EFV Efavirenz, lo cual es referente al estado físico del paciente (Ribas, 2008, p.6).

Cabe resaltar que este programa (TARGA), está constituido por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud el cual cuenta con la integración del médico, el psicólogo, la enfermera, la asistente social el químico farmacéutico, entre otros. Cada especialidad según su competencia brinda evaluación médica, adherencia al tratamiento, entrega de medicamentos, charlas informativas, controles

médicos, entre otros beneficios que brinda este programa (Gupio, 2010, p. 20).

Los pacientes aptos para este tratamiento deben de cumplir las siguientes condiciones (Rivas, 2008):

- Análisis comprobado de ser portador del VIH –SIDA.
- El ingreso es voluntario por parte del paciente.

Dependiendo del estado físico y psicológico del paciente, el personal de salud evaluará detenidamente su ingreso al TARGA.

Grupo A (asintomáticos): CD4 igual o mayor a 200 cel/mm<sup>3</sup> y carga viral mayor a 55,000 copias/ml o disminución del conteo de CD4 mayor o igual a 100 cel/mm<sup>3</sup> por año.

Grupo B (asintomáticos o sintomáticos): CD4 menor a 200 cel/mm<sup>3</sup> y/o carga viral mayor a 55,000 copias/ml.

Recibir información y consejería sobre los beneficios y las reacciones adversas del tratamiento (p.6).

Las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

H1: Existe relación significativa entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

H2: Existe relación significativa entre Sentimiento de Inferioridad y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

H3: Existe relación significativa entre fracasos de toda índole y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

H4: Existe relación significativa entre humillación y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016

H5: Existe relación significativa entre experiencias degradantes y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

El presente trabajo de investigación evidencia la relación significativa entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016, poniendo énfasis en el nivel moderado de esta.

## MÉTODO

### Tipo y Diseño de investigación.

La presente investigación es de carácter sustantivo debido a que en su desarrollo complementa elementos de investigación aplicada y pura. Por lo que se explican y describen los resultados del estudio en función a la relación existente entre las variables de estudio resentimiento y depresión en Pacientes con VIH-SIDA del Programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. Todo ello desde una perspectiva teórica, tomando en cuenta su utilidad para la población beneficiaria. El diseño de estudio en el que se enmarco es descriptivo correlacional, ya que se midieron dos variables dentro de un mismo grupo de personas. (Sánchez y Reyes, 2006).

### Participantes

La población objeto del presente estudio fue de 34 pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. En la determinación de la Muestra se empleó la técnica del censo, ya que se ha seleccionado el 100 % de la población, por considerarse un número manejable de sujetos y por tener acceso a todas las unidades de investigación.

### Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica seleccionada para efectos del estudio fue la encuesta. Los instrumentos utilizados fueron:

#### a) Escala de Resentimiento

**Ficha técnica:** Escala de Resentimiento, creada por León y Romero (1990), instrumento psicológico de procedencia peruana, administración individual

o colectivo. La estimación del tiempo de aplicación oscila entre 20 y 30 minutos y comprende un ámbito de aplicación en personas comprendidas entre los 20 y 73 años de edad. (Ver tabla 1).

León y Romero (1990) afirman que la escala en su integridad de resentimiento muestra una buena consistencia interna dada que presenta un Alpha de Crombach de 0.75. Para depresión se aplicó la prueba de confiabilidad con un resultado alto correspondiente a 0.886.

#### b) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Creado por Beck, Steer, y Brown (2006). El nombre original del instrumento es Beck Depression Inventory, BDII. La estimación de aplicación es sin límite de tiempo; la administración puede ser individual o colectiva. El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

## PROCEDIMIENTO

Se evaluó a un total de 34 pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA del Hospital Nacional Hipólito Unanue, con la Prueba de Escala de Resentimiento y Beck Depression Inventory, BDII. Respecto a los análisis estadísticos se ha utilizado la estadística descriptiva e inferencial. Luego de las coordinaciones previas, antes de la administración de los instrumentos seleccionados, se procedió a socializar con los encuestados, uno a uno, los criterios asumidos en la investigación, así como de las condiciones sobre su participación en la investigación. Concluido el proceso los colaboradores, con pleno conocimiento de los objetivos del estudio y del empleo de la información, firmaron la carta de consentimiento informado y, dada la conformidad, empezaron el desarrollo de las pruebas.

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo

Tabla 1  
*Distribución de la muestra de acuerdo al género y edad*

Edad	Edad*Género			Total
	Género		Total	
	Masculino	Femenino		
20 - 28	12	3	15	
29 - 37	7	3	10	
38 - 46	1	0	1	
47 - 55	3	0	3	
56 - 64	4	0	4	
65 - 73	1	0	1	
Total	28	6	34	

En la tabla 1 se observa que la cantidad de entrevistados son 34 pacientes, de las cuales 28 son de género masculino y 6 de género femenino, así mismo la mayoría de los pacientes se encuentran en un rango de edad de 20 a 37 años.

Tabla 2  
*Distribución de la muestra de acuerdo al estado civil y escolaridad*

		Estado Civil*Escolaridad				Total
		Escolaridad				
		Primaria	Secundaria	Técnico	Profesional	
Estado	Soltero	2	10	3	2	17
Civil	Casado	1	1	1	0	3
	Unión Libre	1	9	1	1	12
	Separado	0	0	1	1	2
Total		4	20	6	4	34

En la tabla 2 se observa, de los 34 pacientes entrevistados, el estado civil de 17 pacientes es solteros, 12 unión libre, 3 son casados y 2 separados, así mismo 20 son de nivel secundaria, 6 técnico y 4 de nivel primaria o profesional.

Tabla 3  
*Frecuencia y porcentaje del nivel de resentimiento*

	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	9	26.5
MEDIO	20	58.8
ALTO	5	14.7
Total	34	100.0

En la tabla 3 se observa que del 100% de los entrevistados, el 58.8% de ellos el nivel de resentimiento es medio, el 26.5% tiene nivel de resentimiento bajo y 14.7% su nivel de resentimiento es alto.

Tabla 4  
*Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión*

	Frecuencia	Porcentaje
MÍNIMA	13	38.2
LEVE	10	29.4
MODERADO	6	17.6
SEVERO	5	14.7
Total	34	100.0

En la tabla 4 del 100% de los entrevistados, el 38.2% de ellos tiene nivel de depresión mínima, el 29.4% su nivel de depresión es leve, además el 17.6% tiene nivel moderado y 14.7% su nivel de depresión es severo.

Tabla 5  
*Prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov-Smirnov*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Resentimiento	,321	34	,000
Sentimiento de inferioridad	,326	34	,000
Fracaso de toda índole	,311	34	,000
Humillación	,269	34	,000
Experiencia degradante	,328	34	,000
Depresión	,225	34	,000

El análisis de la distribución de las puntuaciones se efectuó a través de la prueba de Kolmogorov-



Smirnov (tabla 5). Los resultados indican que el valor alcanzado en el estadístico Z para la mayoría de los casos no es significativo, por lo que se concluye que, en aquellos casos, la distribución de las puntuaciones no se asemeja a una distribución normal. Por lo tanto, los análisis inferenciales de correlación se realizarán por medio de estadísticos no paramétricos.

### Análisis inferencial

Para el contraste de las hipótesis se trabajó con nivel de significancia de 0.05, y con la regla de decisión  $\text{Sig} \geq \alpha$ , se acepta la hipótesis nula  $H_0$  caso contrario se rechaza la  $H_0$ .

### Pruebas de hipótesis

H1: Existe relación significativa entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

Tabla 6  
Correlación entre resentimiento y depresión

		Resentimiento	Depresión
Rho de Spearman	Resentimiento	1	,367*
	Depresión	,367*	1
		Coefficiente de correlación	
		Sig. (bilateral)	
		N	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

De la tabla 6, se puede observar que el  $\text{sig} = 0.033 < 0.05$ , por lo tanto, existe evidencia estadística para rechazar  $H_0$ , es decir se acepta que existe relación significativa entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. Como el  $Rh_0 = 0.367$ , nos indica que la relación entre el resentimiento y la depresión es positiva moderado.

H2: Existe relación significativa entre Sentimiento de Inferioridad y depresión en pacientes con VIH-

SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016

Tabla 7.  
Correlación entre sentimiento de inferioridad y depresión

		Sentimiento de Inferioridad	Depresión
Rho de Spearman	Sentimiento de Inferioridad	1,000	,418*
	Depresión	,418*	1,000
		Coefficiente de correlación	
		Sig. (bilateral)	
		N	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

En la tabla 7, se observa que existe relación significativa entre Sentimiento de Inferioridad y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016, además el coeficiente de correlación de Rho de Spearman ( $Rh_0 = 0.418$ ), nos indica que la relación entre el sentimiento de inferioridad y la depresión es positiva moderado.

H3: Existe relación significativa entre fracasos de toda índole y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

Tabla 8  
Correlación entre fracaso de toda índole y depresión

		Depresión	Fracasos de toda índole
Rho de Spearman	Fracasos de toda índole	,432*	1,000
	Depresión	,432*	1,000
		Coefficiente de correlación	
		Sig. (bilateral)	
		N	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

En la tabla 8, se muestra que existe relación significativa entre fracasos de toda índole y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. ( $r= 0.432$ ,  $p=0,011$ ). Como el  $Rh0= 0.432$ , la relación entre Fracasos de toda índole y la depresión es positiva moderado.

H4: Existe relación significativa entre humillación y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

Tabla 9.

*Correlación entre humillación y depresión*

		Depresión	Humillación
Rho de Spearman	Humillación	Coefficiente de correlación	,394*
		Sig. (bilateral)	,021
		N	34
	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	,021	
	N	34	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

En la tabla 9, se observa que existe relación significativa entre humillación y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016, ( $r= 0.394$ ,  $p=0,021$ ). Como el  $Rh0= 0.432$ , nos indica que la relación entre humillación y la depresión es positiva moderado

H5: Existe relación significativa entre experiencias degradantes y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016.

Tabla 10.

*Correlación entre Experiencia degradante y depresión*

		Depresión	Experiencia Degradantes
Rho de Spearman	Experiencia Degradantes	Coefficiente de correlación	,410*
		Sig. (bilateral)	,016
		N	34
	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	,016	
	N	34	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

En la tabla 10, se muestra que existe relación significativa entre experiencias degradantes y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. ( $r= 0.410$ ,  $p=0,016$ ). Como el  $Rh0= 0.410$ , nos indica que la relación entre experiencia degradantes y la depresión es positiva moderado.

## DISCUSIÓN

En relación directa con los resultados descritos en el acápite anterior, llegamos a las siguientes reflexiones se obtuvieron porcentajes aceptables de fiabilidad que fueron tomados de Obregón (2014) para la variable resentimiento (0.776). En tanto para la segunda variable, la prueba de confiabilidad mostró un resultado alto (0.886). Debido a la naturaleza de la investigación se aplicaron procedimientos propios de la estadística inferencial, lo cual fue procesado a través del software SPSS 23 para mayor objetividad de los resultados. De este modo los resultados pueden ser tomados como válidos en la medida que han cumplido los requisitos mínimos que exige la investigación científica para un diseño de investigación de tipo no experimental.

La muestra estuvo compuesta por 34 pacientes del programa TARGA, ya que no es frecuente encontrar o contactar a pacientes con este tipo de tratamiento, más aún acceder a recopilar datos referidos a esta problemática. Por tal motivo se tomó la decisión de trabajar con toda la población mediante un censo y sin prueba piloto dado que los pacientes no acuden todos los días al hospital, sino en determinados días de la semana.

Dentro de los resultados obtenidos. A nivel descriptivo se aprecia que la mayor parte de pacientes entrevistados (58,8 %) presentan resentimiento en un nivel medio, siendo el factor experiencias degradantes, en un nivel medio con mayor porcentaje a diferencia de otros. En cuanto a la depresión el mayor porcentaje de pacientes entrevistados (38,2%) se ubicó en una categoría mínima. Sin embargo, una cifra considerable (32,3%) presenta un resentimiento medio y una depresión entre leve y moderada. Además, existe un 5,9% que presenta un nivel de resentimiento alto y nivel de depresión severo.

Los resultados de la investigación que enmarcan nuestra hipótesis general demuestran un índice de correlación significativa entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016 ( $R_{ho} = 0.367$ ), que nos indica que la relación entre el resentimiento y la depresión es positiva moderada; sin embargo, si bien se han seguido estos procedimientos, se observa la conveniencia de prestar atención a posibles sesgos en la obtención de los resultados. Por un lado, en lo referido al método y a las exigencias propias del trabajo de campo; específicamente, a la recopilación de datos se trató de generar un clima de confianza durante la entrevista para evitar que la información pueda ser parcial u ocultar algunos datos debido a ciertos prejuicios sociales asentados en el miedo o rechazo de los demás que interfiera en la obtención de datos certeros respecto a la medición de las variables resentimiento y depresión en una población vulnerable a estigmas sociales.

Los resultados anteriormente mencionados coinciden de manera favorable con la investigación de Avela, Cornejo y Torres (2011), quienes sostuvieron que los efectos emocionales en pacientes con el diagnóstico de VIH son el resentimiento y la depresión debido a que durante el proceso de duelo consideran su situación injusta, y esto genera la búsqueda de responsables y culpables, además de una baja en el estado de ánimo y cambios relacionados a éste.

También se encontraron similitudes respecto a las investigaciones de Romero (2009) y Piña et al. (2008) quienes afirman que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA a diferencia

de otro grupo de personas con enfermedades infectocontagiosas que no tienen esta condición. Además, estos hallazgos sirven como referencia para futuros planes de intervención en el paciente con el fin de lograr óptimos resultados dentro del tratamiento al cual se tienen que adherir de manera satisfactoria.

En cuanto a los niveles de resentimiento hallados en nuestra investigación. Se coincide con la investigación de Obregón (2014) quien explica el resentimiento como un sentimiento permanente en el sujeto, a causa de la creencia de haber sido injustamente impedido de alcanzar objetivos personales, profesionales, bienes materiales o intangibles, a los que creía certeramente tener derecho de poseerlos. Lo anterior es atribuido a los pacientes con este diagnóstico.

A continuación, veremos las hipótesis específicas planteadas en nuestra investigación.

Se confirma la primera hipótesis específica. Existe una relación estadísticamente significativa entre Sentimiento de Inferioridad y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig} = ,014 < 0.05$ ). Esto coincide con lo mencionado por León y Romero (1990) quien explica el resentimiento como la percepción de sí mismo con características físicas y mentales inferiores, aquello le genera angustia y pena por no poder ser una persona exitosa. Lo que podría ser una causa principal para iniciar una depresión.

En cuanto a la segunda hipótesis. Existe una relación estadísticamente significativa entre fracasos de toda índole y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig} = ,011 < 0.05$ ). Encontrándose en esta categoría la más alta relación con la depresión, según León y Romero (1990), puede ser a nivel sentimental, económico, familiar y social, lo que puede ocasionar cierto grado de apatía o desmotivación, relacionado con la depresión.

Respecto a la tercera hipótesis. Existe una relación estadísticamente significativa entre humillación y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue,

Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig}$ ) = ,021 < 0.05. Esto según León y Romero (1990), emerge con fuerza en personas altamente susceptibles. Del mismo modo pueden presentarse en personas con una alteración en su estado de ánimo.

Respecto a la cuarta hipótesis Existe una relación estadísticamente significativa entre experiencias degradantes y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig}$ ) = ,016 < 0.05. La exposición de experiencias degradantes y desagradables puede ocasionar la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad (indicadores asociados a la depresión).

## CONCLUSIONES

1. Existe una relación estadísticamente significativa entre resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig}$ ) = 0.033 < 0.05.
2. Existe una relación estadísticamente significativa entre Sentimiento de Inferioridad y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig}$ ) = ,014 < 0.05.
3. Existe una relación estadísticamente significativa entre fracasos de toda índole y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig}$ ) = ,011 < 0.05.
4. Existe una relación estadísticamente significativa entre humillación y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig}$ ) = ,021 < 0.05.
5. Existe una relación estadísticamente significativa entre experiencias degradantes y depresión en pacientes con VIH-SIDA del programa TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima -2016. El valor  $p$  ( $\text{sig}$ ) = ,016 < 0.05.

## REFERENCIAS

- Alcántara, N. (2008). *Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con VIH*. (Tesis de Licenciatura). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
- Avela, R. Cornejo, G. y Torres, A. (2011). Efectos Psicológicos en Personas de Ambos Sexos Entre las edades de 20 a 50 años Diagnosticadas con VIH en el Período de enero de 2006 a junio de 2010 Pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la Lucha Contra el Sida “María Lorena” (contra sida) del Municipio de San Salvador”. (Tesis de licenciatura). El Salvador: Universidad De El Salvador.
- Beck, A. Brown, G. Steer, R. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. (2.<sup>a</sup>ed). Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19.<sup>a</sup> ed.). España: Descleé de Browsers.
- Cajas, P.R. (2015). *Actitud hacia los cambios producidos por la enfermedad en los pacientes del Programa de Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad en un Hospital Nacional*. (Tesis de licenciatura). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Campojo, B. E. (2002). *Incidencia del resentimiento y envidia en el autoconcepto de adolescentes de Lima Metropolitana*. (Tesis de doctorado). Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Gupio, M. G. (2010). *Nivel de autoestima en pacientes con VIH- SIDA del programa de Targa en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2010*. (Tesis de licenciatura). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Hernandez, R., Fernandez, C. y Bapista, P. (2014). *Metodología de la investigación científica* (6ta ed.) México: Mc Graw Hill.
- León, R., y Romero, C. (1990). *Inventario de actitudes hacia la vida: Escala de resentimiento*. (1.a ed). Lima.
- León, R., y Romero, C. (1990). *Estudios acerca del resentimiento*. (1 ed.) Lima: CONCYTEC.

- Leo P., S. (2010). *Curación del resentimiento*. (1.a ed.). San Paulo: San Pablo.
- Maldonado, H. Peña, R. y Tomateo, D. (2015) Frecuencia de episodio depresivo mayor y factores relacionados en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en un hospital público de Lima. *Rev. Neuropsiquiatría*, 78 (1), 3-13.
- MINSA (2015). Situación de la epidemia de VIH en el Perú. Recuperado de: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
- Obregón, G. (2014). *Resentimiento y agresividad en estudiantes del 5to de secundaria de la Institución Educativa Yamaguchi de Santa Anita*. (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad César Vallejo.
- Piña, J. Dávila, M. Sánchez, J. Togawa, C. y Cázares, O. (2008) Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Rev. Panam Salud Publica*, 23, (6), 377-83.
- Rivas, R. J. (2008). Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo y Soporte Social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Romero, T. (Ene- Dic.2009). "Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas". *Revista Neurología, Neurocirugía y psiquiatría*, 42, (I-4), 25-31.

Fecha de recepción: 18 de mayo, 2017

Fecha de aceptación: 2 de junio, 2017