



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**SECRETARIA DE SALUD**

**UNIDAD ACADEMICA  
PARAISO TABASCO**



**CESSA VILLA TECOLUTILLA  
JURISDICCION SANITARIA 05  
COMALCALCO TABASCO**

**SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE CALIDAD Y  
ENSEÑANZA EN SALUD**

**DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON VIH-SIDA EN COMALCALCO  
TABASCO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA  
DRA. TERESA DORANTES OSIO**



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.

**DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON VIH-SIDA EN COMALCALCO  
TABASCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

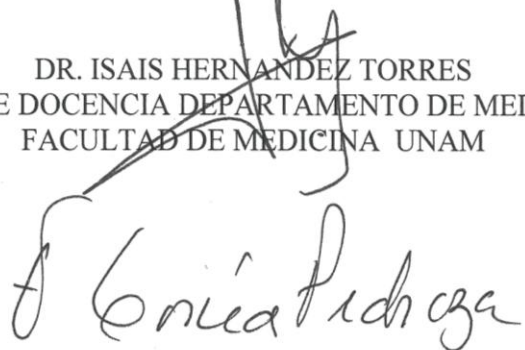
DRA: TERESA DORANTES OSIO

AUTORIZACIONES

DR .FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA FACULTAD DE  
MEDICINA UNAM.



DR. ISAIS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

COMALCALCO, TABASCO.

2009

**DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON VIH-SIDA EN COMALCALCO  
TABASCO.**

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

DRA: TERESA DORANTES OSIO

AUTORIDADES



DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA  
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO



QUÍMICO SERGIO LEON RAMIREZ  
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA E INVESTIGACION



SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE CALIDAD Y  
ENSEÑANZA EN SALUD

**DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON VIH-SIDA EN COMALCALCO  
TABASCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

DRA: TERESA DORANTES OSIO



AUTORIZACIONES

DR. NATANAEL MARTINEZ VAZQUEZ  
ASESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES EN PARASISO TABASCO.



DR. MIGUEL PABLO GARCIA  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS

COMALCALCO, TABASCO.

2009

## DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas por haberme permitido esta meta.

A mis padres \*\* que recuerdo sus sabios consejos y por todo el apoyo que recibí en todas las etapas de mi vida.

A mis hijos muy en especial: Carlos Omar, Jorge Luis y Leonel por ser unos alumnos ejemplares y responsables con sus deberes y por su apoyo incondicional.

A mi esposo con cariño Leonel por su apoyo y comprensión que siempre me ha brindado y por confiar en mi.

Con mucho cariño a mis hermanos: Ángeles, Angelina, Pedro, Reyna, José Luis, a mis sobrinas: Rosa, Liliana, Yeny, Genoveva, Guadalupe, por el apoyo que me brindaron de manera incondicional cuando las necesite y a toda mi familia.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Miguel Pablo García por sus valiosas asesorías, sin ellas no hubiese terminado

A Psicóloga Ma, del Rosario Benítez Alvarado por su apoyo espiritual

Al Dr. Natanael Martínez Vázquez por su apoyo incondicional.

A mis compañeros y amigos residentes de grupo quienes compartieron conmigo momentos de alegría y apoyo en momentos difíciles.

Con mucho cariño a la señora Emma que siempre cuida a mis hijos con mucho amor y desinteresadamente.

De manera muy especial a todos los Jefes de Sector de salud por darme esta oportunidad de superarme y creer en mí.

A la Lic. Ana Bertha, al Contador Francisco por su valiosa colaboración a esta investigación a ellos con mucho cariño.

A todos los pacientes de VIH/SIDA por confiar en mí y valioso apoyo que me brindaron para mi aprendizaje.

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. ANTECEDENTES.....  | 8  |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                              | 20 |
| 3. JUSTIFICACIÓN.....   | 21 |
| 4. OBJETIVOS.....   | 23 |
| 4.1. Objetivo general .....                                     | 23 |
| 4.2. Objetivos específicos.....                                 | 23 |
| 5. METODOLOGIA .....  | 23 |
| 5.1. Tipo de estudio.....                                       | 23 |
| 5.2. Población, lugar y tiempo de estudio.....                  | 24 |
| 5.3. Criterios de inclusión .....                               | 24 |
| 5.4. Variables .....  | 25 |
| 5.5. Métodos o procedimientos para capturar la información..... | 26 |
| 5.6. Consideraciones éticas .....                               | 27 |
| 6. RESULTADOS.....  | 29 |
| 7. DISCUSION.....   | 39 |
| 8. CONCLUSIONES .....   | 41 |
| 9. RECOMENDACIONES .....  | 42 |
| 10. BIBLIOGRAFIA: .....   | 43 |
| 11. ANEXOS .....  | 46 |



## 1. ANTECEDENTES

En 1981 se informaron los primeros casos de SIDA en los Estados Unidos de América (EUA) y a la fecha, el número de casos se acerca a un total acumulado de 40 millones en el mundo y la epidemia continúa en crecimiento. Cada día se infectan 16 mil personas, la mayoría por transmisión sexual, por lo que estas infecciones son potencialmente prevenibles. La epidemia ha evolucionado de acuerdo a características económicas, sociales y culturales de cada país, notándose una mayor proliferación en los países subdesarrollados<sup>1</sup>.

El VIH (Acrónimo del Virus de la Inmunodeficiencia Humana) es el agente infeccioso determinante del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Según el comité Internacional de Taxonomía del Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género Lentivirus, encuadrado de la subfamilia *Orthoretrovirinae* de la familia *Retroviridae*. Este Virus es esférico dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente a ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T4<sup>2</sup>

Investigadores clínicos de Nueva York y California observaron en hombres homosexuales jóvenes, un inusual conjunto de enfermedades poco frecuentes, en particular Sarcoma de Kaposi (SK), la cual tenía una incidencia del 0.02 al 0.06 por cada 100 mil habitantes, e infecciones oportunistas como la neumonía *Pneumocystis carinii*, así como también casos de linfadenopatías inexplicables y persistentes. Pronto se hizo evidente que estos hombres tenían un déficit inmunológico común, que se traducía en una disminución del sistema inmunológico celular, con una pérdida significativa de células TCD4. La amplia diseminación del Sarcoma de Kaposi y de la neumonía por *Pneumocystis carinii* en personas jóvenes sin una historia clínica previa de terapia inmunosupresora no tenía precedentes<sup>3</sup>.

La neumonía *Pneumocystis carinii* (PCP), una infección pulmonar causada por un agente patógeno al cual están expuestos la mayoría de los individuos sin mayores consecuencias, era extremadamente rara con anterioridad a 1981, salvo en aquellas

personas que recibían terapia inmunosupresora o entre los sujetos crónicamente mal nutridos, como sucedió con los niños de algunos países de Europa Oriental después de la Segunda Guerra Mundial. El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros en contraer SIDA en los Estados Unidos, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. Esto fue desechado al observarse que el síndrome era común a distintos grupos drogadictos endovenosos masculinos y femeninos; hemofílicos y quienes habían recibido transfusiones de sangre; mujeres cuyas parejas sexuales eran hombres bisexuales; quienes recibían productos derivados de la sangre y niños nacidos de madres con SIDA o con historia de drogadicción endovenosa. Varios expertos en salud pública llegaron a la conclusión de que el conjunto de casos de SIDA y el hecho de darse en diversos grupos de riesgo sólo podía explicarse si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la hepatitis B: por contacto sexual, por transfusión de sangre o de hemoderivados y de la madre infectada a su hijo. Hacia 1983, numerosos grupos de investigación se habían concentrado en los retrovirus para hallar claves que condujeran a cómo se originaba el SIDA. Dos retrovirus recientemente reconocidos - HTLV-1 y HTLV-II - eran los únicos virus estudiados capaces de infestar a los linfocitos T, las células afectadas en personas con SIDA. El esquema de transmisión era similar al observado en pacientes con SIDA: el HTLV se transmitía por contacto sexual, de la madre a hijo o por exposición a sangre infectada. En mayo de 1983, se publicó el primer informe que suministraba evidencias experimentales de una asociación entre un retrovirus y el SIDA. Después de haber detectado anticuerpos contra el HTLV-1 en un paciente homosexual con linfoadenopatías, un equipo dirigido por el doctor Luc Montaigner aisló un virus previamente no reconocido. El agente en cuestión fue luego denominado virus asociado a linfoadenopatías (LAV). En 1986 el Comité de Taxonomía Viral rebautizó a los diversos virus (HTLV-1 y HTLV-II, LAV) con el nombre de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La aparición del VIH a partir del suministro de sangre a precedido o coincidido con la irrupción de casos del SIDA en todos los países y regiones donde se reportaron casos de SIDA. Un estudio serológico asociado al dengue y efectuado en el Caribe detectó que las primeras evidencias de infección por VIH en Haití surgieron en muestras obtenidas a partir de 1979, y los primeros casos de SIDA en Haití y en los Estados Unidos se dieron a conocer a principio de la década del 80 En África, entre 1981 y 1983, se registraron

especialmente en Ruanda, Tanzania, Uganda, Zaire y Zambia epidemias clínicas de enfermedades crónicas y mortales como la meningitis criptocócica, Sarcoma de Kaposi progresivo y candidiasis del esófago. La primera muestra de sangre obtenida en África en la cual se encontró el VIH pertenece a un posible paciente con SIDA en Zaire, muestreado con relación al brote ocurrido en 1976, del virus Ebola. Por otra parte, datos serológicos han sugerido la presencia de infección por VIH en Zaire desde 1959. Otros investigadores detectaron evidencia de VIH en tejidos de un marinero fallecido en Manchester, Inglaterra, en 1959. El VIH se transformó en epidemia 20 ó 30 años después, como consecuencia de las migraciones de zonas rurales a centros urbanos de países desarrollados, de individuos jóvenes, pobres y sexualmente activos, con el consiguiente retorno a su zona de origen e internacionalmente, como consecuencia de guerras civiles, turismo, viajes de negocios y tráfico de drogas<sup>3</sup>.

En México la epidemia inició en 1983 y registró un incremento hasta 1992, descendió en 1993 y nuevamente se incrementó en 1997, hasta un acumulado de 110,339 casos para el 2006. La tasa de mortalidad es mayor en hombres (16.3) comparada con la de mujeres (3.2). Los Estados con mayor mortalidad son Baja California sur, Tabasco y Veracruz y los que presentan la tasa más baja de mortalidad por SIDA son Zacatecas, Guerrero y Michoacán. Según datos del INEGI en el 2006 se registraron 4 mil 949 defunciones por SIDA, de los cuales el 82.7 % fue de hombres (4093) y 17.3 % de mujeres (856) <sup>4</sup>.

En Tabasco desde 1984 a la fecha se ha detectado 1821 personas infectadas de las cuales solo 754 se encuentran vivos y equivale a 39.25%. Datos oficiales hasta finales del 2006 presentaban 359 seropositivos así como 1562 pacientes con SIDA. De estos últimos, el 60.65% ha fallecido; del total de pacientes infectados 85 han sido pediátricos, 1255 son hombres y 307 mujeres, lo que representa el 80.34% y el 19.66% respectivamente.<sup>5</sup>

En 1996, se creó el Comité Nacional de Prevención del Sida (CONASIDA) y entre las funciones asignadas se incluía el establecimiento de criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); asimismo, la coordinación, implantación y la evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas. En un inicio, este organismo no contaba con

recursos propios y su financiamiento era básicamente con recursos de organismos internacionales. En 1991 recibió una asignación presupuestal propia de recursos federales, como organismo de la secretaria de salud.<sup>5</sup>

Existen algunas particulares en la definición del SIDA; Esta incluye la correlación de la cuenta de linfocitos TCD4, carga viral y las manifestaciones clínicas. El sistema se basa en 3 rangos de cuentas de CD4+3 categorías clínicas, dando una matriz de 9 categorías exclusivas. Los criterios para infección de VIH en personas de 15 o más años, con 2 o más pruebas reactivas de ELISA positivas e identificación de anticuerpos específicos por una prueba definitiva llamada WESTERN BLOT. Los criterios para el inicio de tratamiento antirretroviral: La cuenta de linfocitos TCD4+ y la carga viral son predictores independientes de la progresión clínica y por lo tanto, deben usarse para tomar la decisión de iniciar. Entre ambos marcadores el primero tiene mayor importancia para la determinación del momento de inicio de ARV.<sup>6</sup>

En Comalcalco, los primeros casos de VIH/SIDA se presentaron en 1991, 5 casos registrados y confirmados de una población de 180,000 habitantes, pero a la fecha estas cifras han aumentado y actualmente se cuentan con 200 casos registrados y confirmados, lo que indica que 1 de cada 800 habitantes de la población está infectado y cada año aumentan más personas infectadas. De los casos notificados 100 pacientes han muerto de los cuales han sido 17 mujeres y 83 hombres. En las encuestas realizadas se observa que la población más afectada está en zonas urbanas y son los hombres (homosexuales, bisexuales, promiscuos) los que mayormente han contraído el virus. El 80 % de los afectados son personas que han salido de Tabasco, principalmente al Estado de Quintana Roo lo que a su regreso llegan a esta ciudad infectados para recibir atención médica y cuidados de su familia sin importar si cuentan con dinero o no. Esta situación afecta el entorno familiar, pues es justamente la familia quien se encarga del cuidado de los pacientes con VIH/SIDA llegando en muchos casos a presentarse depresión tanto en el paciente como en su familia. La depresión es un trastorno del estado de ánimo, una sensación de tristeza o aflicción de una intensidad más profunda y que dura más de lo que debería.<sup>7</sup>

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Se considera como un desorden del talante y es la

forma más común de sufrimiento mental. A nivel mundial millones de personas sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad. La depresión es una condición que fue reconocida clínicamente por los antiguos griegos, pero fue a mediados del siglo XX que se iniciaron estudios sobre neurotransmisores, los que aportaron conocimientos esenciales para el tratamiento exitoso. La depresión es una de las formas más comunes de enfermedad mental en la población. En general la prevalencia es del 15%, la asociación que mantiene la morbilidad y mortalidad es sustancial e impone una gran carga tanto en los países en vía de desarrollo como en los desarrollados. De acuerdo con datos recientes la depresión es la 5ª, causa de discapacidad y el alrededor del 4% de la carga total de enfermedades en el Mundo. Los desordenes depresivos afectan al menos el 20% de mujeres y 12 % de hombres en algún momento de su vida. Las mujeres son doblemente susceptibles a sufrir depresión y los síntomas generalmente se incrementan con la edad pero a pesar de eso más hombres que mujeres mueren de suicidio. La depresión se considera en dos formas básicas en exógena y endógena. La exógena o reactiva obedece a una causa externa generalmente bien definida por ejemplo: pérdida de un familiar o un ser amado, perdida monetaria, enfermedad invalidante, etc. La depresión endógena, en cambio no tiene causa externa manifiesta se considera una alteración biológica (maniaco-depresivo). Las características claves por medio de las cuales se podrían definir los desordenes depresivos son: Talante bajo, energía reducida, perdida del interés o del disfrute

### **Otros síntomas.**

- Baja concentración
- Pensamientos de culpabilidad
- Disturbios del sueño y alteraciones del apetito
- Ideas de autodaño o suicidio
- 

La depresión tiene varias causas la cuales incluyen:

- a) Factores genéticos
- b) Factores químicos
- c) Factores psicosociales

En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica.<sup>8</sup>

### **De acuerdo a la CIE-10**

**Episodio Depresivo:** en los depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. Deben durar al menos dos semanas. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e incluso en las formas leves a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas somáticos, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, el sistema psicomotor disminuido, pérdida de peso, pérdida de apetito y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

**Episodio Depresivo Leve.** Suele estar presentes dos o tres de los síntomas de síndrome depresivo, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza y dos o tres de los que continuación mencionados:

- Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi todo el día y persistente a menos dos semanas.
- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
- Disminución de energía y presencia de fatiga.
- Además uno o más de los síntomas siguientes para que la suma total sea al menos de cuatro.

- Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
- Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o validación.
- Cambio en la actividad psicomotriz.
- Cualquier tipo de alteración de sueño.
- Cambio en el apetito con el correspondiente cambio de peso.

**Episodio Depresivo Moderado:** deben cumplirse los criterios de Síndrome Depresivo, además 6 o más de síntomas de Depresión Leve; el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con actividades ordinarias.

**Episodio Depresivo Grave sin síntomas Psicóticos:** episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la pérdida de autoestima de ideas de auto desprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos.

A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

- a) Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo.
- b) Presencia de 8 o mas sintomas de depresión leve.
- c) Ausencia de alucinaciones, ideas o estupor depresivo.<sup>9</sup>

### **Episodio depresivo mayor**

El diagnóstico de la depresión mayor presenta un cierto grado de complejidad, por su variabilidad clínica y la multitud de procesos físicos y psíquicos que cursan con síntomas depresivos. Hasta un 50% de las personas que solicitan atención sanitaria por síntomas depresivos no llegan a ser correctamente diagnosticadas.

## **Características diagnosticas (DSM-IV-TR)**

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

### **Criterios diagnósticos (DSM-IV)**

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, de manera sucesiva, según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi a diario (refiere el propio sujeto u observación de los demás).
- 3) Pérdida o aumento importante de peso (un cambio de máximo 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento de apetito. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi a diario.
- 5) Agitación de reflejos psicomotores casi a diario (observable por los demás).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión casi a diario (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideas suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. El estado de ánimo es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desanimado o sentirse como un pozo. En ocasiones predominan las quejas somáticas (las molestias y los dolores físicos) en lugar de dominar los sentimientos de tristeza. Casi siempre hay pérdida de interés y de capacidad para sentir placer por actividades antes placenteras y gratificantes. Frecuentemente hay aislamiento social, abandono de aficiones



y disminución de la libido. El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta e los casos leves.

Suele existir un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.<sup>10</sup>

**Incidencia y prevalencia.** El trastorno depresivo mayor es frecuente y su prevalencia a lo largo de la vida representa del 5 al 12% de los hombres y del 10 al 25% de las mujeres. La depresión mayor es más frecuente en las mujeres, sucede en todo el espectro de edades, incluidos los niños. Contenido del pensamiento: Las ideas suicida afectan al 60% de los pacientes deprimidos y el 15% comete suicidio. El estado de ánimo es de desesperación, inutilidad y culpa; preocupación somática; indecisión; poca capacidad para pensar, y escasa capacidad para el habla; alucinaciones y delirios congruentes con el estado de ánimo. Aproximadamente entre el 5% y el 10% de la población general sufre depresión. Sin embargo, el índice de depresión en las personas con el VIH puede llegar al 60%. La depresión puede hacer que las personas se olviden de tomar los medicamentos en las dosis indicadas. Puede fomentar conductas de alto riesgo que permitan la transmisión del VIH. La depresión puede activar ciertas infecciones virales que estaban latentes. En términos generales, la depresión puede hacer que el VIH evolucione más rápido. La depresión se suele pasar por alto, además de que muchos especialistas de VIH no están capacitados para reconocerla. La depresión también se puede confundir con señales de evolución del VIH. Algunos medicamentos que se usan para tratar el VIH, en especial efavirenz (Sustiva), pueden provocar o agravar la depresión. Las personas infectadas con el VIH, que además tienen hepatitis B o C tienen una mayor predisposición a deprimirse, en especial si están tomando interferón.

Otros factores de riesgo son:

- Ser mujer
- Tener antecedentes familiares o personales de enfermedad mental, alcoholismo o abuso de sustancias.
- La falta de apoyo social
- Mantener en secreto que es VIH positivo/a.
- El fracaso del tratamiento (anti-VIH o para otra enfermedad)
- El afecto de sus familiares

Los antidepresivos pueden interactuar con algunos ARVs. Se deben utilizar bajo la supervisión de un médico que esté al tanto del tratamiento anti-VIH como los siguientes: Ritonavir (en Norvir o Kaletra) e indinavir (Crixivan) son los que más interactúan con los antidepresivos. Un estudio reciente mostró que el tratamiento con dehidroepiandrosterone (DHEA) puede disminuir la depresión en personas con VIH.<sup>12</sup>

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobra mayor importancia, se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.<sup>13</sup>

Hess (1988), menciona el proceso de “duelo” por el cual atraviesa un paciente infectado por el VIH/SIDA y es la ansiedad y la depresión, las respuestas emocionales en este proceso. Millar (1985) y Prhen (1987) consideran que la inmunodepresión puede aumentar la vulnerabilidad del organismo a la enfermedad. Abreud y col (1989) en Brasil, realizaron una investigación en pacientes con SIDA y encontraron una incidencia de 21.6% de déficit cognitivo y 60% de depresión; en Perú, Mazzoti (1993) encontró un prevaletencia de 12% para la depresión mayor en seropositivos sintomáticos.<sup>14</sup>

La depresión es una condición muy frecuente entre las personas con el VIH. Si no se trata, puede afectar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Aunque en la depresión está implicada una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como en el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia es del 12.8% y se incrementa en los médicos residentes a un 47.5 %. Es posible que el cansancio emocional y el pobre rendimiento sea lo que desencadene la depresión; por lo tanto se tiene un alto porcentaje de población en riesgo. Es importante que los resultados obtenidos puedan ser aplicados a la educación médica para redefinir y desarrollar estrategias que en el futuro contribuya a crear las condiciones propicias en respuesta a las demandas de mejor capacitación de salud.<sup>15</sup>

El impacto global de la ansiedad generalizada y la depresión mayor se convertirá, según la OMS, en la segunda causa de discapacidad para el año 2020, después de

la cardiopatía isquémica, en los países en desarrollo. La ansiedad generalizada tiene una prevalencia de 5% durante toda la vida y es concomitante con la depresión mayor (prevalencia de 5.4 a 8.9% en Estados Unidos) en casi dos tercios de los pacientes. Algunos reportes sugieren que la predisposición se relaciona con la variante de un gen transportador de serotonina en ambos padecimientos, incluso la ansiedad generalizada se considera el principal factor de riesgo para sufrir depresión mayor. Los síntomas de la ansiedad son perfectamente distinguibles, pero se confunden con la depresión; la primera suele manifestarse después de los 25 años, principalmente en las mujeres o pacientes con antecedentes familiares de angustia, ataques de pánico y alcoholismo crónico, ansiedad permanente generalizada y fobias específicas. En México, seis de cada 20 pacientes cursan con un trastorno Psiquiátrico durante su vida.<sup>16</sup>

Se reitera la necesidad de implementar actividades de detección y tratamiento oportuno de la depresión en clínicas y hospitales que ofrecen Programas de Salud Sexual y reproductiva, así como la integración de los Servicios de ITS/VIH/SIDA a dichos programas, la evaluación prenatal del VIH y la canalización de las pacientes infectadas por VIH para su necesaria atención Psicológica.<sup>17</sup>

El análisis de contenido de las normas permite observar que en la región existen diferentes formas de regular la prevención, el control y el tratamiento del VIH/SIDA y de abordar el tema de los derechos humanos; además, indica que a partir del año 2000 ha habido un repunte legislativo con un importante énfasis en incluir la promoción y protección de los derechos humanos para el control de la epidemia en los países de la región. La intersección entre derechos humanos y el VIH/SIDA nos recuerda el frágil equilibrio que guardan la promoción y defensa de los derechos humanos y la vigilancia epidemiológica, tema convertido en paradigma dentro del saber y que hacer de la salud pública. Así, la vigilancia epidemiológica necesitara de la inclusión del enfoque de los derechos humanos, lo que coadyuvaría en la defensa de la salud de las poblaciones, Norma Oficial Mexicana NOM.010.SSA2-1993.

El Médico familiar es un orientador para el control de una enfermedad, para ello se le capacita sobre los cuidados de cada caso. El paciente debe recibir una oportuna referencia para ser manejado por psicología o con el Médico que lo

merite. A través de este tema de investigación buscaremos realizar el potencial que nuestra especialidad y la estrategia de la salud de la familia puedan alcanzar para caracterizar la ayuda y el cuidado en la salud para todos los tabasqueños. Es decir, a la evidencia que la contribución potencial y que el impacto de la atención primaria en la salud de Tabasco en la ciudad de Comalcalco. El médico de Familiar tiene un importante papel como coordinador del equipo de salud y como promotor de acciones preventivas con el apoyo de la comunidad. Se deberían desarrollar programas de educación sexual dirigidos fundamentalmente a los grupos de riesgo, los adolescentes ocupan un lugar primordial, un ejemplo serían los talleres educativos impartidos tanto en Centro de Salud como en la comunidad y centros educativos con el apoyo de los medios de difusión.<sup>19</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Comalcalco, Tabasco los primeros casos de VIH/SIDA se presentaron en 1991, 5 casos registrados y confirmados de una población de 180,000 habitantes, pero a la fecha estas cifras han aumentado y actualmente se cuentan con 200 casos registrados y confirmados los que nos indica que 1 de cada 800 habitantes de la población está infectado y cada año aumentan los casos. En encuestas realizadas se observa que la población más afectada esta en zonas rurales y son hombres (homosexuales, bisexuales, promiscuos) los que mayormente han contraído el virus. El 80 % de las personas infectadas tienen como antecedente haber salido del estado de Tabasco en busca de trabajo principalmente al estado de Quintana Roo donde se infectan de VIH/SIDA, posteriormente regresan a la Ciudad de Comalcalco para recibir atención médica y cuidados de su familia sin importar si cuentan con recursos económicos o no.

Formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH/SIDA: en este formato se recaba todos los datos desde su nacimiento, dirección, ocupación, lugares de residencia donde ha estado, sexualidad, si se ha sido transfundido, si padece adicciones, si ha sido donador, sospecha de transmisión perinatal, enfermedades de transmisión sexual, fechas de inicio de enfermedad y laboratorios, institución que lo capta, sintomatología, seguimiento, contactos. Con este estudio y sus requisitos de laboratorios sobre todo con dos reportes de Elis as positivas y un reporte de Western Blot positivo se podrá reportar a Secretaria de Salud, posteriormente se le dará seguimiento con CD4 y carga viral y ver si es candidato a recibir tratamiento Antirretroviral.<sup>7</sup>

¿Cuál es el grado de la depresión en los pacientes con VIH/SIDA en Comalcalco?

¿En qué grado el padecimiento de VIH/SIDA es un factor que influye en la depresión en personas portadoras en el municipio de Comalcalco, Tabasco?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La pandemia de VIH/SIDA se ha convertido en una catástrofe humana, social y económica con consecuencias de largo alcance para los individuos, las comunidades y los países. Ninguna otra enfermedad ha puesto tan dramáticamente de relieve las actuales disparidades y desigualdades en el acceso a la atención de salud, las oportunidades económicas y la protección de los derechos humanos elementales. Al final de 2002 se estimaba en 42 millones el número de personas infectadas por el VIH. Durante ese año, la epidemia de SIDA cobró 3 millones de vidas y 5 millones de personas se infectaron por el VIH. Cada día se producen unos 14 000 contagios, más de la mitad entre jóvenes menores de 25 años. Más de 3 millones de niños están infectados por el VIH. A escala mundial, el principal modo de transmisión del VIH es el contacto sexual. El VIH se propaga también por el consumo de drogas por vía parenteral o las relaciones sexuales entre hombres, por transmisión de la madre al niño y, en el medio sanitario, por la sangre contaminada. La importancia relativa de los distintos modos de transmisión varía de unas regiones del mundo a otras. La más afectada por la epidemia ha sido el África Subsahariana, en la que casi el 9% de la Población adulta estaba infectada en 2002 y se estima que 29,4 millones de personas viven con el VIH. La esperanza de vida ha descendido por debajo de los 50 años. Casi el 10% de la mortalidad infantil se debe al VIH, lo que anula los avances logrados en materia de supervivencia infantil durante las últimas décadas. En la Región de Asia Pacífico hay actualmente más de siete millones de personas infectadas, y la propagación del virus podría llevar a que millones más se infecten en la próxima década. En América Latina y el Caribe la epidemia está firmemente arraigada, con casi 2 millones de personas infectadas, y se ha observado un rápido crecimiento en los últimos años en Europa Oriental y Asia Central.<sup>20</sup>

En México, hasta el 15 de noviembre del 2005, se habían notificado 98 933 casos de SIDA y 180 000 personas vivían con VIH. Se considera que la epidemia en México se halla concentrado en grupos que mantienen prácticas de riesgo. Casi el 90% de los casos de SIDA notificados en registros oficiales se han atribuido a las relaciones sexuales entre varones. ONUSIDA ha reconocido que cuantificar la magnitud de la infección por VIH a escala nacional o regional es importante en términos de evaluación, planeación de programas y supervisión.<sup>21</sup>

De 1984 a la fecha se han detectado 1921 personas infectadas de VIH, de estas sólo 754 se encuentran vivos que equivale a 39.25%. A finales del 2006 se habían detectado 359 casos seropositivo así como 1562 pacientes con SIDA de estos últimos el 60.65% han fallecido El mecanismo de contagio en un 53.71% es por transmisión sexual, 1.54% por transmisión sanguínea, 2.05% por la vía perinatal y en un 42.7% se ignora la vía por la cual se adquirió el contagio. Personal que elabora para la atención de pacientes con VIH-SIDA: Epidemiólogo, Infectólogos, Enfermeras Sanitaristas Psicólogos, Psiquiatras Nutriólogos, Médico Internista, Pediatra Infectólogo.<sup>22</sup>

En un estudio realizado en el Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez de Villahermosa, Tabasco de 1996 a 2002 se observó un incremento gradual y sostenido de los casos detectados de enfermos por infección por virus de inmunodeficiencia humana, como se refleja en el número de casos reportados de 0 a 22 casos nuevos en dicho periodo, lo que refleja una necesidad de aumentar la difusión de información y prevención de la enfermedad, sobre todo enfocado al adulto joven que es el grupo de edad más afectado, ya que en la actualidad el factor de riesgo más importante son las relaciones sexuales sin protección adecuada. El 80% de casos encontrados en el Hospital fue de 21 a 40 años, con una media de 29 años, por lo que constituye un gran problema de salud ya que afecta a la población económicamente activa. Por otra parte se observo que el municipio del Centro fue el más afectado con el 44 casos (45.3%) siguiendo Macuspana con 13 (13.4%) y Nacajuca con 11 (11.3%) probablemente esto sea consecuencia de el mayor índice de movimientos migratorios en las localidades mencionadas, y la mayor cultura de detección, con respecto a las otras poblaciones del estado. En cuanto la incidencia y Prevalencia observadas en el presente estudio nos corrobora lo reportado en la literatura internacional en cuanto al alarmante incremento de los casos, esto probablemente se debe a varios factores entre ellos una mayor cultura de detección y a que no hay una adecuada cultura de prevención.<sup>23</sup>

Los costos de atención del padecimiento en 1987, se estimó en 12,660 dólares por paciente por año; de esto el 88% correspondió al gasto de hospitalización y 12 % al de consulta externa, incluyendo medicamentos. Para 1996 se estimó un gasto total de 90.3 millones de dólares en la atención de VIH/SIDA. 60% de estos recursos se destinaron a la atención ambulatoria y el 40% restante a la atención hospitalaria.<sup>5</sup>

La importancia del estudio es evitar depresión mayor en pacientes con VIH/SIDA por lo que se les dará una referencia oportuna para su atención. Simultáneamente se manejará a la familia para la aceptación de su familiar y evitar que se presente la depresión, ya que ésta se manifiesta más en pacientes con VIH/SIDA debido al desconocimiento de como evolucionara la enfermedad.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de la depresión de los pacientes con VIH/SIDA en Comalcalco Tabasco.

### **4.2 Objetivos específicos**

Conocer si existe el mismo grado de depresión entre personas sanas y portadoras de VIH/SIDA mediante la escala de Zung en Comalcalco Tabasco

Conocer el grado de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el municipio de Comalcalco, Tabasco.

Conocer el porcentaje de personas infectadas de VIH/SIDA según su ocupación laboral y su nivel de estudios en Comalcalco Tabasco.

Conocer el sexo más afectado en VIH/SIDA con depresión en Comalcalco Tabasco

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipo de estudio**

Para describir un problema de salud de alto riesgo VIH/SIDA se utilizo un estudio descriptivo y a la vez transversal porque la medición del proceso es mediante encuestas efectuadas a los pacientes.<sup>24</sup>



Se recabo información en el área de epidemiología de la jurisdicción sanitaria 05 de Comalcalco, Tabasco para obtener el número de pacientes con VIH/SIDA.

Se realizaron visitas domiciliarias a pacientes con VIH/SIDA, que estaban recibiendo control en la clínica del Hospital, se aplicaron cuestionarios con previo consentimiento informado los cuales se analizaron con la escala de Zung para medir grado de depresión. Se aplicaron 80 encuestas a pacientes sin VIH SIDA en Villa Tecolutilla, Comalcalco y se analizaron con la escala de Zung para realizar comparaciones en un periodo de 6 meses.

## **5.2. Población, lugar y tiempo de estudio**

**TIPO DE MUESTRA:** Debido a que la población es pequeña no se uso muestra y se trabajo con la población completa de los que padecen VIH. Para el grupo que no presenta VIH/SIDA se tomo una muestra de 80 pacientes..

**POBLACION:** 72 pacientes con VIH/SIDA en control en el Hospital General de Comalcalco y una muestra de 80 pacientes del Centro de Salud de Villa Tecolutilla, Comalcalco que no presentaban el VIH/SIDA.

**LUGAR:** Municipio de Comalcalco Tabasco.

**TIEMPO:** Las encuestas se aplicaron en un periodo de 4 meses, el análisis y la obtención de resultados 2 meses, lo que en total llevo un periodo de 6 meses.

## **5.3. Criterios de inclusión**

- Pacientes con VIH/SIDA en Comalcalco
- Pacientes bajo tratamiento con medicamentos antirretrovirales
- Personas que deciden colaborar voluntariamente firmando una hoja de consentimiento informado
- Personas que no tengan problemas mentales para contestar la escala de Zung.
- Personas que no tienen padecimiento de VIH/SIDA

## **Criterios de exclusión**

- Pacientes fallecidos con VIH/SIDA
- Pacientes que cambiaron de domicilio a otro Estado

## **Criterio de eliminación**

## **5.5. Métodos o procedimientos para capturar la información**

La información se recabó a través de cuestionarios que incluía varias preguntas y que estaba dividido en dos secciones, una para las personas sanas y otra para los pacientes con VIH/SIDA. La primera parte del cuestionario se utilizó para recabar información socio demográfica y factores de riesgo, como: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, ocupación, residencia, padecimiento de VIH/SIDA y padecimiento de depresión. A ambos grupos se aplicó la escala de Zung.

La escala de Zung para depresión es un instrumento que consta de veinte puntos que cuantifica síntomas depresivos durante las dos últimas semanas. Esta escala presenta un patrón de respuesta tipo ordinal que se contesta con las opciones: nunca, a veces, casi siempre, y siempre. A cada pregunta se da una puntuación de uno a cuatro, 50% en sentido positivo y 50% en sentido inverso. El puntaje a alcanzar va de 20 y 80 puntos.<sup>25</sup> La escala de Zung es más apropiada para pruebas de tamizaje dirigidas para evaluar la gravedad de depresión ya que posee una buena sensibilidad, pero una especificidad diagnóstica de solo 63%.<sup>26</sup>

Posteriormente corresponde a una Escala de Zung, la cual es un instrumento conformado por 20 frases formulada 10 en términos positivos y 10 en negativos, el cual cada paciente cuantificó la intensidad y la frecuencia de los síntomas con una escala de Likert de 4 puntos, que va desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La Escala de Likert de cada frase otorga puntos de 1 al 4 para el sentido negativo o del 4 al 1 para el positivo; el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos. El resultado es la suma de estas puntuaciones y con la puntuación normalizada se realizaron los siguientes puntos de corte: a) < 35 puntos, sin depresión b) 36 a 51 depresión leve c) de 52 a 67 depresión moderada d) > de 68 puntos depresión grave. La Escala de depresión de Zung, fue desarrollada por Zung en 1965; es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la Escala de depresión de Hamilton ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-

conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. En 1970) y ha tenido una amplia difusión.<sup>15</sup>

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.05 para Windows se reportará a través de porcentaje, media, mediana, desviación estándar de la edad, además de Chi cuadrada y riesgo relativo, fracción etiológica y fracción atribuible de la población

## **5.6. Consideraciones éticas**

La participación las personas que participaron en la encuesta fue voluntaria, bajo un consentimiento informado, firmado por cada participante, con previa explicación del uso de la información y los beneficios que proporcionaría; en todo momento a las personas se les trato con ética y profesionalismo. La investigación no afecto la integridad física ni puso en riesgo la vida de las personas en estudio, se utilizo una carta de consentimiento informado donde se puso de manifiesto los objetivos de la investigación y su intervención durante la investigación y desarrollo de la misma. Los resultados se manejaron de manera confidencial y están a disposición del individuo en estudio. Cuando el paciente lo solicito se manejo el anonimato.

Me motivo realizar este tema de los pacientes de VIH/SIDA en el municipio de Comalcalco Tabasco para ofrecer un mejor diagnostico, brindar un oportuno tratamiento y terapia, protegiendo sus derechos y bienestar. En el articulo II,1, señala que “el médico debe tener la libertad de usar una nueva forma de diagnóstico o de terapia, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento” , en este estudio se tomo en cuenta solo personas adultas hombres y mujeres debido a que niños y mujeres embarazadas no son adecuados como participantes La información recabada, encuestas y cuestionarios, se manejo bajo estricta confidencialidad para evitar consecuencia que afectaran el seguimiento de la investigación. En todo momento se obtuvo la autorización a Jurisdicción sanitaria 05 de Comalcalco la cual aprobó el proyecto de investigación y facilito las instalaciones adecuadas para desarrollar esta investigación.<sup>29</sup>

## Consentimiento informado

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

En los últimos años a nivel Mundial, nacional, estatal y particularmente en la Ciudad de Comalcalco se han incrementado los casos de VIH/SIDA y consecuentemente la depresión, enfermedad que no solo afecta a los pacientes, sino a las familias que los rodea.

Para conocer a detalle dichos impactos es importante saber la relación que existe y en qué grado los pacientes y las familias se ven afectadas. Por lo anterior se plantea el siguiente estudio donde se busca conocer que población es la más afectada, y como el sexo, la edad, la ocupación o el nivel de estudio influyen en el número de contagios registrados y que tanto se relaciona con la depresión de los pacientes. El conocer la magnitud del problema permitirá una atención específica para cada caso, diseñar tratamientos integrales que permita disminuir el impacto de dicho padecimiento. Como parte de su colaboración es importante contestar los cuestionarios que aplicara la Dra. Teresa Dorantes Osio. La información proporcionada es estrictamente confidencial y los participantes están en todo su derecho de abandonar su participación en el momento que lo deseen.

De antemano muchas gracias por tu participación.

Por medio del presente, Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad manifiesto que me fue explicado y entendí claramente el motivo del estudio que está realizando la Dra. Teresa Dorantes Osio por lo que acepto participar de manera voluntaria, entendiendo que podre retirarme del presente estudio en el momento que asi desee.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

## 6. RESULTADOS

Con autorización del departamento de Enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria 05 de la Secretaría de Salud de Comalcalco, Tabasco. Se realizó un estudio Transversal en el que participaron 72 personas con VIH/SIDA para conocer el grado de Depresión que pudieran presentar. El grupo se comparó con 80 pacientes sanos, sin descartar a ninguno. Para este estudio se partió de los Criterios de Inclusión que son: que estuvieran bajo un régimen de tratamiento con medicamentos antirretrovirales, que decidieran colaborar voluntariamente firmando una hoja de consentimiento informado, que no tuvieran problemas para contestar la escala de Zung que se les aplicó para conocer la presencia y el grado de depresión.

En la tabla 1 se muestra un RR 6.44, lo que significa que existe un riesgo mayor en pacientes con VIH/SIDA 6.44 más veces de estar expuestos a presentar depresión que en personas sanas.

De los resultados obtenidos se puede observar gráfica No.1 que la edad en la que se presentó un mayor número de casos de personas infectadas con VIH/SIDA fue entre los de 20 y 40 años con una media de 33.7 y una moda de 35 años. La menor incidencia se observa en personas encuestadas mayores de 50 años.

Otros datos importantes en la gráfica No. 2 observamos que de las personas encuestadas con VIH/SIDA el 80.6% son hombres y el 19.4% mujeres. De las personas encuestadas sin VIH/SIDA el 67.5% correspondieron al sexo femenino y el 32.5% al masculino. De igual forma, tenemos que la escolaridad no fue un factor que determinara la presencia de casos de VIH/SIDA, ya que según gráfica No. 3 se observaron casos en los diferentes niveles, siendo más notorio en el nivel primario, secundario y de preparatoria. Para el caso de analfabetas puede deberse a que en el municipio de Comalcalco el nivel de analfabetismo ocupe un porcentaje muy bajo.

De los resultados obtenidos se puede observar también que el mayor número de casos de VIH/SIDA se presenta en personas solteras con el 61%, mientras que el 32% correspondió a personas casadas y el resto 7% a personas que viven en unión libre Gráfica No. 4.

Cuando se analiza la presencia de VIH/SIDA según la ocupación de los encuestados, grafica No. 5 se observó un mayor número de casos en la clase obrera con un 39%, seguido por las amas de casa con un 28%. De igual forma, al estudiar el lugar de radicación se obtuvo que el 70% de esta población radica en la Ciudad de Comalcalco, el 27% en Ranchería y solo el 3% radica en Colonias grafica No. 6

En lo que se refiere a depresión, las personas estudiadas con VIH/SIDA se observa que el 40% presenta un grado de depresión leve, 44% depresión moderada, 10% severa y solo el 6% no reportó depresión; en la misma grafica, el grupo de las personas sanas el 55% presentó depresión leve. 33.75% presentó depresión moderada y ninguno presentó depresión severa lo que indica que los pacientes con VIH/SIDA tienen mayor tendencia de presentar un mayor grado de depresión.

Se observó en la grafica 8 que el 73% cursan de 1-5 años de evolución, 19% de 6-10 años, y solo el 8% de 11-15 años lo que se llega a una conclusión que fallecen antes de los 15 años, asimismo en la grafica 9, Sector Salud otorga un 96% porcentaje de los Medicamentos a los pacientes con VIH/SIDA y solo el 4% IMSS, el 56% no conviven con su misma pareja, solo el 44 continúan con la misma, esto ocasiona que consigan otra pareja e incrementen los casos grafica 10, observamos en la grafica 11 el 65% no le afecta concentrarse en su trabajo, el 35% si les afecta, por lo que repercute en su desempeño laboral, en la grafica 12 se observa que sus familiares si los aceptan en un 89% y el 11% no son aceptados, en ultima grafica 13 el 51% no se sienten culpables de haber adquirido el VIH/SIDA pero el 49% si se culpan de adquirirlo, esto es motivo para caer en Depresión.

Tabla No. 1 Personas con VIH/SIDA y sanos

|                       | Con Depresión | Sin Depresión | Total |
|-----------------------|---------------|---------------|-------|
| Personas con VIH/SIDA | 68            | 4             | 72    |
| Personas sanas        | 58            | 22            | 80    |
| Total                 | 126           | 26            | 152   |

$X^2 = 38.6$

$p= 0.0006$

RR 6.44

FAP

67.5%

FA 38.6%

Estadísticamente significativo.

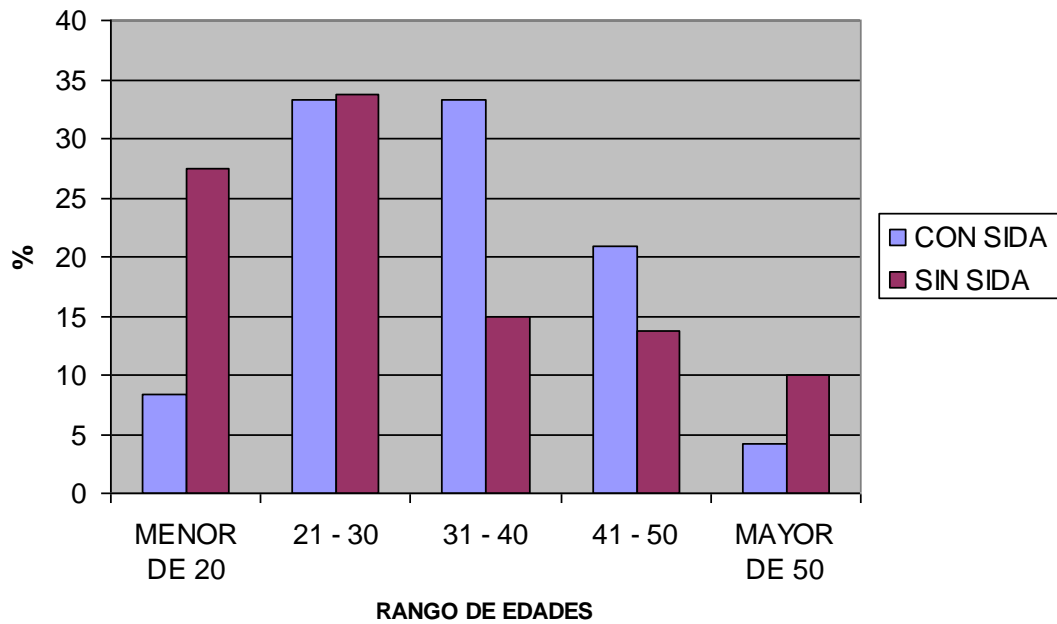
Se puede determinar que los pacientes con VIH/SIDA tienen la probabilidad de 6.44 veces más de presentar algún grado de depresión.

En donde el 38.6% de los pacientes con VIH/SIDA presentan algún grado de depresión.

El 67.5% de la población estudiada presenta el riesgo de padecer algún grado de Depresión.

RR 6.44

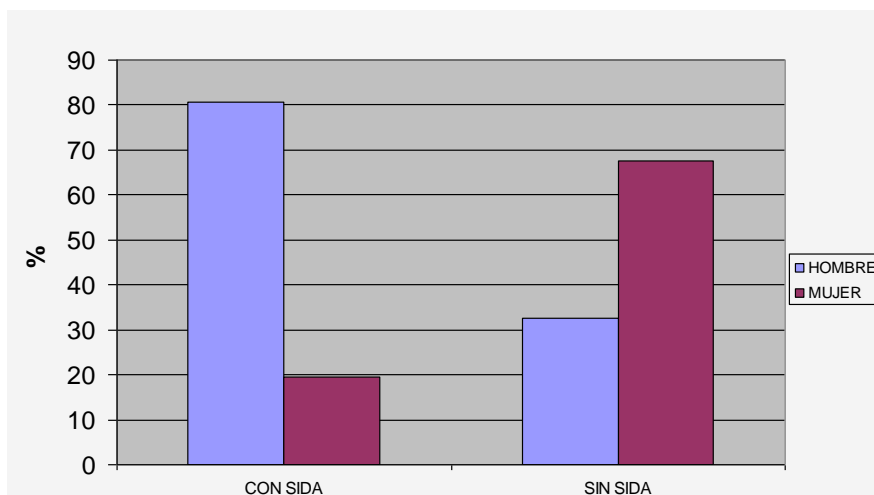
Grafica 1 Personas con VIH/SIDA de acuerdo a la edad en Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

En la grafica se observa que la edad de la población con mayor porcentaje de personas infectadas con VIH/SIDA fue en los rangos de 21 a 30 y de 31 a 40. La menor incidencia se observa en personas mayores de 50 años.

Grafica No. 2 Personas con VIH/SIDA de acuerdo a sexo en Comalcalco Tabasco

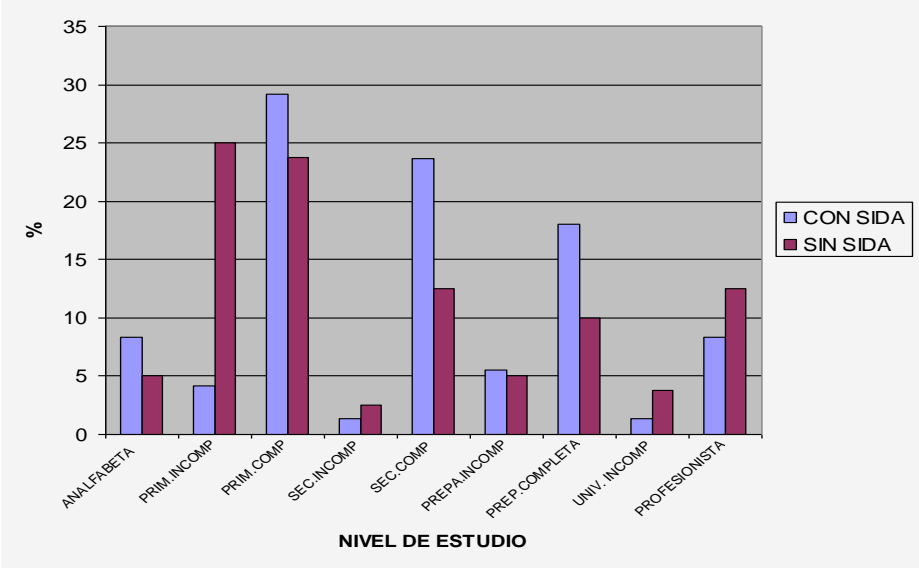


Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco Tabasco



En la grafica observamos que de las personas con VIH/SIDA el 80.6% son hombres y el 19.4% mujeres. De las personas sin VIH/SIDA EL 67.5% correspondieron al sexo femenino y el 32.5% al masculino

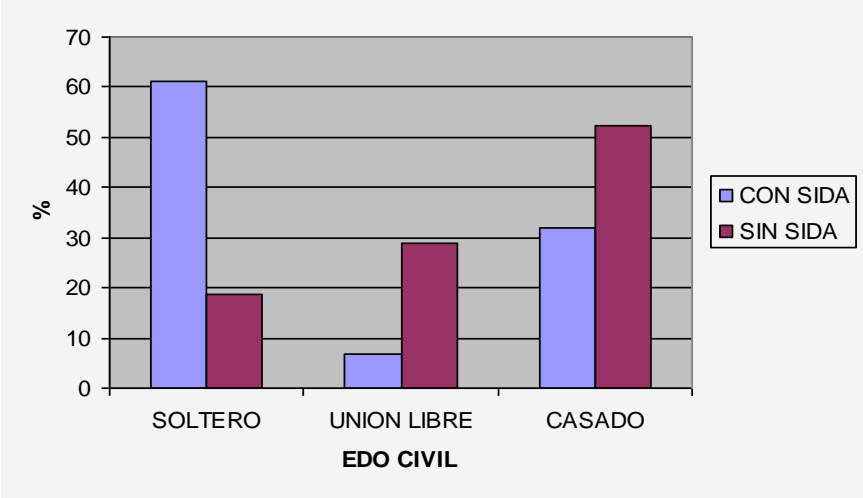
Grafica No. 3 Relación de personas con VIH/SIDA de acuerdo a su nivel académico Comalcalco Tabasco.



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco.

El nivel académico en las personas que presentan VIH/SIDA se observó que el mayor porcentaje tiene primaria completa, aunque podemos observar que el nivel de estudio no tiene ninguna ventaja sobre la presencia o no del VIH/SIDA, ya que se observó tanto en personas analfabetas como en profesionistas.

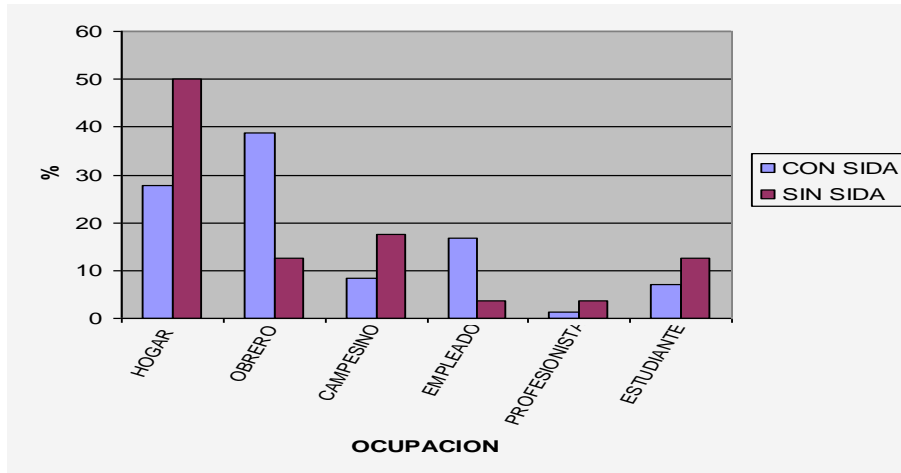
Grafica No. 4 Estado Civil de personas con VIH/SIDA en Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

En la grafica se observa que de las personas con VIH/SIDA el 61% son solteros, los 32% casados y el resto 7% se registraron en unión libre.

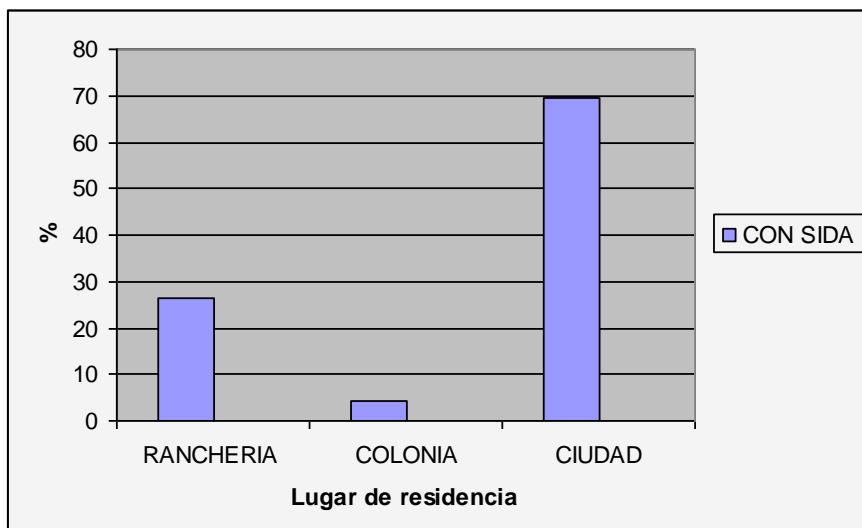
Grafica No. 5 Personas con VIH/SIDA de acuerdo a su ocupación en relación con personas sin VIH/SIDA en Comalcalco, Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

En la grafica se observa el porcentaje de pacientes con VIH/SIDA un 38% correspondió de acuerdo a su ocupación a obreros, seguido de amas de casa con un 28 %, en personas profesionistas se observo el mínimo porcentaje de casos.

Grafica No. 6 Lugar de residencia que predomina en pacientes con VIH/SIDA en Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

En esta grafica se observa que el 70% de la población encuestada con VIH/SIDA radica en la Ciudad de Comalcalco, el 27% en Ranchería y solo el 3% radican en Colonias.

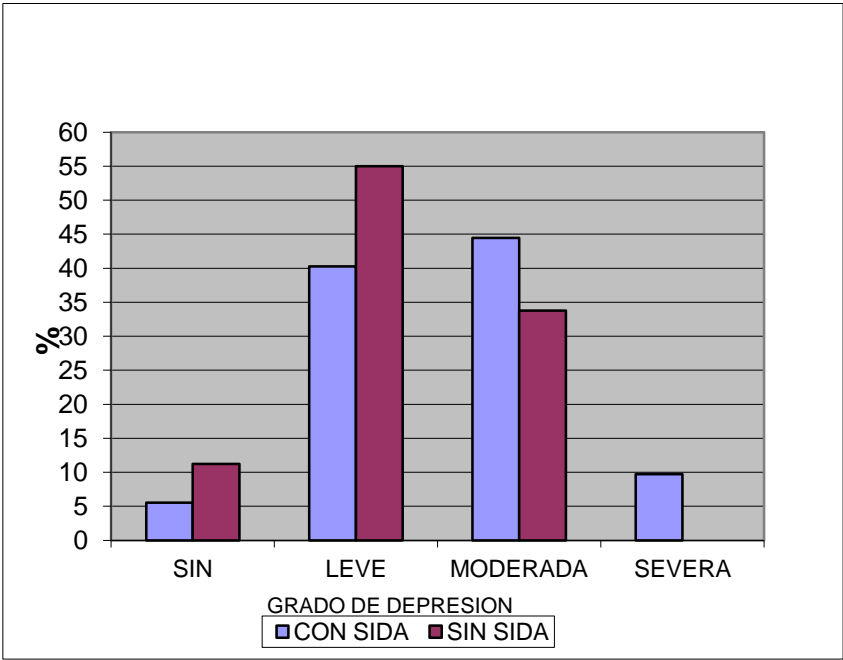
- Pacientes que no contestaron la encuesta realizada en las unidades.
- Pacientes que dejaron incompletas sus encuestas al contestarlas.

#### 5.4. Variables

- Variable dependiente: Paciente con VIH/SIDA
- Variable independiente: Grado de la depresión.

| variable     | Definición de la variable   | Tipo variable | Escala de medición de la variable   |
|--------------|---|---------------|---|
| Edad         | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el año que se realiza el estudio                      | Cuantitativa  | Años cumplidos  |
| sexo         | Características distintivas que diferencian al genero   | Nominal       | Hombre 1<br>Mujer 2   |
| Estado civil | Vinculo civil con que cuente una persona  | Nominal       | Soltero 1<br>Casado 2<br>Unión libre 3  |
| Escolaridad  | Grado académico que está cursando   | Cuantitativa  | Analfabeto 1<br>Primaria incompleta 2<br>Primaria completa 3<br>Secundaria incompleta 4<br>Secundaria completa 5<br>Preparatoria incompleta 6<br>Preparatoria completa 7<br>Universidad incompleta 8<br>Profesionista 9 |
| ocupación    | Que desempeña una actividad   | Ordinal       | Hogar 1<br>Obrero 2<br>Campesino 3<br>Empleado 4<br>Profesionista 5<br>Estudiante 6   |
| Residencia   | Que vive en un determinado lugar  | Ordinal       | Ranchería 1<br>Colonia 2<br>Municipio 3   |
| VIH/SIDA     | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida   | Cualitativa   | Criterios Clínicos: con el resultado de Western Blot. Positivo.   |
| Depresión    | Es un trastorno biológico o una respuesta al estrés psicosocial que se medirá con la Escala de Zung | Ordinal       | Escala de Zung y su validación.<br><de 35 = normal 1<br>36 – 51 = leve 2<br>52 – 67 = moderada 3<br>>de 68 = severa 4   |

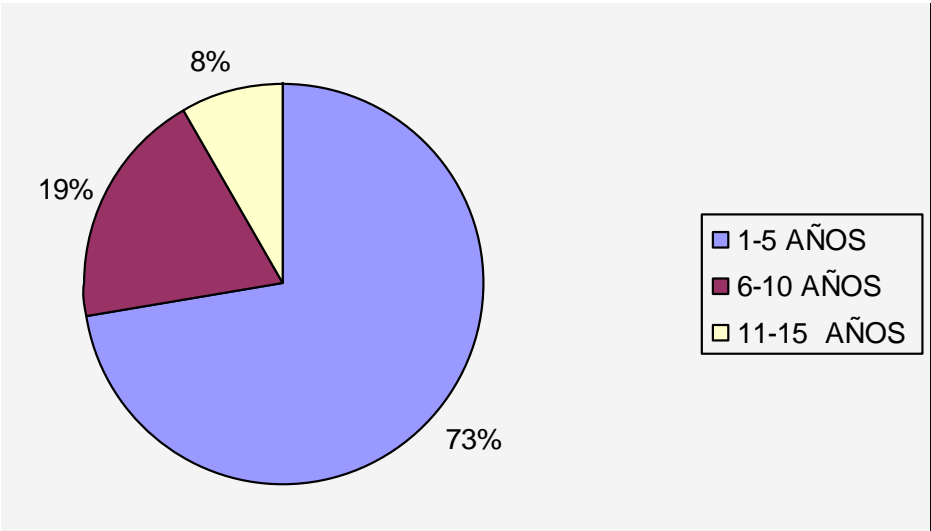
Grafica No. 7 Grado de Depresión en personas con VIH/SIDA en Comalcalco Tabasco.



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

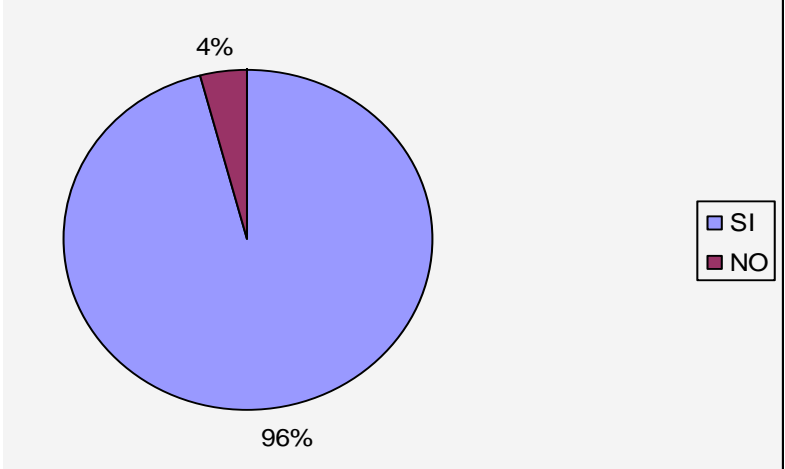
En esta grafica se puede apreciar que de las personas con VIH/SIDA el 40% un grado de depresión leve, 44% moderada, 10% severa y solo el 6% no reporto depresión.

**Grafica No. 8** Años de padecimiento de VIH/SIDA en pacientes de Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco  
 Observamos en la grafica el 73% tienen de 1-5 años de saber que tienen SIDA, el 19% de 6-10 años, y solo el 8% de 11-15 años.

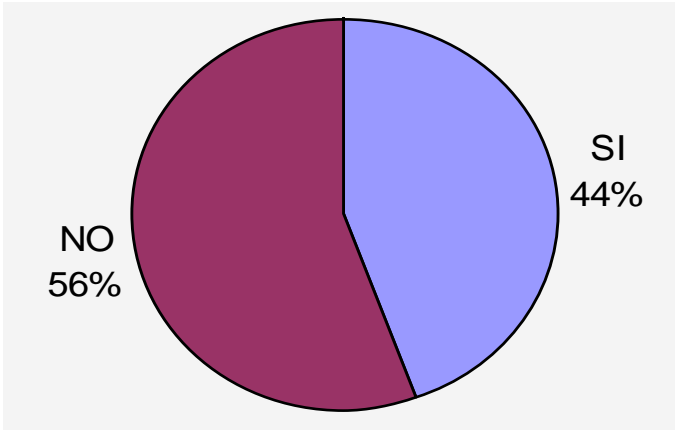
Grafica No. 9 Pacientes con VIH/SIDA de que institución reciben sus medicamentos en Comalcalco, Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

Observamos en esta Grafica que 96% les proporciona el medicamento SSA, y solo el 4% el IMSS de los que llegan a control en el Hospital de Comalcalco.

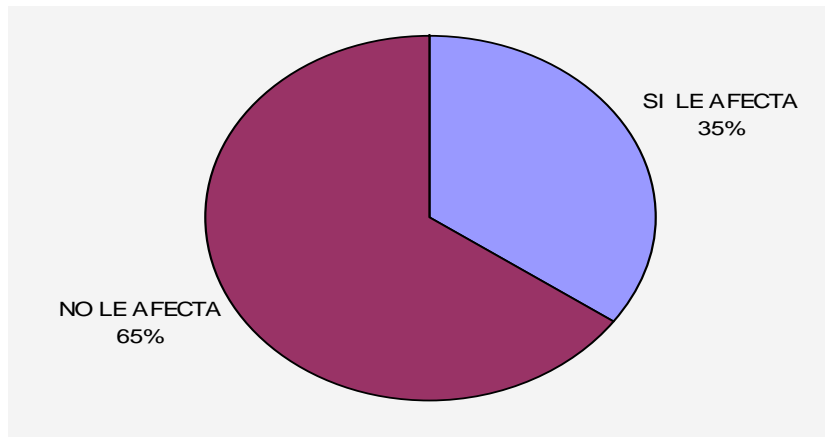
Grafica No. 10 Personas con la misma pareja después de saber que tenían VIH/SIDA en Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

En esta grafica observamos que el 44% de los encuestados con VIH/SIDA permanece con la misma pareja, el 56% no continúa con su pareja.

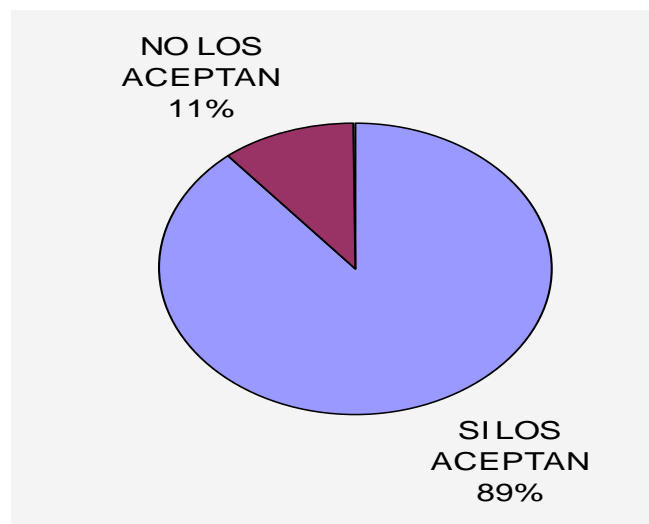
Grafica No. 11 Como afecta el VIH/SIDA para la concentración laboral en Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

En esta grafica se puede observar que el 35% de la población encuestada con VIH/SIDA se ve afectada en la concentración laboral, lo cual repercute en su rendimiento productivo.

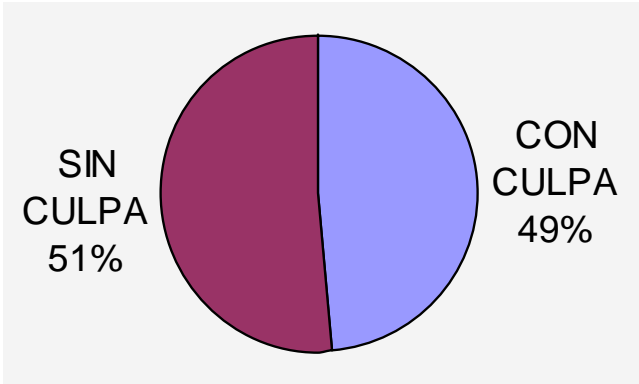
Grafica No. 12 Pacientes con VIH/SIDA en el cual hay aceptación familiar en Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

En esta grafica representa que si hay aceptación de un 89% a pesar de saber que cursan con esta enfermedad en, el 11% sobrante pueden desarrollar una Depresión severa.

Grafica No. 13 Pacientes que sienten culpabilidad de haber adquirido VIH/SIDA en Comalcalco Tabasco



Fuente: Encuestas de VIH/SIDA realizadas en Comalcalco, Tabasco

Observamos que el 49% se sienten culpables de haber adquirido esta enfermedad, asimismo se observa el 51% no culpables de tener VIH/SIDA.

## 7. DISCUSION

En el presente estudio se encontró que personas con VIH/SIDA en el Municipio de Comalcalco presentan un grado de depresión de un 90% de acuerdo a datos obtenidos a través de la Escala de Zung, Información similar fue publicada en la Revista The Body<sup>12</sup> donde señala que en una población con VIH/SIDA puede ser hasta un 60% de que padecen un grado de depresión.

Se demostró que la población de Comalcalco Tabasco, tiene un factor de riesgo de 67.5% de presentar depresión en los pacientes con VIH/SIDA. Las enfermedades neurológicas crónico-degenerativas se acompañan de cierto grado de depresión, con una prevalencia de 70% ya que contribuyen a su mala evolución, disminuye su supervivencia y se eleva el índice de hospitalización con subsiguiente deterioro socioeconómico en las instituciones de salud y desgaste familiar.

En una encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica que se efectuó en 2002 entre población urbana de 18-65 años de edad, se encontró que las personas en este rango de edad son susceptibles de padecer trastornos depresivos.

Esquivel y colaboradores refiere que la depresión es un trastorno cada vez más frecuente en la Población con repercusiones en la salud y en el desempeño laboral hasta de un 35.4%, el mismo autor refiere que la depresión es un importante problema de salud pública, de ausentismo laboral y bajo rendimiento en los trabajadores, disminuyendo la calidad de vida.<sup>16</sup>. El estudio efectuado con pacientes de Comalcalco demostró que el 35% de la población estudiada se ve afectada en su concentración laboral, lo cual repercute en su rendimiento y en su calidad de vida.

Investigaciones prospectivas efectuadas hasta el momento demuestran que la infección por VIH y el SIDA estaba asociada a variables personales como la depresión<sup>17</sup>, en este estudio se demuestra que el 94% de los estudiados presentan algún grado de depresión.



La edad donde hay más personas con VIH/SIDA es de 20 a 40 años, esto coincide, con un estudio de Martin y colaboradores donde encontró que la infección ocurre en la adolescencia, pues a los 21 años ya presentaban VIH/SIDA.<sup>19</sup>

Gómez y colaboradores encontraron que la depresión se presenta más en mujeres amas de casa, solteros, divorciados, viudos y personas de bajo nivel educacional.<sup>26</sup> resultados similares se encontraron en este estudio al ser las mujeres ama de casa, los solteros y los de bajo nivel académico los más afectados con la depresión.

## 8. CONCLUSIONES

La salud es un bien personal y social, es por ello el interés social de la salud para toda la población. El VIH/SIDA y la depresión afectan considerablemente la productividad de las personas, por lo que es muy importante bajar los índices de contaminación por el virus y las personas que ya tienen el virus, buscar que lleven una vida digna donde el impacto de conocer que padecen la enfermedad sea menor.

Es importante señalar que debe haber conciencia en los portadores de VIH/SIDA para evitar que se propague esta enfermedad y que la participación de los médicos y psicólogos sea de vital importancia manejando siempre la discreción y la confidencialidad.

En este estudio todos los pacientes se les informo sobre la enfermedad, su sintomatología y su forma de prevención y el estudio permitió realizar acciones fundamentalmente a los grupos de riesgo más vulnerables así como el tratamiento al estado psicoemocional de los pacientes..

El conocer los grupos donde prevalecen los pacientes con VIH/SIDA que son hombres solteros, de escolaridad baja, de ocupación obrera y que radican en zona urbana permite dirigir las campañas de prevención. Con este estudio se demuestra también que las personas con VIH/SIDA son más vulnerables a la depresión, enfermedad que también repercute en la salud y en el desempeño laboral de las personas.

## 9. RECOMENDACIONES

En consecuencia lo antes dicho es importante diseñar programas de intervención multidisciplinaria con el propósito de facilitar y promover el ajuste psicológico de quienes viven con VIH/SIDA, apoyados de una metodología alternativa, para evitar en ellos una depresión mayor. No se trata de etiquetar ni de menospreciarlos, sino de darles un diagnóstico exacto y un tratamiento adecuado para su buen pronóstico de vida. De igual modo crear campañas para informar sobre los riesgos de contagio a la población en general y brindarles redes de apoyo gratuitas.

Llevar a cabo talleres a los adolescentes en enfermedades de transmisión sexual especialmente VIH/SIDA.

Las campañas de prevención deben ser amplias que involucre a los reclusos, personas con enfermedades venéreas en escuelas y universidades para brindar pláticas sobre riesgo de contagio y medidas preventivas.

Diseñar y ejecutar un plan de apoyo terapéutico para mejorar la calidad de vida del paciente con VIH/SIDA y para los que viven con ellos.

## 10. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Ponce De León RS. Una epidemia durante 20 años. *Salud pública Méx.*, July/Aug. 2001; vol.43, No.4:266-267
- 2.- VIH Disponible en : <http://es.wikipedia.org/wiki/vih>
- 3.- El Sida disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos5/sida/sida.shtml>
- 4.- INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el sida 2007.
5. – Magis RC, Rivera R MP, Gasca PR, Gutiérrez JP. El gasto en la atención y la prevención del VIH/SIDA en México: tendencias y estimaciones 1997-2002. *Salud Pública Méx* 2005; 47:361-368
- 6.-Guía para la atención medica de pacientes con infección de VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. 3ra edición: 19 y 21.
- 7- Formato de Notificación y estudio epidemiológico de VIH/SIDA jurisdicción 05, Comalcalco Tabasco VIH/SIDA 98-1 de 1991 al 2007
- 8.- Guadarrama L, Escobar A. Zhang L. Bases neuroquímicas y neurológicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAN Vol.49 No.2 Marzo – Abril, 2006: 66-67*
- 9.- Guía de bolsillo de clasificación CIE-10, clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Décima edición, capítulo V: 96-99
- 10.- Chamorro GL. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria, año 2006; 3:51-53
- 11.- Kaplan SJ. Manuel de bolsillo de Psiquiatría clínica, 4ta edición, capítulo 10:129 y 132.
- 12- The Body. La depresión y el VIH: <http://www.thebody.com/content/art6169.html>
- 13.- Belló M, Puentes RE, Medina MME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstica de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México* 2005; 47: S5-S6

- 14.- Pimentel RM, Bisco A.A. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.Vol.13 No.1-2000
- 15.- Pérez CE. Síndrome de Bournout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Med Int Méx 2006; 22: 282-6
- 16.- Esquivel MCG, Buendía CF, Hernández VF, Ontiveros MR, Velasco RVM, Martínez MJA. Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. Med Int Méx 2007; 23(6): 512-6
- 17.- Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. Perinatol Reprod Hum 2004; Vol.18 :.(2):73-90
- 18.-Cuadra HSM, Leyva FR, Hernández RD, Bronfman PMN. Los derechos humanos en las normas sobre e VIH/SIDA en México y Centroamérica. 1993-2000.Salud Pública Mex 2002; 44:515-6.
- 19.- Martín CA, Otero FJ, Sandiñas AS. Intervención educativa en pacientes haitianos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: el papel del médico de familia. Archivos en Medicina Familiar, Vol.7 (3): 68
- 20.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector Sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007
- 21.- Valespino JL, García GML, Conde GCJ, Olaiz FG, Palma O, Sepúlveda J. Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. Salud Pública Méx. 2007 Vol.49, supl 3:S387
- 22.\_.[http://www.tabascohoy.com/nota.php?id\\_nota=138333&h=deteccion%20rapida%20de%20VIH](http://www.tabascohoy.com/nota.php?id_nota=138333&h=deteccion%20rapida%20de%20VIH)
- 23.- Caamal CA. Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez. Incidencia y prevalencia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana del 1/01/1996 al 31/12/2002 (tesis doctoral), Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.; 2003.

- 24- León LC. El proceso de investigación clínica; coordinación General de Postgrado e Investigación del Instituto Politécnico Nacional; Centro Nacional de la secretaria de salud, pagina 29-60
- 25.- Zuleima C, Díaz CE, Campos A. Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. Colombia Médica Vol 37 No 2, 2006 (abril-junio)
- 26.-Gómez RC, Bohórquez A, Pinto MD, Jacky FA, Gil Laverde, Rondòn SM, Díaz GN. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Revista Panamericana de salud Pública/Pan American Journal of Public Health Vol 16 (6) 2004: 379
- 27.- Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano.
- 28.- Vallè C, La buena práctica clínica y la caja de Pandora. El consentimiento informado. Med clin (Barc) 1997; 108:19:22
- 29.-Ley General de Salud Ultima Reforma DOF 18-12-2007, Título octavo capítulo uno, Artículo 134 y fracción XII (SIDA).

## 11. ANEXOS

El cuestionario 1 se aplico a las personas

CUESTIONARIOS QUE SE APLICARAN A PERSONAS EL CUAL PARA SU VALORACION E INVESTIGACION POR MEDICO FAMILIAR PARA DETERMINAR ALGUN DIAGNOSTICO.

### Cuestionario No 1

|                      |             |                    |                  |                 |
|----------------------|-------------|--------------------|------------------|-----------------|
| <b>Edad</b>          | <b>años</b> | <b>Sexo</b>        | <b>masculino</b> | <b>Femenino</b> |
| <b>Ocupación</b>     |             | <b>Escolaridad</b> |                  |                 |
| <b>Estadio civil</b> |             | <b>Residencia</b>  |                  |                 |

### CUESTIONARIO No 2

|  | Raramente,<br>nunca | Algunas<br>veces, de<br>vez en<br>cuando | Muchas<br>veces,<br>frecuentem<br>ente | Siempre,<br>casi todo<br>el tiempo | Total |
|--|---------------------|--|--|------------------------------------|-------|
|  | 1                   | 2  | 3                                      | 4                                  |       |
| Me siento triste y deprimido                                       |                     |  |  |                                    |       |
| Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.                |                     |  |  |                                    |       |
| Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro:              |                     |  |  |                                    |       |
| Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches                 |                     |  |  |                                    |       |
| Como igual que antes   |                     |  |  |                                    |       |
| Mantengo mi interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales |                     |  |  |                                    |       |
| Noto que estoy perdiendo peso                                      |                     |  |  |                                    |       |
| Presento estreñimiento   |                     |  |  |                                    |       |
| El corazón me late mas aprisa que de costumbre                     |                     |  |  |                                    |       |
| Me canso de cualquier cosa   |                     |  |  |                                    |       |
| Tengo la mente tan clara como antes                                |                     |  |  |                                    |       |
| Hago las cosas con la misma facilidad que antes                    |                     |  |  |                                    |       |
| Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto            |                     |  |  |                                    |       |
| Tengo esperanza y confianza en el futuro                           |                     |  |  |                                    |       |
| Me siento más irritable que antes                                  |                     |  |  |                                    |       |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Me resulta fácil tomar decisiones                        |  |  |  |  |  |
| Siento que soy útil y necesario                          |  |  |  |  |  |
| Encuentro agradable vivir, mi vida es plena              |  |  |  |  |  |
| Me creo útil y necesario para la gente                   |  |  |  |  |  |
| Me gustan las mismas cosas que habitualmente me gustaban |  |  |  |  |  |

Encuestador:

\_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO 3**  
**Para pacientes con VIH/sida**

**Desde cuando le detectaron esta enfermedad:** \_\_\_\_\_

**Actualmente toma medicamento para esta enfermedad:** \_\_\_\_\_

**Quien le proporciona su medicamento:** \_\_\_\_\_

**Ha notado que ha cambiado su vida:** \_\_\_\_\_

**Continúa actualmente con su misma pareja:** \_\_\_\_\_

**Ha sentido rechazo en su familia:** \_\_\_\_\_

**Ha notado dificultad para concentrarse en su trabajo.** \_\_\_\_\_

**Se siente culpable por la enfermedad que tiene:** \_\_\_\_\_

**Gracias por tu valiosa participación**