

112.47

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

23

FACULTAD DE MEDICINA

2ej.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TITULO :

CALIDAD DE VIDA Y DEPRESION EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA(VIH) Y SINDROME DE INMUNODEFICENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Alumno :

Dra. Martha Lorena de la Torre Pichardo.

Residente del 3er Año de la Especialidad de Psiquiatría.

Unidad IMSS Morelos.

TUTOR TEÓRICO

[Handwritten signature]

Dr. Xavier Sandoval García

TUTOR METODOLÓGICO

[Handwritten signature]

Ing. José Cortés Sotres

266994

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA"



[Handwritten signature]

AÑO. 1998

[Handwritten signature]

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias :

Con todo mi amor a la mejor amiga que me pudo haber dado la vida :

Susana

Al hombre que con su ejemplo me enseñó que en esta vida
hay que permanecer fiel a nuestros ideales :

Manuel

Y como no a quien me ha de tolerar toda la vida : .

Juan

A ti que te debo mi supervivencia en México :

Carlos

Hay hombres que luchan un día. . . .

y son buenos

Hay otros que lucha un año. . . .

y son mejores

Hay quienes luchan muchos años. . . .

y son muy buenos

¶ Pero hay los que luchan toda la vida

esos son imprescindibles.

B. Brecht

INDICE

I	MARCO TEORICO	3
I.I	ANTECEDENTES	3
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
III	JUSTIFICACION	13
IV	OBJETIVOS	14
V	HIPOTESIS	14
VI	PROGRAMA DE TRABAJO (Material y Métodos)	15
VI.I	UNIVERSO DE TRABAJO	15
VI.II	CRITERIOS DE SELECCIÓN	15
VI.III	PROCEDIMIENTO	17
VI.IV	INSTRUMENTOS DE MEDICION	18
VI.V	DISEÑO Y TIPO DEL ESTUDIO	24
VI.VI	ANALISIS ESTADISTICO	24
VII	RESULTADOS	26
VIII	DISCUSION	32
IX	CONCLUSIONES	33
X	ANEXOS	34
XI	BIBLIOGRAFIA	36

I Marco Teórico

I.I Antecedentes

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un trastorno letal, cuya característica principal consiste en el colapso gradual de la capacidad del cuerpo humano para producir una respuesta inmune mediada por células, esta se acompaña de complicaciones médicas consecutivas severas.

El virus de VIH, es un retrovirus no oncógeno de la subfamilia lentivirinae, agente etiológico primario del Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA).

La enfermedad se describió por vez primera en 1981 y el virus causante se aisló a fines de 1983, desde entonces el SIDA se ha convertido en una pandemia.

La prueba de detección de referencia es el ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA), con una sensibilidad del 99.5%, y la prueba confirmatoria es el Western Blott.

Criterios operacionales para la detección del SIDA:

Signos Mayores:- Más del 10% de pérdida de peso

Diarrea de más de 1 mes de evolución

Fiebre de más de 1 mes de evolución

Signos Menores:- Tos de más de 1 mes de evolución

Dermatitis pruriginosa generalizada

Herpes Zoster recurrente

Candidiasis orofaríngea

Herpes simple diseminado y progresivo

Linfadenopatía generalizada.

El diagnóstico se realiza con 2 signos mayores y 1 menor.²



Situación Epidemiológica del SIDA

La epidemia del SIDA en México presenta un patrón cada vez más heterosexual (36.8%) y más rural, dejó de ser de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, ya que la *transmisión sanguínea se encuentra bajo control (solo el 6.3%)*.

En mujeres adultas, la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (52.5%), la transmisión sexual en hombres aun es homo-bisexual pero la heterosexual va en aumento.

La mortalidad por SIDA en hombres es entre 25 y 34 años; en 1992 fue la sexta causa de muerte nacional y la cuarta en el D.F., actualmente es la tercera en este grupo de edad; la proporción actual de afectados es 6:1 hombres.

La cifra total de casos acumulados en México se estima en 41 718, siendo los notificados 30 700. La incidencia por estados de la república mayormente afectados son D.F., Estado de México (84.4%), Baja California (67.6%), Jalisco (64.1%), Morelos (51.7%), y los de menor incidencia Guanajuato (10.9%), Chiapas (11.1%) y Durango (11.5%).³ Se considera

que existen entre 10 y 12 millones de sujetos infectados en todo el mundo, mas de la mitad corresponde al continente americano, Estados Unidos en primer lugar seguido de Brasil, Haití, Canadá y México, ocupando este último el 13vo lugar de la tabla general del mundo. El riesgo de adquirir la infección depende de la exposición, después de recibir una transfusión de donador seropositivo es de 100%, por exposición única de aguja contaminada es del 0.4%, por contacto heterosexual único 0.001%, el riesgo; para homosexuales depende del número de compañeros sexuales, la relación anal receptiva y el grado de traumatismo rectal. La transmisión perinatal varía del 14 al 50%.³

De las complicaciones en la infección por HIV, los fenómenos neuropsiquiátricos son prominentes, poco estudiados y diagnosticados.

Estos fenómenos pueden estar clasificados en tres áreas principales:

Neurobiológicos

Psicobiológicos

Psicosociales

En el área neurobiológica, están considerados los trastornos neurocognitivos asociados al VIH; deterioro del funcionamiento cognitivo, lentificación psicomotriz y en algunas ocasiones los trastornos del estado de ánimo.

En el área psicosocial, se consideran los aspectos relacionados con el impacto de la enfermedad crónica, la estigmatización, los grupos de alto riesgo, la repercusión psicológica de la realización de exámenes para seropositividad, la etapa de duelo por la pérdida de la salud, y la pérdida o alteración del funcionamiento familiar.

El aspecto psicobiológico se basa en la premisa de la psiquiatría moderna de que la conducta y la vida emocional tienen bases biológicas que se desarrollan y toman forma en

un contexto social. Esta relación es muy evidente en la psicobiología de la enfermedad por VIH.

Al entrar la pandemia en su segunda década sus características médicas y sociales cambian; existen nuevos grupos con actividad de alto riesgo (mujeres, adolescentes, niños), representados por diversos estratos económicos y demográficos.

Los avances médicos han empezado a modificar la historia natural de la enfermedad, de un modo acelerado, a un curso más crónico; esta faceta cambiante de la infección por VIH sugiere que el papel de la psiquiatría clínica se debe expandir para abarcar nuevas poblaciones y adaptarse a las presentaciones cambiantes de la enfermedad.

El psiquiatra debe enfocarse a los trastornos psiquiátricos premórbidos, como a los trastornos emocionales de inicio reciente que pueden complicar la respuesta de un paciente hacia la enfermedad y el tratamiento.

El modelo de transición propone abarcar todas las áreas involucradas en los trastornos neuropsiquiátricos de la infección por el VIH, en el se considera que los fenómenos psicológicos adversos (por ejemplo, Trastornos adaptativos, del estado de ánimo y de ansiedad), pueden anticiparse en puntos clave como el descubrimiento de la infección, el inicio del tratamiento antirretroviral, el inicio de los síntomas físicos, el avance en la etapa de la enfermedad o el duelo por la pérdida de CD4, ya que estos trastornos reflejan la ruptura de la capacidad de enfrentamiento ante la infección por VIH.^{1,2}

Depresión y VIH - SIDA

El involucramiento del Sistema Nervioso Central (SNC) en la infección por VIH puede asociarse directamente con síndromes depresivos o fenómenos psicóticos, en donde los

pacientes pueden responder con malestar psicológico a la conciencia del deterioro cognitivo, o el deterioro por si mismo puede incrementar la presencia de estos síntomas.

Un aspecto que ha sido subestimado es el modelo de antecedentes, el cual enfatiza que la presencia de un trastorno puede haber precedido a la infección por VIH, y puede emerger o reincidir durante el curso de la enfermedad por razones directamente asociadas a las transiciones ya mencionadas.^{1,2}

Gary, Belkin et al. estudiaron 881 infectados por VIH y en su estudio encontraron una gran importancia de los síntomas físicos como un correlato de sintomatología depresiva e intentos suicidas que provocaban gran limitación en su funcionalidad; encontrando además significativa asociación entre depresión y género, refiere que los síntomas físicos son confundidos con depresión; sin embargo no hubo relación con el número de meses de notificación del VIH.¹⁵

Perkins y Leserman examinaron la relación de síntomas somáticos, fatiga e insomnio con indicadores de depresión y severidad del VIH, en su estudio participaron 98 VIH asintomáticos y 71 homosexuales no infectados a los cuales se les evaluó por medio del MOS entre otros. Resultados: fatiga e insomnio fueron asociados con humor disfórico, depresión mayor y otros síntomas de depresión mayor relacionados con No VIH pero no así con el conteo de CD₄ o funcionamiento neuropsicológico, la fatiga y el insomnio no fueron asociados con la progresión del VIH, pero sí con trastornos psicológicos asociados, los cuales pueden ser tratados.¹⁶

Breitbart-Rosenfeld estudiaron a 341 pacientes con SIDA, de ellos 238 (63%) estuvieron de acuerdo con la legalización de la eutanasia y 200 (55%) la consideraron opción, dichos

pacientes mostraron puntuación alta para ideación suicida y pobre contención familiar; de ellos 55% mostró sintomatología depresiva.¹⁷

Burack-Barrett encontraron en 65 de 277 VIH hombres asintomáticos datos de depresión, de ellos 118 se correlacionaron con una mayor declinación de células CD₄ hacia SIDA en relación con los que no presentaban sintomatología depresiva.³⁸

Lyketsos-Hoover en un seguimiento a 8 años, encontraron que 21.3% de 1809 hombres homosexuales que no habían desarrollado SIDA; presentaban depresión, la cual se correlaciona con disminución en la cuenta de CD₄ reportando además mayor sintomatología asociada a SIDA.³⁹

Mierlak estudió a 32 VIH de los cuales 28 mostraron severos síntomas de depresión a su ingreso hospitalario con el Inventario de Depresión de Beck en relación con los que mostraron síntomas leves al momento del egreso, el propuso las siguientes hipótesis las cuales podían incluir que se debiera a 1) manifestaciones propias de la enfermedad 2) una reacción normal de estrés a la enfermedad y la hospitalización y 3) una comorbilidad de trastorno afectivo.⁴⁰

El 20% de los pacientes con VIH sufren de depresión mayor como presentación inicial. Los síntomas de depresión mayor pueden semejar a otros incluyendo trastornos de ansiedad, demencia, delirium y al duelo y desmoralización frecuentemente vistas en pacientes con enfermedades fatales. El reconocer y tratar prontamente la depresión mayor, mejora la calidad de vida, la adherencia terapéutica y el pronóstico médico así como los síntomas subjetivos.⁴

La razón principal para un internamiento psiquiátrico en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) fue por ideación o intento suicida, sin embargo solo una pequeña

proporción de estos pacientes tuvo diagnóstico único de trastorno depresivo mayor. Los diagnósticos asociados o diferenciales más frecuentes fueron el síndrome orgánico cerebral con estado de ánimo depresivo, la demencia asociada a SIDA, el abuso o dependencia de sustancias o trastorno adaptativo. Gran cantidad de pacientes con diagnóstico de infección por VIH han considerado el suicidio en alguna etapa de la enfermedad.⁵

Se ha encontrado que el riesgo de suicidio es mayor en los pacientes hospitalizados; para hombres con SIDA es 36 veces mayor que para hombres sin SIDA, por lo tanto el diagnóstico y tratamiento oportuno de los trastornos afectivos en el paciente con infección por VIH es prioritario.⁶

El diagnóstico de un trastorno depresivo es relativamente simple en el caso de una persona con pocos síntomas médicos y con sus capacidades cognitivas generalmente preservadas. Al progresar la enfermedad los síntomas somáticos (la fatiga, pérdida de peso, insomnio) o deterioro cognitivo (pensamiento lento, disminución de la capacidad de concentración, fallas de memoria) pueden complicar el diagnóstico.⁷

Calidad de Vida y VIH-SIDA

Cuando se habla de “medir” o “cuantificar”, se piensa en un proceso estrictamente relacionado con los números y por lo tanto deshumanizado. Sin embargo, aunque en diferentes niveles, cuando entrevistamos a un paciente y decidimos que tiene o no una enfermedad, estamos midiendo una condición. En Calidad de Vida (CV), aunque el concepto pareciera más bien teórico y por lo tanto correspondiente al campo de la psicometría, el desarrollo de instrumentos para la medición de esta variable se ha dado fundamentalmente en el campo de la medicina. (La calidad de vida es esencialmente un

problema filosófico; “lo que constituye la Calidad de Vida es una cuestión personal e individual que lleva a una aproximación filosófica más que científica”).^{8,9}

Así en 1947 la Organización Mundial para la Salud decretó que la Salud no es solo la ausencia de enfermedad, si no un estado de bienestar físico, mental y social (Investigaciones para formar escalas de calidad de vida).²⁷

La medición de la Calidad de Vida se ha enfatizado a enfermedades crónicas por su obvio impacto en la vida del paciente, así como en la evaluación de tratamientos y sus efectos colaterales (antihipertensivos, antineoplásicos y los psicofármacos).^{8,9}

Si bien la cantidad de vida del paciente se expresa en esperanza de vida en años, la calidad de vida requiere otro tipo de indicadores.⁷

La mayoría de los autores han considerado 2 elementos fundamentales en este constructo, los objetivos y los subjetivos:

El subjetivo corresponde a las definiciones unidimensionales o globales que han sido propuestas por las diferencias culturales; de bienestar y satisfacción.

El objetivo incluye los factores que determinan o influyen sobre la percepción que el sujeto tiene de calidad de vida (la presencia o no de síntomas, el funcionamiento físico, el apoyo social etc.), estos factores se incluyen en las definiciones multidimensionales útiles en el desarrollo de instrumentos de evaluación.¹⁰

Otros autores mencionan que la calidad de vida se ve afectada por varios factores como bienestar físico, el bienestar psicológico, los temores, las preocupaciones, las interacciones sociales y el nivel de actividad.¹¹

La calidad de vida, según Winklud y cols es la percepción subjetiva del individuo en relación a su incapacidad, por lo que el individuo puede considerar en determinado momento que no esta bien.¹²

Investigadores en calidad de vida consideran que esta es la apreciación que el paciente hace de su vida así como la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.¹³

Investigadores mexicanos definen a la calidad de vida como la evaluación global que el sujeto hace de su vida, esta depende tanto de las características del sujeto (demográficas, de personalidad, valores etc), como de moduladores externos, incluyendo el tipo de enfermedad y el tratamiento que esta requiere.⁸

El sufrimiento es una experiencia subjetiva que es opuesta a la del bienestar. Si se considera a la calidad de vida como el bienestar del paciente, el sufrimiento corresponde a la ausencia o disminución de esta, por lo tanto la medición de la calidad de vida es importante ya que es necesario saber si determinada intervención es capaz de mitigar el sufrimiento.⁸

Estudios realizados en cien pacientes que padecían episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada demostraron la validez y confiabilidad de la escala de Calidad de Vida de (*Dunbar*), en ella se encontró que las características de personalidad están asociadas; “el neuroticismo nos da pobre calidad de vida”, esta describe la evolución funcional y problemas psicosociales en pacientes con diferentes estadios de la enfermedad, también nos sirve para monitorizar la calidad de los cuidados proporcionados, comparar los diferentes tratamientos o la evolución individual de cada paciente.¹⁴

A las escalas de calidad de vida las podemos dividir:

*** Según sus objetivos en genéricas o específicas.

*** Según el número de dimensiones en unidimensionales y multidimensionales

*** Según su aplicación en autoaplicables y aplicables

*** Según su forma de respuesta en tipo likert o escala análoga visual.^{8,9}

Sherbourne y cols. Nos dice que los pacientes con trastorno de ansiedad tienen mejor calidad de vida y funcionamiento que los que presentan depresión, pero peor que los hipertensos, diabéticos y pacientes con enfermedad cardíaca.¹⁸

Se dice que los trastornos del humor han mostrado asociación con gran decremento en la funcionalidad y bienestar en la población general, sobre todo en relación a la severidad del VIH.¹⁹

El incremento en el número de agentes terapéuticos para VIH hacen necesaria también la evaluación de la calidad de vida en la supervivencia,²⁰ así como el efecto de los síntomas y las drogas usadas;²¹ por lo que las escalas de calidad de vida, se usan para evaluar el costo-utilidad y costo-efectividad de los programas de cuidados de salud, y poder valorar el tratamiento farmacológico.^{22,23}

La medición de variables de calidad de vida y sociopersonales suelen incluir función física, social y emocional, actitudes hacia la enfermedad, falla personal, vida diaria, interacción familiar y el costo de la enfermedad, (escala análoga visual para cáncer) efectividad y costo efectividad del tratamiento.^{24,25}

De esta manera Alvin-Tarlov y cols pudieron evaluar por medio del Medical Outcomes Study que en el VIH se encuentran pobres niveles de funcionamiento en comparación con pacientes con enfermedad crónica como diabetes, enfisema y falla cardíaca congestiva.²⁶

Estado de salud, estado funcional, bienestar y calidad de vida han recibido especial interés en investigación clínica. Integración ha sido definida como “la organización de rasgos y tendencias orgánicas, psicológicas y social de un individuo en armonía total”, así Reintegración a una vida normal puede ser definida como la reorganización de características físicas, psicológicas y sociales resumida como “buena adaptación” a la vida después de una enfermedad o trauma incapacitante.²⁸

A lo que Vincent Mor se ha preguntado Calidad de Vida con Funcionalidad en términos de que?, quien la mide o decide?.²⁹

Diversos autores como Gilbert et al. han hecho varias revisiones de estudios de procesos de intervención quirúrgica en donde encontraron que el 96% no hacen mención en cuanto a la calidad de vida del paciente con cirugía, y que el cáncer es la enfermedad que más ha investigado esta área.³⁰

II Planteamiento del Problema

La presencia de síntomas depresivos favorece una mala Calidad de Vida en los pacientes con VIH-SIDA?

III Justificación

En psiquiatría actual se piensa que la vida emocional y la conducta tienen bases biológicas las cuales se desarrollan y forman en un amplio contexto social.

En el área médica, los avances han alterado la historia natural de las enfermedades, de un deterioro acelerado a uno más lento. La psiquiatría debe expandirse para abarcar a las nuevas poblaciones y adaptarse a las cambiantes presentaciones neuromédicas de la enfermedad.

Ninguna otra enfermedad en el siglo XX ha presentado tanta estigmatización social y cambios políticos como el VIH.

El temor al VIH está diseminado en toda la población incluyendo a los trabajadores de la salud tanto médica como mental. Varios estudios sugieren que el apoyo social inmediato del paciente es un moderador clave de los efectos de la enfermedad y de eventos vitales en afecto y función. Como en otras enfermedades que amenazan la vida, existe temor de abandono por la familia y la pareja e incapacidad para desempeñarse, lo que ocasiona frecuentemente cuadros depresivos y deterioro en la calidad de vida; pacientes jóvenes de medio socioeconómico bajo y con poco apoyo experimentan mayor malestar. Lo importante es la percepción de los síntomas sin importar el seroestado o etapa.²

¿Para que medir la Calidad de Vida? “Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe tener libertad para utilizar un nuevo método diagnóstico o terapéutico si, en su opinión, da esperanzas de salvar la vida, restablecer la salud o mitigar el sufrimiento”. Por lo antes mencionado, mitigar el sufrimiento sería precisamente, restablecer la calidad de vida. Consideramos que esta es la razón fundamental para evaluarla; saber que tanto estamos mejorando en la atención que proporcionamos.⁸

IV Objetivos

- a) Evaluar la Calidad de Vida en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- b) Evaluar las diferencias en la intensidad de la sintomatología depresiva entre sujetos con Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

V Hipótesis

- a) Los sujetos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida tienen peor Calidad de Vida que los sujetos con Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- b) Los sujetos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida presentan sintomatología depresiva y con mayor intensidad que los sujetos con Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

VI Programa de Trabajo

Material y Métodos

VI.I Universo

Para el presente estudio se incluirán a pacientes tanto de la consulta externa, como hospitalizados, que estén siendo atendidos en el Hospital de Infectología del Centro Médico "La Raza" (HICMR), y que ya han sido previamente diagnosticados con seropositividad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) según criterios del Centers for Disease Control (CDC), y que deseen participar en el estudio.

VI.II Criterios de Selección

Criterios de Inclusión :

- a) Pacientes con VIH-SIDA diagnosticados según criterios del Centers for Disease Control.
- b) Deben ser atendidos ya sea en la consulta externa u hospitalización del HICMR.
- c) Que sepan leer y escribir y no tengan problemas para comunicarse.
- d) Edad comprendida entre 18 y 65 años.
- e) Tanto hombres como mujeres.
- f) Pacientes que se encuentren en condiciones de contestar las entrevistas.
- g) Quienes deseen participar en el estudio y hayan dado su consentimiento por escrito.

Criterios de No Inclusión :

- a) Pacientes que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión, en el momento de la valoración cursen con trastorno depresivo y estén tomando, antidepresivos.
- b) Pacientes con deterioro cognitivo clínicamente evidente o confirmado por pruebas neuropsicológicas (evaluado por minimal).).
- c) Quienes cursen con alguna otra enfermedad que interfiera con los aspectos a valorar (Cáncer, alcoholismo, drogadicción, infarto al miocardio etc.).
- d) Quienes no den su autorización por escrito.

Criterios de Exclusión :

- a) Pacientes que cursen con diagnóstico de delirium (el cual se valorará por minimal), trastorno psicótico o demencia durante el momento de la evaluación.
- b) Quienes no completen las entrevistas en cualquiera de sus diferentes etapas.
- c) Pacientes que abandonen el estudio.

VI.III Procedimiento :

Se captarán los pacientes que sean atendidos en la consulta externa o el servicio de hospitalización del HICMR durante los meses mayo - noviembre de 1997, y que cumplan con los criterios de inclusión al estudio.

En una primera entrevista se les invitará a participar y se les dará a conocer los objetivos del estudio y las consideraciones éticas para el mismo, así como hacer de su conocimiento que podrán abandonar el estudio si lo desean sin que esto afecte la atención que se les brinda en la unidad; si aceptan participar se les dará cita al día siguiente para iniciar con la aplicación de las escalas. Ese mismo día se revisará el expediente del paciente para verificar que cumpla con los criterios de inclusión.

En la primera cita, y previa autorización por escrito del paciente y un testigo (generalmente un familiar), se les aplicará las escalas para depresión de Hamilton (Ham-D), la cual es aplicable y nos da una apreciación objetiva tanto de la intensidad de la depresión como la presencia de síntomas físicos o somáticos acompañantes. Se les dará a contestar el Inventario para depresión de Beck, (BDI) el cual es autoaplicable y nos da una apreciación subjetiva de la intensidad de la depresión.

En una próxima cita (la cual no sobrepasará una semana), se les dará a contestar la escala de Bienestar Subjetivo realizada por la Organización Mundial para la Salud (OMS) así como la escala para Calidad de Vida de (DUNBAR), las cuales son autoaplicables (ver descripción de los instrumentos), en esta misma entrevista contestarán un cuestionario elaborado por el investigador, el cual contiene datos sociodemográficos y antecedentes acerca de como adquirieron la enfermedad (ver anexos).

VI.IV INSTRUMENTOS DE MEDICION

(Indices Clinimétricos)

Inventario de Depresión de Beck

Niveles de Depresión.- Los síntomas depresivos pueden ser considerados como la pérdida de intereses o placer en casi todas las actividades, representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes.

También se pueden manifestar por alteraciones en el apetito, cambios de peso, alteración en el ciclo sueño-vigilia, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, así como dificultad en el pensamiento e ideas de muerte recurrentes, este inventario nos permite medir la intensidad de dichos síntomas. Cuenta con 21 ítems que miden los diferentes estados de ánimo y es exacta con el grado de la intensidad de la misma; dicha escala es autoaplicable.

Los 21 ítem identifican síntomas de depresión de los cuales 14 se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y 7 a síntomas vegetativos o somáticos. De las escalas de depresión, ésta y la de Zung son las que tienen menos reactivos para evaluar síntomas somáticos por lo que pueden emplearse para evaluar pacientes médicamente enfermos

Cada pregunta del cuestionario contiene 4 posibles respuestas, con una puntuación que va de 0 para la primera respuesta hasta 3 para la cuarta respuesta. El sistema total de calificar nos da un puntaje de 63.^{31,32}

Inventario de depresión de Beck

Puntuación	Niveles de Depresión
01 - 10	Ausente
11 - 16	Leve perturbación del estado de ánimo
17 - 20	Estadio de depresión intermitente
21 - 30	Depresión moderada
31 - 40	Depresión grave
más de 40	Depresión extrema

Escala de Depresión y Ansiedad de Hamilton

Es utilizada para medir la severidad de la depresión, no es un instrumento diagnóstico. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento. Es una escala que consta de 21 reactivos, los primeros 17 reactivos corresponden a ánimo deprimido, culpa, suicidio, insomnio inicial, insomnio intermedio, insomnio terminal, trabajo e intereses, retardo psicomotriz, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas genitales, hipocondriasis, *insight* y pérdida de peso. Los otros 4 reactivos son adicionales: variación diurna, desrealización, síntomas paranoides, síntomas obsesivos.

Existe una versión revisada de esta escala que consta de 24 reactivos; los 3 reactivos más que se agregaron fueron: desesperanza, desamparo e inutilidad.

La validez de contenido se estableció por el consenso de los expertos. Los reactivos que forman esta escala corresponden a los síntomas que caracterizan a la depresión.

Cumple con la validez de apariencia, es identificada para evaluar la severidad de la depresión, fácilmente empleada y comprensible.

La validez discriminativa del HAM-D de 24 reactivos se obtuvo al aplicar el HAM-D y el HAM-A a 60 pacientes con trastorno depresivo mayor y a 60 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, después se comparó con los resultados obtenidos con las escalas de Hamilton original para ambos trastornos.

Los promedios de los resultados de la versión original y revisada del HAM-D en el estudio índice tuvo un valor de $p < 0.01$. La correlación de HAM-D revisada con el diagnóstico tuvo una $r = 0.46$ y fue altamente significativa con una $p < 0.001$, la escala original tuvo una $r = 0.23$. Al realizar la validación cruzada la escala original HAM-D de 21 reactivos falló para diferenciar los grupos diagnósticos (trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor) existiendo diferencias significativas con la escala revisada.

La prueba t de Hotelling indica que la correlación punto biserial del diagnóstico con la escala revisada fue de $r = -0.28$ y 0.37 para la escala de Hamilton de ansiedad y de depresión respectivamente con una $p < 0.001$ la correlación correspondiente al diagnóstico con la escala original $r = -0.11$ y 0.19 (escala de Hamilton de ansiedad y depresión respectivamente).

La mejor validez discriminativa de las nuevas escalas fue indicada por varios hallazgos, primero el total de puntuaciones derivado de cada una de las escalas revisadas fue mas significativamente correlacionada con las categorías nosológicas apropiadas que la escala de Hamilton original, segundo las escalas revisadas de Hamilton tuvieron un mejor índice de clasificación diagnóstica de depresión y ansiedad que la escala original.

Confiabilidad.- La consistencia se obtuvo al calcular el coeficiente alfa de Cronbach de 0.73 para la escala original y para la versión revisada 0.73.^{33,34,35}

Escala de Calidad de Vida de DUNBAR

La medición de la Calidad de Vida de un individuo puede ser importante para describir la naturaleza y extensión de los problemas psicosociales en pacientes en diferentes etapas de la enfermedad, monitorizar la calidad de los cuidados, comparar los efectos de diferentes tratamientos o como registro particular de cada paciente.

Esta escala es una escala multidimensional que consta de dos subescalas:

- 1) Calidad de Vida Actual (C.V.A)
- 2) Calidad de Vida Ideal (C.V.I.)

Cada una de ellas consta de 23 reactivos, los cuales se pueden agrupar en ocho dominios: bienestar psicológico, bienestar físico, ánimo, locus de control, relaciones sociales, empleo, actividades e intereses y área económica.

Cada reactivo consta de una escala tipo likert, representada por 10 puntos y en cada extremo los constructos positivo y negativo.

La escala de CV de Dunbar fue creada para ser utilizada en un inicio en población psiquiátrica no psicótica. Después se realizó un estudio con 129 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor para validar la escala en esta población.

La validez de contenido fue establecida por el consenso de los expertos.

La validez concurrente fue evaluada mediante la correlación del resultado total del Sickness Impact Profile (SIP) y el resultado del The General Health Questionnaire (GHQ) con los resultados totales de la escala de CV de Dunbar.

También para esta forma de validez se empleo un control negativo el cual fue el Eysenck Personaliy Questionnaire (EPQ).

Validez concurrente: coeficiente de correlación de Spearman entre la escala de CV Actual de Dunbar, el SIP, GHQ y EPQ.

Índice clinimétrico	Coeficiente de correlación de Spearman
SIP	(-0.33)- (-0.61)
GHQ	(-0.44)
EPQ (Subescala E)	(0.23)
EPQ (Subescala N)	(-0.29)

E= Extroversión.

N= Neurotisisimo

La validez de constructo fue determinada por el coeficiente de correlación entre los cambios en el HAM-D y el HAM-A de la línea basal a la semana 6 y 12, y Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Validez de constructo: coeficiente de correlación de Spearman entre la escala de CV de Dunbar, el HAM-D, HAM-A y HAD.

Índice clinimétrico	Coeficiente de correlación de spearman.
HAMD semana 6/12	-0.46- -0.68/-0.58- -0.71
HAMA semana 6/12	-0.20- -0.33/-0.51- -0.65
HAD-D semana 6/12	-0.68- -0.86/-0.50- -0.81
HAD-A semana 6/12	-0.52- -0.69/-0.60- -0.73

La confiabilidad fue determinada por prueba-contraprueba (coeficiente de correlación de Spearman) se realizó al aplicar la escala de CV el día 1 y el día 2. El resultado fue coeficiente de correlación 0.66-0.83. La consistencia interna fue evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach. resultando 0.85-0.95 (32).

Se denomino respondedor al tratamiento antidepresivo a la disminución del 50% o mas en la puntuación de la escala de depresión de Hamilton al compararla con la medición basal.^{14,37}

Escala de Bienestar Subjetivo (OWBS)

La escala de Bienestar Subjetivo, es una escala autoaplicable realizada por la Organización Mundial para la Salud (OMS) en diferentes regiones de la India. En un inicio valoraba 8 aspectos en 130 reactivos. En un transcurso de 18 meses se reconfiguró a 40 ítems que valoraban 11 dimensiones factoriales:

- ◇ Afecto general de bienestar positivo
- ◇ Congruencia de las expectativas de realización
- ◇ Confianza en la capacidad de enfrentamiento
- ◇ Trascendencia
- ◇ Soporte del Grupo Familiar
- ◇ Soporte Social
- ◇ Acerca del grupo primario
- ◇ Control mental deficiente
- ◇ Percepción de enfermedad
- ◇ Contacto social deficiente
- ◇ Afecto general de bienestar negativo

Solo se ha realizado la prueba de test-retest; aun no ha sido validada en pacientes de población mexicana con Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida.

Se puede tomar una puntuación de 40 como mínimo a 120 como máximo, así podemos observar 3 posibles rangos de 40 - 60, de 61 - 80 y de 81 - 120.

La puntuación para cada reactivo es de 3,2,1 para los ítems positivos y de 1,2,3 para los negativos. Los reactivos 14, 27 y 29 tienen una cuarta categoría para (No aplicable), en donde puntúa como 0.³⁶

VI.V Diseño y Tipo de Estudio

**** Encuesta Descriptiva

- ⇒ Prospectivo
- ⇒ Transversal
- ⇒ Descriptivo
- ⇒ Observacional
- ⇒ Clínico

VI.VI Análisis Estadístico

Se recolectaron los datos y se codificaron para ingresarlos al programa SYSTAT, en donde se analizaron por medio de Análisis de Varianza ANOVA, este procedimiento estadístico determina si hay o no cualquier diferencia entre dos o mas grupos de sujetos en uno o mas factores.

Se utilizó prueba de Chi cuadrada para analizar diferencias entre los grupos que padecían VIH y SIDA.

Material y Recursos Humanos

En el presente estudio participarán el equipo interdisciplinario del servicio de psiquiatría del HICMR.

Material Humano

- ◇ Médico psiquiatra adscrito al servicio de psiquiatría del HICMR
- ◇ Residente del 3er año de la especialidad de Psiquiatría
- ◇ Trabajadora social

Material Físico

- ◇ Se utilizará material el cual será financiado por el investigador
- ◇ Lápices
- ◇ Borradores
- ◇ Hojas de Máquina
- ◇ Fotocopias de las escalas a aplicar
- ◇ Carpetas
- ◇ Computadora o máquina de escribir

Lo último que se sabe cuando se realiza un trabajo

es por donde empezar.

(Blaise Pascal)

Estar consciente de que se es ignorante

constituye un gran paso hacia el saber.

(Benjamín Disraeli)

VII Resultados

Para el presente estudio se incluyeron 55 sujetos de los cuales 3 se excluyeron por no completar las entrevistas quedando un total de 52 sujetos, de ellos a 41 se les estaba atendiendo en la consulta externa y a 11 se les entrevistó durante su hospitalización.

Las características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la tabla 1. De la muestra total, 33 de ellos fueron del sexo masculino (63.5%) y 19 mujeres (36.5%), el tiempo en el que se les había notificado el diagnóstico oscilaba en 88 meses en promedio con una desviación estándar (*de*) 19.7.

Un 57.7% trabajan y 23.0% se encuentran desempleados; de ellos 59.6% practican la religión católica y el resto otra o no practican ninguna.

29 sujetos (55.7%) son solteros y 14 (27.0%) son viudas, cabe mencionar que la causa de viudez y vía de contagio de las 14 mujeres, fue precisamente su esposo, ya que ignoraban que padecieran SIDA, el resto de la muestra son casados.

35 sujetos (67.3%) actualmente no tienen pareja, 17 (32.7%) la tienen aunque en algunos de ellos la relación no es estable.

Para investigar los niveles de escolaridad se les agrupó según los grados que hayan concluido, así 7 (13.4%) de ellos tuvieron primaria terminada, para secundaria 16 sujetos o sea un (30.7%) de la muestra, quienes concluyeron la preparatoria se obtuvieron las mismas puntuaciones (30.7%) y solo 13 sujetos (25.2%) son profesionistas.

Tabla 1.- Características demográficas de los sujetos en estudio.

	n=	Promedio (%)
Sexo		
Femenino	19	36.5 %
Masculino	33	63.5 %
Estado Civil		
Soltero	29	55.7 %
Casado	9	17.3 %
Viudo	14	27.0 %
Escolaridad		
Primaria	7	13.4 %
Secundaria	16	30.7 %
Preparatoria	16	30.7 %
Profesional	13	25.2 %
Ocupación		
Trabaja	30	57.7 %
Ama de Casa	7	13.5 %
Desempleado	12	23.0 %
Estudia	3	5.8 %
Religión		
Católico	31	59.6 %
Ninguna	6	11.5 %
Otra	15	28.9 %

La edad promedio del grupo fue de 33.5 años con una desviación estándar de 6.3

La vía de contagio fue por vía sexual en el 100%..

11 sujetos (21.1%) mantienen relaciones homosexuales, 18 (34.6%) son bisexuales y 23 (44.3%) son heterosexuales, este hallazgo es importante ya que más del 50 % de la muestra a pesar de que no mantienen relaciones sexuales actualmente, si son una fuente latente de contagio para mas de una persona. (ver tabla 2)

Tabla 2.- Características Clínicas de los sujetos en estudio.

	n=	Promedio (%)
Vía de Contagio	Sexual	100 %
Sin pareja	35	67.3 %
Con pareja	17	32.7 %
Tipo de relación Sexual		
Homosexual	11	21.1 %
Bisexual	18	34.6 %
Heterosexual	23	44.3 %

Para poder evaluar con mayor claridad la intensidad de la depresión, se les agrupó dependiendo quienes mostraron puntuaciones de Hamilton por arriba del corte (18 puntos), así mismo con la escala de Beck (14 puntos) los resultados se muestran en la tabla 4.

El promedio de puntuación para Hamilton fue de 15 puntos con una (*de*) de 1.4.

Para Beck la puntuación promedio fue de 13 con una (*de*) de 15.5, esto nos demuestra la gran disparidad que existe en la percepción subjetiva de la sintomatología depresiva.

26 sujetos 50% de la muestra puntuaron por arriba de 18 puntos y la otra mitad 26 sujetos por debajo de 18 puntos en Ham-D.

Para el inventario de Beck 38 sujetos (73.1%) puntuaron por arriba de 14 y 14 sujetos (23.9%) por debajo de 14 puntos. (ver tabla 4)

Tabla 3.- Edad y Tiempo de Diagnóstico

	Promedio	Desviación Estándar (<i>de</i>)
Edad	33.5 años	6.3
Tiempo de diagnóstico (meses)	88	19.7

El grupo se dividió en quienes padecían solo Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) siendo un total de 12 sujetos (23.0%) y en quienes padecen Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), 40 sujetos (77.0%).

Estos datos son importantes ya que al momento de realizar el análisis estadístico, se encontraron diferencias significativas entre quienes padecen estos dos diagnósticos.

Tabla 4.- Puntuación de las escalas Hamilton y Beck.

	Promedio	Desviación Estándar (de)
Puntuación de Hamilton	15	1.4
Puntuación de Beck	13	15.5
Puntuación de Hamilton arriba de 18 puntos	26 sujetos 50 %	
Puntuación de Hamilton abajo de 18 puntos	26 sujetos 50%	
Puntuación de Beck arriba de 14	38 sujetos 73.1 %	
Puntuación de Beck abajo de 14	14 sujetos 26.9 %	

A continuación en la tabla 5 presentamos los promedios de puntuación que se obtuvieron asociando diagnóstico ya sea VIH o SIDA con las escalas que se aplicaron.

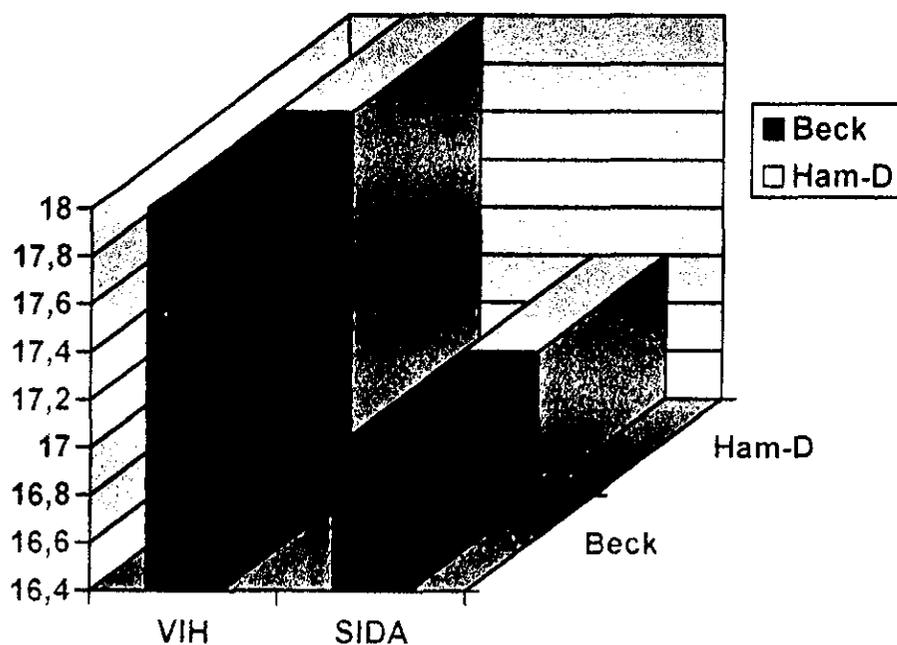
I N S T R U M E N T O					
Diagnóstico	Ham-D	Beck	Bienestar Subjetivo	Calidad de Vida Actual	Calidad de Vida Ideal
VIH	18.16	18.66	91.00	176.41	222.25**
SIDA	17.80	17.02	91.30	175.30	212.52

** Tendiente a ser significativo [F(1)=2.96; p=0.091]

El promedio de meses en que se había realizado diagnóstico de VIH fue de 21.08 y en el caso de SIDA de 43.37.

El promedio de puntuación en Hamilton para mujeres n=19 (36.52%) fue de 17.84 y 33 hombres (63.46%) puntuaron como promedio 17.90, con lo cual podemos observar que no existen diferencias significativas en cuanto a depresión según el género medido por la escala de depresión de Hamilton.

Promedio en la puntuación de depresión en sujetos con VIH y SIDA



gráfica 1

Las puntuaciones promedio encontradas con el Inventario de depresión de Beck fue de 16.31 para las mujeres y 18.03 para los hombres, a pesar de que solo existe una diferencia

de 2 puntos, si podemos observar que los hombres perciben mayormente la depresión que las mujeres.(ver gráfica 1)

El promedio de puntuación de Bienestar Subjetivo para mujeres fue de 91.52 y en hombres 91.06, sin que existiera diferencia ni fuera significativo.

La escala de Calidad de Vida de Dunbar se comportó diferente, en cuanto a Calidad de Vida Actual las mujeres puntuaron en 173.00 y los hombres en 177.03 y en Calidad de Vida ideal las mujeres puntuaron en 208.21 y los hombres en 218.54 lo que tendió a ser significativo [F(1)=4.50; p=0.039].

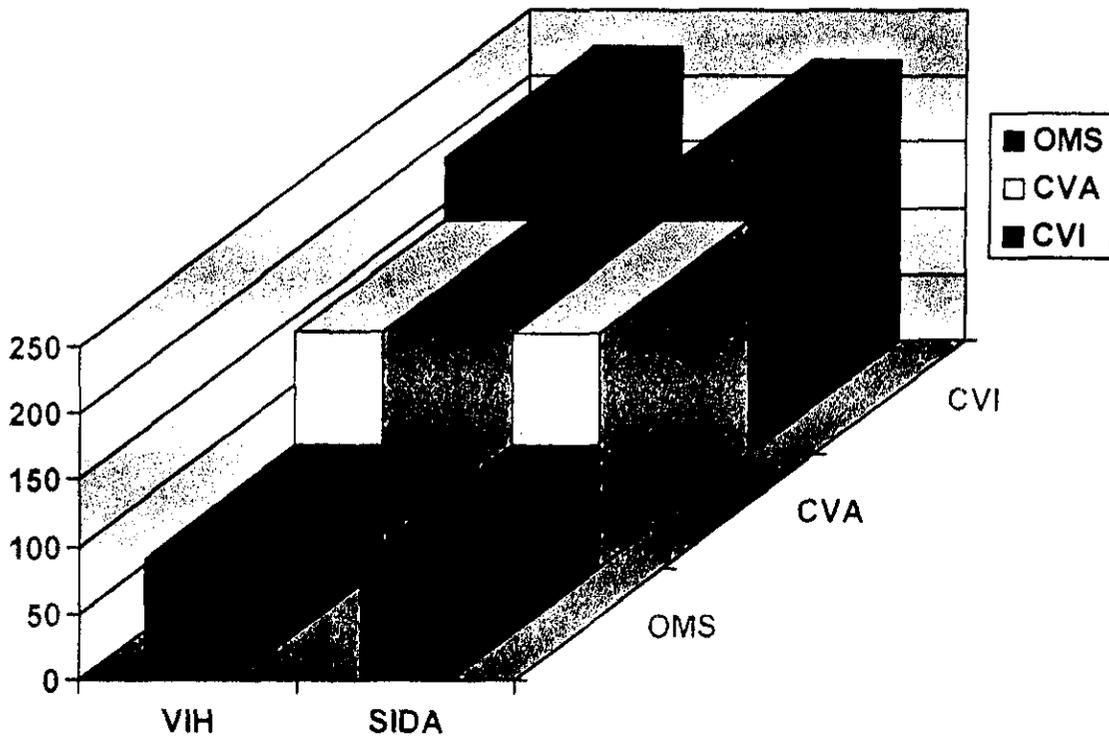
Asociando la Calidad de Vida Ideal con quienes tienen pareja, se encontró una puntuación de 219.05 en promedio, en comparación a 212.68 en quienes no tienen pareja. Ahora si asociamos el tipo de relación sexual que practican con Calidad de Vida Ideal, los Homosexuales-Bisexuales puntúan en 219.24 y los heterosexuales en 209.13 lo que es tendiente a ser significativo [F(1)=4.59; p=0.037].

Investigando este rubro encontramos que 29 sujetos (55.77%) mantienen relaciones homo-bisexuales y 23 (44.23%) son heterosexuales.

La Calidad de Vida Ideal por género reportó puntuaciones de 208.21 para las mujeres y 218.21 para los hombres encontrando así que es significativo que los hombres mantienen mejores expectativas de vida [F(1)=4.50; p=0.034].

La Calidad de Vida Actual puntó en 182.42 para quienes mostraron Ham-D por debajo del corte y 168.69 en quienes puntuaron por arriba del corte, esto nos deja ver que los sujetos que actualmente mantienen puntuaciones para Hamilton altas tienen peor Calidad de Vida [F(1)=3.06; p=0.086], asociando así los datos de depresión con mala calidad de vida. (ver gráfica 2)

Puntuaciones en la Calidad de Vida y Bienestar en sujetos con VIH y SIDA



gráfica 2

VIII Discusión

Con los resultados que obtuvimos podemos comprobar lo que ya se encuentra en la bibliografía, Treisman reporta que un gran porcentaje de pacientes que sufren VIH-SIDA cursan con depresión, por lo que es importante reconocerlo a tiempo para poder intervenir en estadios tempranos y poder ofrecer así mejor calidad de vida a nuestros pacientes.⁴

A diferencia de Gary y cols. en nuestro estudio se encontró que si bien no es significativo el tiempo de diagnóstico en meses para la severidad de la depresión, si lo es en cuanto a la calidad de vida y las expectativas que estos sujetos mantienen de ella.¹⁵

Lyketsos encontró en su estudio que los homosexuales muestran importantes datos de depresión, lo que no se pudo comprobar en este estudio ya que su muestra solo constaba de varones y su grupo control eran sujetos sin afección,³⁹ al momento de comparar sus resultados con los nuestros observamos que los homosexuales si bien muestran datos de depresión, también tienen altas puntuaciones para calidad de vida ideal ya que son otro tipo de variables las que proveen soporte a estos pacientes.

A pesar de que tanto las variables de Depresión, Calidad de Vida y VIH-SIDA, actualmente son sujeto de múltiples investigaciones, y es abundante la bibliografía que se encuentra al respecto, la gran mayoría se ha enfocado a estudiar el decremento de CD₄ asociado a la depresión, o a la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas farmacológicas que ayuden a disminuir o eliminar las complicaciones de esta enfermedad.

Entre tanto consideramos que es importante realizar estudios entre grupos comparativos tanto por sexo como tipo de diagnóstico, y tratar de controlar lo mas posible las variables para poder cercar el campo de acción en la psiquiatría, este estudio puede servir de precedente para dejar sentadas las bases de futuros estudios.

IX Conclusiones

De los resultados obtenidos en este estudio podemos concluir que la vía de contagio sigue siendo sexual de preferencia, a pesar de las intensas campañas que se llevan a cabo con la finalidad de prevenirlo, aun así es necesario intensificar programas de información acerca de este padecimiento y como practicar el sexo seguro ya que un gran porcentaje de la muestra de estudio estuvo constituida por mujeres que enviudaron a causas

de esta enfermedad, y sin duda en corto tiempo no solo sus hijos quedarán sin padres, sino que continúa latente el riesgo de procrear hijos afectados.

Esta enfermedad sigue prevaleciendo entre población joven (33.5 años promedio), masculinos productivos y sin importar el nivel de escolaridad.

Más de la mitad reportaron puntuación por arriba del corte en Ham-D, lo que nos indica que si existen importantes datos de depresión, sobre todo en los hombres y que de preferencia la percepción de estos datos es subjetiva ya que la puntuación de Beck fue mucho más alta; esto se asocia con una mala calidad de vida,

Quienes padecen VIH son los que mantienen mayor puntuación en calidad de vida ideal, (tal vez por que tienen menor tiempo de diagnóstico y aun no presentan las complicaciones de la enfermedad).

De manera general fueron los hombres, homosexuales y con pareja quienes mantuvieron expectativas de mejor calidad de vida .

X Anexos

Consentimiento para participar en un estudio de Investigación

Título del Protocolo

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESION EN PACIENTES CON VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SINDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**

Lo invitamos a participar en un estudio de investigación en el cual evaluaremos la Calidad de Vida y la presencia de sintomatología Depresiva en sujetos con VIH-SIDA. Lara Muñoz

y cols. refieren que la Calidad de Vida, es la evaluación global que el sujeto hace de su vida y depende de las características del mismo (demográficas, de personalidad, valores etc.) y moduladores externos como es el caso de la enfermedad y del tratamiento que esta requiere. Por otro lado se ha encontrado que la asociación de trastornos afectivos y VIH-SIDA conlleva a empeorar la evolución y respuesta al tratamiento.

Consideramos que es importante llevar a cabo estudios que evalúen estas variables, su participación consistirá en contestar escalas que valoran los aspectos antes mencionados, aun así si usted decide no concluir el estudio, esto no afectará la atención que recibe en esta unidad.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Testigo

Consideraciones Bioéticas

Es necesario por parte de los investigadores el cumplir exactamente el protocolo del estudio basado en las normas de la declaración de Helsinki, adoptada por la XVII Asamblea Médica Mundial en 1964, revisada en la XXIX Asamblea Médica Mundial de

1975 y por la XXXV Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia en 1983 enmendada en la IL Asamblea Médica Mundial en Hong Kong, en septiembre de 1989.

El investigador responsable y asociados firmarán una copia del protocolo, una prueba de su compromiso para ser llevado de la mejor forma posible. La información de cada paciente se llevará por medio de registros internos.

BIBLIOGRAFIA :

- 1) Kaplan H, Sadock B, *Comprehensive textbook of psychiatry* 1995. De. Williams & Wilkins. Sexta de. Vol 2 1646-.80
- 2) Wiener P, Schwartz m & O Connell R. *Characteristic of HIV-infected patients in a inpatiente psychiatric setting*. Psychosomatics. 1994; 35-1:59-65
- 3) *Situación del SIDA en México*. Datos actualizados hasta el tercer trimestre de 1996. SIDA/ETS 3er trimestre de 1996.
- 4) Treisman G:J, Fishman M. & Lyketson C. *Mental Health Care of HIV Patients*. Aids Clinical Care. 1994;6-8:63-69.
- 5) Alfonso C, Adler M, Aladiem A. et al. *HIV seropositivity as a major risk factor for suicide in the general hospital*. Psychosomatics 1994;35:368-73.
- 6) Stein M. Miller A.H.,&tretman R.L. *Depression, the immune System, and Health and Illnes*. Arch Gen Psychiatry 1991;48:171-77.
- 7) Ware JE. *Standards for validating health measures: definition and content*. J. Chron Dis.1987; 40:473-80.
- 8) Lara MC, Ponce de León, de la Fuente JR. *Conceptualización y medición de la calidad de vida de los pacientes con cáncer*. Rev Invest Clin,1995;47:315-27.
- 9) Lara MC, Ortega Soto H. *¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica Psiquiátrica*. Salud Mental Vol 18 No 4 diciembre 1995.
- 10) Bigelow DA,MacFarland BH, Olson MM. *Quality of life of community mental health program clients: validating a measure*. Comm Mental Healt Res. 1991;27:43-55.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 11) Kiebert GM, de Haes Jh, Kievit J, van de Valde C. *Effect of perioperative chemotherapy on the quality of life of patients with early breast cancer.* Eur J Cancer, 1990;26:1038-42.
- 12) Winklud I, Lindual K, Swedborg K. *Assessment of quality of life in clinical trial.* Acta Med Scand. 1986;220:1-3.
- 13) Cella D, Tulsk D. *Measuring the quality of life today methodological aspects.* Oncology, 1990;4:29-38.
- 14) Stoker M, Dunbar G, Beaumont. *The Smithkline Beechman quality of the life scale: A validation and reliability study in patient with afective disorder.* Quality of life Research 1992;1:385-395.
- 15) Gary S, Belkin M :D : Fleishman J. *Physical Symptons and Depressive Symptoms Among Individuals With HIV Infection.* Psychomatics 1992;33:4 416-27.
- 16) Perkins D, Leserman J, Stern R. *Somatic Symptoms and HIV Infection:Relationship to Depressive Symptoms and Indicators of HIV Disease.* Am J Psychiatry 1995;152:1776-81.
- 17) Breitbart W, Rosenfeld B, Passik S. *Interest in Physician-Assisted Suicide Among Ambulatory HIV-Infected Patients.* Am J Psychiatry. 1996;153(2):238-42.
- 18) Sherbourne C, Wells K, Judd L, *Functioning and Well-Being of patients with panic disorder.* Am J Psychiatry 1996;153:2 213-18.
- 19) William C, Holmes M, Bix B. et al. *Human Immunodeficiency virus (HIV) infection and Quality of the life:The potential impact of axis I psychiatric Disorder in a sample of as HIV seropositive men.* 1997;59:187-92.

- 20) Barker S, Tindall B, Carballo M. *Quality of life and clinical trials in HIV infection.* The Lancet 335 1045.
- 21) Wachtel T, Piette J, Mor V. et al. *Quality of life in persons with human Immunodeficiency virus infection: Measurement by the Medical Outcomes Study Instrument.* Annals of Internal Medicine 1992;116:2 124-137.
- 22) Robert M, Kaplan P, Anderson P. et al *The Quality of Well-Being Scale Applications in AIDS, Cystic Fibrosis, and Arthritis.* Medical Care 1989;27-3 Supplement.
- 23) Robert M, Kaplan P, Jonh P. et al. *Validity of the Quality of Well-Being scale for persons with human immunodeficiency virus infection.* Psychosomatic Medicine 1995;57:138-47.
- 24) Spitzer W, Dobson A, Hall J. *Measuring the Quality of life of cancer patients. A concise QL-index for use by pshysicians.* J Chronic Dis 1981;34:585-597.
- 25) Kats S. *The science of Quality of life.* Journal of Chronic Disease 1987;40(6) 459-463.
- 26) Alvin R, Tarlov MD. *Outcomes assessment and Quality of life in patients with human Immunodeficiency virus infection.* Annals of Internal Medicine 1992;2(116)166-67.
- 27) Spitzer W. State of science 1986: *Quality of life and functional status as target variables for research.*
- 28) Wood-Dauphines S, Williams I. *Reintegration to normal living as a proxy to Quality of life* Journal of Choronic Disease 1987;40(6)491-49.

- 29) Mor V. Discussion: Wodt-Dauphinee and Williams' *"Reintegration to normal living as a proxy to Quality of life"*. Journal of Chronic Disease. 1987;40(6):501-2.
- 30) O'Young J, McPeck B. *Quality of life variables in surgical trials*. Journal of Chron Dis 1987;40(6) 513-22.
- 31) Beck A, Ward, Mendelson M. *An Inventory for Measuring Depression*. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.
- 32) Beck A, Beck R. *Screening Depressed Patients in Family Practice*. Postgraduate Medicine December 1972;81-85.
- 33) Mowbray R. *The Hamilton Rating Scale for depression: a factor analysis*. Psychological Medicine 1972;2:272-80.
- 34) Hamilton M. *A rating Scale for Depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
- 35) Riskind J, Beck A, Brown M, Steer R. *Taking the Measure of Anxiety and Depression. Validity of the Reconstructed Hamilton Scales*. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol.175 No.1.
- 36) *Assessment of Subjective Well-being*. World Health Organization. New Delhi 1992; pages 1-37.
- 37) Dunbar G, Stoker M, Hodges T, Beaumont G. *The development of SBQOL a unique scale for measuring quality of life*. British Journal of Medical Economics 1992;2:65-74.
- 38) Burack J, Barret D, Stall R. *Depressive Symptoms and and CD₄ Lymphocyte Decline Among HIV-Infected Men*. JAMA 1993;270(21):2568-73.

- 39) Lyketsos C, Hoover D, Guccione M, Senterfitt W. *Depressive Symptoms as Predictors of Medical Outcomes in HIV Infection*. JAMA 1993;270(1):2563-67.
- 40) Mierlak D, Leon A, Perry S. *Does Physical Improvement Reduce Depressive Symptoms in HIV-Infected Medical Inpatients?* General Hospital Psychiatry 1995;17:380-84.