



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
CAMPO DE CONOCIMIENTO: Ciencias de la Salud
CAMPO DISCIPLINARIO: Salud Mental Pública**

**EFFECTO DE LA DEPRESIÓN EN LA DISCAPACIDAD EN HOMBRES CON VIH EN
UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**PRESENTA:
JEREMY BERNARDO CRUZ ISLAS**

**TUTOR:
DR. CARLOS LEONARDO MAGIS RODRÍGUEZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

MÉXICO, D. F., JUNIO DEL 2015



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
CAMPO DE CONOCIMIENTO: Ciencias de la Salud
CAMPO DISCIPLINARIO: Salud Mental Pública**

**EFFECTO DE LA DEPRESIÓN EN LA DISCAPACIDAD EN HOMBRES CON VIH EN
UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA**

**ALUMNO
JEREMY BERNARDO CRUZ ISLAS**

**TUTOR:
CARLOS LEONARDO MAGIS RODRÍGUEZ
CENSIDA**

**COORDINADORA DE LA SEDE:
DRA. GUILLERMINA NATERA REY
INPRF**

MÉXICO, D. F., JUNIO 2015

Índice

<u>RESUMEN</u>	<u>3</u>
<u>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</u>	<u>4</u>
<u>ABREVIATURAS.....</u>	<u>5</u>
<u>AGRADECIMIENTOS</u>	<u>7</u>
<u>ASPECTOS BIOLÓGICOS SOBRE EL VIH/SIDA.....</u>	<u>8</u>
¿QUÉ ES EL VIH?	8
PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO	10
AMÉRICA LATINA.....	11
VIH EN MÉXICO	11
VIH EN DISTRITO FEDERAL	12
DISCAPACIDAD	12
IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD.....	14
DISCAPACIDAD Y VIH	15
SALUD MENTAL EN PACIENTES CON VIH	16
DEPRESIÓN Y VIH.....	17
OTROS FACTORES INFLUYENTES EN LA DEPRESIÓN Y EL VIH	17
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>19</u>
<u>PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	<u>20</u>
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	<u>20</u>
<u>OBJETIVOS</u>	<u>21</u>
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
<u>HIPÓTESIS</u>	<u>21</u>
<u>FIGURA 1. MODELO TEÓRICO</u>	<u>22</u>
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>23</u>

TIPO DE ESTUDIO	23
<u>VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....</u>	<u>24</u>
DATOS DEMOGRÁFICOS.....	24
TABLA 1 VARIABLES.....	25
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	26
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	29
<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</u>	<u>30</u>
<u>RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES</u>	<u>31</u>
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>32</u>
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	32
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	34
DISCAPACIDAD	36
DEPRESIÓN	38
DEPRESIÓN, DISCAPACIDAD Y VARIABLES DE AJUSTE	39
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>45</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>49</u>
<u>LIMITACIONES</u>	<u>49</u>
<u>REFERENCIAS.....</u>	<u>50</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>55</u>
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
ANEXO 2. ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LAS ESCALAS WHODAS 2.0 Y BECK I MODIFICADO	56
ANEXO 3. FORMATO APROBATORIO DE LA COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL	57
ANEXO 4. FORMATO DE DATOS CLÍNICOS DEMOGRÁFICOS.....	58
ANEXO 5. BD-I MODIFICADO POR RODRÍGUEZ (2012).....	62
ANEXO 6. WHODAS 2.0	63

Resumen

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) origina un deterioro de las funciones físicas, cognitivas, afectivas y sociales de los pacientes que determina un incremento en la discapacidad. Entre el 30 y el 70% de los pacientes con VIH desarrolla trastorno depresivo mayor, enfermedad que se encuentra dentro de las principales causas de discapacidad en países de ingresos medios, bajos y altos. En la actualidad no se dispone de publicaciones sobre el modelo de discapacidad de "La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud" (CIF) asociado a depresión en personas con VIH/SIDA que vivan en México D.F. **Objetivos:** Para este estudio se planteó como objetivo general el determinar cuál es la relación de la depresión en la discapacidad en Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) con VIH de una clínica especializada de la ciudad de México. Como objetivos específicos: A) Describir el nivel de discapacidad entre los HSH. B) Describir el nivel de depresión entre los HSH. C) Medir la influencia de las variables sociodemográficas en la depresión y discapacidad. D) Describir que áreas de la discapacidad (WHODAS 2.0) que se ven más afectadas en los HSH con VIH E) Describir el efecto de la discapacidad y en la depresión en la carga viral y la cuenta de CD4. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 223 sujetos. El promedio de edad para la muestra fue de 31.3 años (± 7.5). La escolaridad promedio fue de 11.3 años (± 3.3). El tiempo promedio posterior al diagnóstico de VIH fue de 1,203 días (± 1328), aproximadamente 3.2 años. El 52.5% (N=117) de la muestra se encontró con tratamiento antirretroviral. Sobre la forma de contagio del VIH el 64.9% (N=144) reportó conductas sexuales de riesgo y el 35.1% (N=78) reportó contagio por pareja. La media de carga viral fue de 72,134 copias. La media de CD4 fue de 311. El 25.6% se encontraba con carga viral ≤ 50 copias. El 10.8% (N=24) de la muestra presentaba algún grado de discapacidad con el punto de corte establecido para esta investigación del 60 en la escala de WHODAS 2.0. El 26% (N= 58) de la muestra presentó depresión. Se realizó una regresión logística para discapacidad ajustado por depresión, y las fallas mensuales de TARAA. Como resultados se obtuvo una Raíz cuadrada ajustada de 35.6. La depresión incrementa la probabilidad de tener discapacidad en 31.18 momios. Mientras que la suspensión del medicamento durante el último mes incrementa la probabilidad de presentar discapacidad en 13.8 momios. **Conclusiones:** Es innegable la relación que tiene la depresión en las enfermedades crónicas como el VIH. Es la primera vez que se realiza un estudio en donde se asocia depresión y discapacidad en Latinoamérica con lo que se pretende generar nueva información sobre el tema.

Palabras clave: Depresión, Discapacidad, VIH, hombres que tiene sexo con hombres.

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Variable dependiente y sus predictoras

Tabla 2. Clasificación por severidad BDI Modificado por Rodríguez 2012

Tabla 3. Características Sociodemográficas

Tabla 4. Características Sociodemográficas 2

Tabla 5. Variables Clínicas

Tabla 6. Puntaje WHODAS 2.0

Tabla 7. Percentiles para WHODAS 2.0

Tabla 8. Días perdidos por discapacidad

Tabla 9. Presencia de Discapacidad

Tabla 10. Clasificación por BDI

Tabla 11. Deprimidos vs No deprimidos

Tabla 12. Discapacidad vs Sin discapacidad

Tabla 13. Diferencia de medias en variables dependiente y de ajuste

Tabla 14. Chi y Fisher para edad en depresión y discapacidad

Tabla 15. Diferencia de medias: Deprimidos vs No Deprimidos.

Tabla 16. Test de Fisher para Depresión vs Discapacidad

Figura 1. Modelo Teorico

Figura 2. Test de Kruskal-Wallis para deprimidos y no deprimidos en relación con la CV

Figura 3. Modelo de regresión logística simple para discapacidad ajustado por la depresión

Figura 4. Modelo de regresión logística para discapacidad ajustado por la depresión

Abreviaturas

ADN. Ácido desoxirribonucleico.

ARN. Ácido ribonucleico.

BDI. Inventario de depresión de Beck (Beck et al 1988)

AVAD. Años de Vida Ajustados por Discapacidad

AVISAS. Años de vida saludable

CEC. Clínica Especializada Condesa.

CD4. Linfocitos T CD4

CENSIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

C.V. Carga Viral

D.E. Desviación estándar.

FD CD. Formato de Datos Clínicos Demográficos

HAT-QoL. Instrumento de Calidad de Vida Enfocado en VIH/SIDA.

HSH. Hombres que tienen sexo con otros hombres.

CIF. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud

ITS. Infecciones de transmisión sexual

OMS. Organización Mundial de la Salud

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

SIDA. Síndrome de inmunodeficiencia humana.

TARAA. Terapia antirretroviral altamente activa.

TDM. Trastorno depresivo mayor

UDI. Usuarios de drogas intravenosas.

VIH. Virus de la inmunodeficiencia humana.

WHODAS 2.0. El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud

“Hacemos lo
que podemos,
con lo que
tenemos”

–Dicho Popular (Bueno...mío)–

Agradecimientos

Este trabajo sería impensable sin el apoyo de todos los miembros del programa de salud mental y de la Coordinación del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, quienes han generado procedimientos, sistematizado y estandarizado las acciones que hacemos día a día para las minorías sexuales y poblaciones clave. Mil gracias a Andrea González, Víctor Rodríguez, Daniela Ferreira, Harumi Hirata y Carolina Rocabert. Quienes haciendo lo que nos dicta el corazón generan día a día un poco de ciencia, han consolidado un equipo fuerte que ha generado conocimiento sobre temas relevantes.

Mis padres merecen mención especial por ser figuras constantes en mi vida, pero sobre todo por ser tolerantes con la inconformidad que me caracteriza y las decisiones que me llevan ir a donde se me pegue la gana. Nos ha costado mucho llegar hasta donde hemos llegado (sé que hacen lo que pueden conmigo y que me quieren).

Mis abuelos que han sido inspiración para muchas cosas, estén donde estén sepan que no me voy a detener y siempre me voy a levantar.

Mira-Bai, Kika, Xochitl, Gretel y Adriana. Estamos juntos desde hace años y la distancia y el tiempo no han mellado eso.

Hamid, amigo y compañero en esto de la vida y la salud mental agradezco tu tolerancia, ecuanimidad, estabilidad y apertura para el trabajo en equipo y sé que siempre me levantarás el pelo cuando vomite en algún callejón oscuro.

Georgina Morales sin ti no estaría aquí en el changarro. Importante es mencionar a mis amigos de la Universidad que además de que los quiero desde 1999 son excelentes profesionales que me inspiran a seguir adelante. Gracias Teresita Cabrera, Pedro González, Guadalupe Meraz y Marco Antonio Gurrola.

David Luna, Mauricio Palma, Lorena Rodríguez, Sol Durand, Alejandra Contreras, Rina Zelaya, Deni Álvarez y Alejandra Bush, celebridades de la psiquiatría, mi vida no sería tan amena sin sus opiniones acertadas y consejos. Rockear con ustedes me ha hecho una persona más plena.

Rodrigo Vázquez Frías, Cesar Baqueiro, Juan Antonio Vázquez Velo y Rodrigo Vázquez Ríos. Grandes médicos y futuras promesas en sus respectivos campos. Su llegada a mi vida ha sido sin lugar a dudas un parteaguas, cambiando el significado de juntarnos a “beber y comer”.

A la Doctora Carmen Lara, Carlos Magis, Liliana Mondragón, Adrian Cruz, Catalina González, Juan Sierra y Asunción Lara quienes han estado presentes desde que esto era solo una idea.

Gracias Muchachos...

Aspectos biológicos sobre el VIH/SIDA

¿Qué es el VIH?

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un *retrovirus* y es un *lentivirus*. En 1983 fue aislado por Luc Montagnier (Moir, Connors, & Fauci, 2010). Las proteínas de la envoltura del virus se unen a la superficie de las células linfocitarias T, subtipo CD4 replicándose y generando la apoptosis, dando lugar a la diseminación de las copias virales. Generando fallas en el sistema inmune lo que provoca las manifestaciones clínicas y el deterioro propios de la infección en el individuo (Moir et al., 2010). Estas manifestaciones clínicas dependen de muchos factores, tales como la edad, el género, el tratamiento, el ambiente, entre otros. El SIDA es la etapa final y más avanzada de esta infección, la cual se caracteriza por la incapacidad total inmunológica del organismo a defenderse de cualquier otro tipo de infección (Sterling & Chaisson, 2010).

La infección por este virus es la responsable de la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el humano, conociéndose como la etapa final de dicha infección. Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se diagnosticaron en 1981 en Estados Unidos. En pocos meses se diagnosticaron en otros países, incluyendo a México. En los primeros 27 años transcurridos desde entonces, se han infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por esa causa más de 25 millones. En el momento actual el VIH/SIDA provoca 3.1 millones de muertes anuales según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2011).

Los sistemas de transmisión del VIH son: por vía sanguínea, vía sexual, vía materno-perinatal (durante la gestación, parto o lactancia). Como factores de riesgo las relaciones sexuales sin protección generan el mayor número de casos nuevos; otros factores de riesgo son: el coito anal traumático, el coito durante la menstruación, deficiencias inmunológicas del individuo susceptible, alta viremia

del individuo infectado, el no estar circuncidado, lesiones expuestas en los genitales, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre otros (Piot & Carael, 2010). La transmisión sexual durante el sexo no protegido entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es más frecuente, ya que la falta de lubricación durante el coito (pene-ano) provoca lesiones expuestas y sangrantes que facilitan la entrada del virus.

Actualmente, el diagnóstico de VIH se recomienda hacer en dos tiempos, uno con las pruebas rápidas de tamizaje, seguido de uno confirmatorio, habitualmente con la técnica de detección de proteínas Western Blot. Previa, durante y posteriormente a la aplicación de las pruebas debe acompañarse de consejería y asesoría, independientemente del resultado (Dewar, Golstein, & Maldarelli, 2010), ya que el impacto psicológico para cada individuo es diferente y debe saber que hay tratamiento disponible, en caso de un resultado positivo, o que puede acudir nuevamente a realizarse la prueba en el momento que lo desee, en caso de un resultado negativo.

El tratamiento actual para la infección por el VIH está basando en un grupo de fármacos llamados Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) que intervienen en algún punto del ciclo de la infección y replicación del virus dentro del organismo. A pesar de que no erradica totalmente al virus, por lo tanto no cura, la TARAA ha modificado en gran medida el curso natural de la infección (Sterling & Chaisson, 2010). Mientras que a principio de la década de los 90's la tasa de mortalidad y el número de casos de demencia asociada al VIH eran elevados, al día de hoy han disminuido de forma considerable gracias a esta terapia (ONUSIDA, 2011). La vía de transmisión de la infección, evolución, presentación clínica, respuesta al tratamiento y pronóstico de la infección por VIH es muy diversa y depende de varios factores asociados al individuo que la padece. Sin embargo, es un hecho que las relaciones sexuales con protección, la detección temprana, el acceso garantizado a la TARAA y mantener una vigilancia estrecha por los especialistas en el campo (no sólo médico), pueden predecir un buen pronóstico biopsicosocial para el individuo infectado.

Panorama epidemiológico del VIH/SIDA en el mundo

Según el Reporte de la Carga Global de la enfermedad de 2010, el VIH es la 6ta causa de mortalidad en países de altos ingresos y la cuarta para países de bajos ingresos; son 2.2 millones de muertes anuales. En las metas del milenio, para 2015 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), fijó la detención de la propagación del VIH/SIDA. La cual debería de estabilizarse en la mayoría de los países, para lo cual se debe garantizar el acceso a TARAA a los casos nuevos, reducir a cero la transmisión materno-perinatal, brindar mayor información y acceso al uso del condón a quienes tienen prácticas sexuales de alto riesgo, dar mayor atención a las mujeres y niñas, entre otros (ONU, 2010). A finales del 2010 había 34 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, 51% mujeres (ONUSIDA). La región del África subsahariana tiene la mayor prevalencia mundial, representando el 68% de todos los casos. La vía de transmisión predominante es la sexual no protegida, con el 85% de los casos nuevos. Las relaciones heterosexuales son las que generan el mayor número de casos nuevos en África y Asia, pero en Norteamérica y Europa occidental son las relaciones de tipo homosexual (Piot & Carael, 2010). Después de 30 años de aparición de la epidemia, ahora se observa una disminución de los casos nuevos del 19%, respecto a finales de la década de los 90's, fecha en la que se observaba su punto máximo de incidencia. La incidencia global de la epidemia ha bajado un 25% en varios países, aunque en otros (Europa Oriental y Asia) presentan cifras contrarias. La transmisión materno-perinatal se ha disminuido en un 24% en comparación con cifras de cinco años atrás. Las defunciones relacionadas con el VIH/SIDA han bajado de 2.1 millones en el 2004 a 1.8 millones en 2009, reflejando el mayor acceso a la TARAA en la mayoría de los países. Cabe destacar que se ha observado un resurgimiento de la epidemia entre los HSH en los últimos cuatro años, sobretodo en Europa Central y América del Norte (ONUSIDA, 2011), sin tener nociones etiológicas claras de ello.

América Latina

En América Latina para el 2008 la prevalencia de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) fue de 2 millones (1.8-2.2 millones), teniendo un patrón estable desde el inicio de la epidemia (ONUSIDA & OMS, 2009). Sin embargo, para finales del 2009 se reportó que 1.6 millones (1.4-1.9 millones) de personas viven con el virus, aunque en esta cifra no se contemplan los casos de México como parte de América Latina, sino como de América del Norte. La mayoría de los casos de esta epidemia en América Latina se ha concentrado en el grupo de HSH, pero también se ha observado que la transmisión por el uso compartido de jeringas entre usuarios de drogas intravenosas (UDI) es una forma muy prevalente en esta región. A pesar de la concentración de casos entre los HSH, actualmente se ha observado que la transmisión en relaciones sexuales heterosexuales va en aumento (ONUSIDA, 2011).

VIH en México

El reporte publicado en junio del 2011 por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) de México, se estima que existen 225,000 personas infectadas por el VIH, de las cuales el 82% corresponden a hombres, el 29% recibe TARAA y el 14% aún no lo requiere. La mayoría son detecciones y notificaciones hechas por la Secretaría de Salud. El grupo de edad con el mayor número de casos son los adultos de 30-34 años (29,477 casos), y la transmisión sexual es la vía más frecuente de infección (90% de los casos). Sin embargo, es importante destacar que en casi el 32% de los casos se desconoce la vía de transmisión. Las entidades con la mayor prevalencia es el Distrito Federal (16%) y el Estado de México (11.1%). El número de muertes acumuladas relacionadas con el VIH/SIDA al 2009 fue de 5,121 (CENSIDA, 2011). Al igual que el resto de América Latina, en México la epidemia del VIH/SIDA se concentra en subgrupos específicos de la población, principalmente en los hombres trabajadores sexuales (15%) y entre los HSH (11%), seguidos de los usuarios de drogas intravenosas (UDI), trabajadoras sexuales y las personas privadas de la libertad.

VIH en Distrito Federal

En el contexto local el Distrito Federal actualmente cuenta una clínica especializada para la atención de personas con VIH. Los resultados de la encuesta realizada por Bautista et al en 2012 muestran que la prevalencia de VIH que se encontró, ajustada por el valor de predicción positivo, fue de 16.9% entre HSH. La prevalencia de VIH en hombres trabajadores sexuales es similar a la prevalencia de la población HSH general: 16.7%. La prevalencia en HSH es más de 1.5 veces mayor a la prevalencia que se había estimado previamente para esta población en México (Magis et al 2008). En contraste, la prevalencia de VIH que se encontró en esta encuesta es más consistente con los resultados de la prevalencia de VIH en HSH que reporta el programa de detección del Distrito Federal y que alcanza un 23% en 2011 (Condesa 2011). El número de pacientes activos a mayo de 2013 es de 8,391, de los cuales aproximadamente el 90% (7587) se encuentra recibiendo TARAA. El porcentaje de pacientes indetectables, es decir que presentan por laboratorio cargas virales en menores a 40 copias es del 70% (5,858). El número de ingresos a la clínica especializada en 2012 fue de 1,545. Número de médicos especialistas de VIH por paciente: 1 por cada 830 pacientes (Fuente: CENSIDA 2012)

Discapacidad

De acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “**discapacidad**” se define en este documento como: deficiencias físicas, sensoriales, intelectuales o mentales, que tienen un efecto significativo y de término prolongado en la vida cotidiana y actividades del individuo (Ustün 2010). Es decir la discapacidad se puede entender como aquella condición en donde las personas experimentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y que al interactuar con el entorno físico, social o cultural limitan su funcionamiento.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001) distingue entre

las funciones del cuerpo (fisiológico o psicológico) y las estructuras del cuerpo (piezas anatómicas, ojo y estructuras relacionadas). La debilitación en la estructura o la función corporal se definen como participación de la anomalía, del defecto, de la pérdida o de otra desviación significativa de ciertos estándares generalmente aceptados de la población, que pueden fluctuar en un cierto plazo. Actualmente existe un enfoque social alrededor de la discapacidad, dicho enfoque considera la aplicación de la "discapacidad" principalmente como problema social creado y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con discapacidad).

El modelo de la CIF es más amplio ya que se conceptualiza a la discapacidad como una experiencia de salud que se produce en un contexto, y no como un problema que reside exclusivamente en el individuo. De acuerdo con el modelo biopsicosocial integrado en el CIF, la discapacidad y el funcionamiento son los resultados de las interacciones entre las condiciones de salud (enfermedades, trastornos y las lesiones) y los factores contextuales. Dicho modelo reconoce que la discapacidad es multidimensional y es el producto de una interacción entre los atributos de un individuo y las características de la persona es física, social y el medio ambiente. Por lo que se amplía la perspectiva de la discapacidad y permite el examen de influencias médicas, individual, social y ambiental en el funcionamiento y la discapacidad (Ustün 2010).

El marco conceptual de la CIF proporciona una definición para su evaluación operativa, definiendo la discapacidad como: "una disminución en cada área de funcionamiento". Dentro de este modelo teórico la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Para lo cual la CIF considera:

- Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal

- Las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas
- Las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales

Según Ustün et al (2010) la primera versión WHODAS; permitió medir operacional y conceptualmente la discapacidad y la salud acorde al modelo de La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF). La segunda versión (WHODAS 2,0) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (WHO 2010) en respuesta a las peticiones de mejorar el alcance y capacidad de adaptación de la herramienta original. La OMS (2010) establece que, además de ser corto y fácil de administrar, la WHODAS 2.0 tiene la ventaja añadida de ser aplicable en todos los grupos de población de adultos y todo tipo de enfermedades, incluidos los trastornos cognitivos.

El WHODAS 2.0 evalúa el nivel de una persona de funcionar en seis grandes ámbitos de la vida: la cognición, la movilidad, el autocuidado, para llevarse bien con la gente, las actividades de la vida y la participación social. Ustün et al en 2010 aplicó 65.000 encuestas en diversas patologías crónicas encontrando utilidad y confiabilidad en el instrumento. Garin et al en 2010 con 1.119 pacientes, encontró que la herramienta es una medida válida de la discapacidad a través de diferentes poblaciones. Nyirenda et al en 2012 realizaron un estudio en zonas rurales de KwaZulu-Natal en donde se evaluó la salud y el bienestar de 442 adultos con VIH usando el WHODAS 2,0 para evaluar el nivel de discapacidad de los participantes. Este estudio concluyó que las mujeres participantes fueron significativamente menos propensas que los hombres a tener un buen nivel de capacidad funcional.

Impacto de la discapacidad

La discapacidad es un problema de salud importante que incrementa la carga tanto al individuo como a los sistemas de salud. Al evaluar las cargas globales de la enfermedad, más de la mitad de la carga de mortalidad prematura se debe

a la discapacidad (ONU, 2010). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada diez personas presenta algún grado de discapacidad, es decir 600 millones de individuos viven con alguna discapacidad que es suficientemente significativa para causar alguna alteración en sus vidas cotidianas. Ochenta por ciento de las personas con discapacidad viven en países de bajos y medianos ingresos teniendo un mayor riesgo a pobreza, discriminación y estigmatización (ONUSIDA 2010). Las personas generalmente buscan los servicios de salud debido a que una enfermedad hace que sea difícil para ellos hacer lo que solía hacer antes de enfermarse (es decir, debido a que son personas con algún grado de discapacidad) y no porque tienen la enfermedad. (Ustün, 2010). Los profesionales clínicos consideran que cuando se presenta un malestar clínicamente significativo, es decir cuando limita las actividades diarias de una persona esta presenta algún grado de discapacidad. (Ustün, 2010)

Discapacidad y VIH

En cuando a los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que son la suma de los años de vida potencial perdidos debido a la prematura, la mortalidad y los años de vida productiva perdidos por discapacidad (Washington 2013) encontramos que el VIH es la principal causa de pérdida de años de vida saludable (AVISAS) en Hombres adultos jóvenes de 15 a 39 años, seguido de trastornos mentales y del comportamiento (Murray, 2012). En un estudio llevado por Murray en 2012 evaluando los AVAD de 1990 a 2010 encontró que de ser la causa número 33 pasó a ser la 5 en AVAD. Además el VIH / SIDA incremento de 3.5 veces desde 1990 mientras el trastorno depresivo mayor (TDM), incremento del lugar 15 al 11 con un 37% de aumento (Murray 2012, Lozano 2012). Diversos estudios han abordado el concepto de discapacidad con diferentes metodologías y aproximaciones como un tema en el VIH. Carrieri en 2003 evaluó a 500 personas con VIH encontrando en el 50% de su muestra insatisfacción con los efectos secundarios de los medicamentos, la dificultad en la toma del tratamiento y síntomas somáticos. Molassiotis et al en 2001 encontró (n=46)

alteraciones en fatiga, síntomas afectivos/ansiosos y disfunción social además de encontrar: Razera et al en 2008 (n=367) encontró que su población refería molestias por los efectos secundarios de los medicamentos y desempleo. Imman et al en 2010 (n=82 pacientes) se incrementaba la discapacidad si se presentaba sintomatología psiquiatría o desempleo.

Salud mental en pacientes con VIH

El VIH y la depresión comparten factores de riesgo como la pobreza, el analfabetismo, el estigma y la marginación (Groce et al 2004). La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados. Existe una relación temporal entre la depresión y el VIH de forma bidireccional. Algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH, mientras que algunos trastornos mentales incrementan el riesgo de tener VIH (Bing 2001, Pence 2006, Wolf 2010). Los estudios han revelado una elevada seroprevalencia de la infección por VIH en personas con enfermedades mentales crónicas graves. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población portadora del VIH es alta, con reportes que fluctúan entre 38 y 85% siendo las principales causas: el uso de sustancias, la depresión y ansiedad (Bing 2001, Pence 2006). La prevalencia del VIH en poblaciones clave es más alta que en la población general; en particular los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los consumidores de drogas y los presos. Dichas poblaciones clave tienen niveles más altos de trastornos mentales que la población general. Entre las personas infectadas por el VIH es común encontrar tasas más elevadas de depresión, generalmente de dos a cuatro veces más que la población general (Asch 2003, Morrison 2002 y Wolf 2010). Un meta análisis de los estudios de prevalencia de la depresión antes a la era de la terapia antirretroviral estimó que las personas infectadas por el VIH tienen el doble de riesgo de presentar depresión en comparación con la población general (Ciesla et al. 2001). Es importante mencionar que los episodios depresivos en pacientes con VIH presentan las mismas características clínicas que los de la población general (Asch 2003, Morrison 2002, Wolf 2010 y Adams 2012).

Depresión y VIH

La sintomatología psiquiátrica parece ser un factor importante en la discapacidad. Reis et al en 2011 con una N= 228 sujetos viviendo con VIH aplicó los test de Depresión de Beck y HIV/AIDS Targeted Quality of Life (HAT-QoL). Encontró 27,6% individuos con síntomas de depresión (leve, moderado y grave). Balderson et al 2013 en un estudio sobre enfermedades crónicas comorbidas en 452 personas con VIH mayores a 50 años encontró prevalencias mayores de depresión (14%) que la población general con una calidad de vida relativamente alta para la muestra. Se observó que el funcionamiento físico, social y mental fueron afectados por la adición de otros problemas de salud crónicos. La carga emocional de vivir con el VIH es significativa, con un aumento de los síntomas afectivos en las personas con VIH (Brandt, 2009). Según Nakimuli-Mpungu et al en 2011 encontraron que los trastornos depresivos no tratados tienden a aumentar las conductas de riesgo de VIH, puede estatus inferior inmunitario y disminución la adherencia a la terapia antirretroviral, impactando negativamente en los resultados clínicos y aumentando potencialmente el desarrollo de resistencia a los medicamentos.

Otros factores influyentes en la depresión y el VIH

El nivel educativo parecer ser un factor que influye dentro de la sintomatología depresiva. Asch y colaboradores, encontraron que entre estos pacientes existía un sub-diagnóstico de depresión de 45%, que afectaba principalmente a los pacientes con menor nivel educacional (Asch et al, 2003). Gold en 2014 realizó un análisis de rho de Spearman, regresión logística y modelos lineales mixtos en hombres con VIH recién diagnosticado y depresión encontrando un 47,7 % de los 65 hombres reclutados en una mediana de 3,5 meses de duración del VIH reunieron criterios del Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en ingles) para la depresión clínica al inicio del estudio, que se clasifica como "leve" (n = 11), "moderado" (n = 11), o "grave" (n = 9). Las drogas aparentemente no tuvieron asociación con los síntomas afectivos.

La prevalencia de depresión entre las personas que viven con VIH persiste aun con el uso sistemático de la terapia antiretroviral pese al género, origen étnico, orientación sexual, o el abuso de sustancias (Atkinson et al 2008). Las variables inmunológicas se definen como los eventos inmunológicos y virológicos que pueden presentarse en los pacientes con infección por VIH/SIDA; comprenden el recuento en sangre periférica de linfocitos T CD4+ y la carga viral plasmática o número de copias de RNAVIH/mL. El recuento de células CD4 es una medida de la función inmune de un individuo y la historia de una persona se ha dicho que han pasado de tener VIH al SIDA cuando su recuento de células CD4 cae por debajo de 200 células / uL de sangre, con valores normales de entre 800 y 1.200 células / uL (Basta et al, 2008). Jenkins en 2009 resume la clasificación clínica de la OMS de una manera concisa y accesible. Los indicadores de estas variables se basan en la medición por citometría de flujo y métodos cuantitativos de diagnóstico molecular (CENSIDA, 2012). Está bien descrito dentro de la literatura que la coocurrencia de la depresión con el VIH influye negativamente en el apego a la terapia antirretroviral y a la carga viral (Gordillo et al 1999, Ironson et al 2005, Mugavero et al 2006 y Horberg 2008). Mientras que los pacientes que reciben tratamiento para la depresión presentan una mayor cuenta de CD4 y una menor carga viral, lo que resulta en una disminución en la mortalidad (DeLorenze et al 2010).

Planteamiento del Problema

Está bien reportado en la literatura que el VIH es una enfermedad que afecta a más de 35.4 millones de personas en el mundo (ONUSIDA, 2013) siendo la primera causa de pérdida de años de vida saludable (AVISAS) en Hombres adultos jóvenes en el grupo de 15 a 39 años, seguido de los trastornos mentales y del comportamiento. En México, la prevalencia de VIH es alrededor del 0.24% de la población general. Concentrada principalmente en las grandes ciudades en especial en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), (CENSIDA, 2013). Por su parte la depresión es una enfermedad frecuente, entre los sujetos que presentan enfermedades crónicas. En el caso de los pacientes con VIH la depresión suele presentarse de 3 a 4 veces más que en la población general, siendo una de las comorbilidades más frecuentes después del diagnóstico de VIH (Wolf 2010). Tanto el VIH y especialmente la depresión son enfermedades discapacitantes cuando no son tratadas apropiadamente, por lo que es importante medir la discapacidad que generan, debido a que nos permite saber el uso de servicios de los pacientes y así poder evaluar las necesidades específicas, individuales y grupales de los sujetos y poder establecer un pronóstico, conocer el tiempo de la hospitalización y planear rehabilitación. Por lo tanto esta tesis propone medir la discapacidad en una población de hombres con VIH que tienen sexo con hombres (HSH), además de aportar al conocimiento, el uso de un instrumento completo validado internacionalmente en enfermedades crónica (WHODAS 2.0) que no se había aplicado en poblaciones con VIH.

Pregunta de la investigación

¿Cuál es el efecto de la depresión en la discapacidad en los hombres que tienen sexo con hombres con VIH de una clínica especializada?

Justificación

Desde hace algunos años en el panorama mundial ha sido importante el medir la discapacidad, sobre todo en las enfermedades crónicas. Para fines de salud pública, la discapacidad se ha convertido en un tema tan importante como la mortalidad. Los avances en salud han reducido la mortalidad. Por consiguiente ha incrementado la esperanza de vida, con un aumento correspondiente en las enfermedades crónicas, y se han generado necesidades especiales para la atención de poblaciones envejecidas. Es por lo tanto fundamental tomar en cuenta la discapacidad, para establecer prioridades, medir los resultados y evaluar la eficacia y el rendimiento de los sistemas de salud. En el ramo de la salud mental los estudios de discapacidad, depresión y VIH en México son pocos, describirla y conocer el grado de discapacidad asociada a depresión en pacientes con VIH nos permitirá establecer medidas de prevención, facilitar la toma de decisiones y disminuir la discapacidad que la depresión genera. El presente estudio plantea la posibilidad de identificar la discapacidad que genera la depresión en pacientes hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH. Esto es de importancia, ya que se espera describir dichos factores para tener un mayor conocimiento al respecto de este fenómeno e identificar puntos estratégicos en los que puedan plantearse intervenciones a futuro. Indirectamente, estas estrategias podrían contribuir a disminuir el grado de discapacidad que se presenta en la infección por VIH y depresión, así como disminuir el riesgo de complicación de la infección por VIH o SIDA en los que ya padecen la enfermedad.

Objetivos

Objetivo General y Objetivos Específicos

Para este estudio se planteó como objetivo general el determinar cuál es la relación de la depresión con la discapacidad en HSH con VIH de una clínica especializada de la ciudad de México.

Como objetivos específicos:

- A) Describir el grado de discapacidad entre los HSH
- B) Describir el grado de depresión entre los HSH
- C) Medir la influencia de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil y ocupación) en la depresión y discapacidad
- D) Describir que áreas de la discapacidad (WHODAS 2.0) que se ven más afectadas en los HSH con VIH
- E) Realizar un análisis de intercorrelaciones y generar un modelo de regresión logística

Hipótesis

Los pacientes con depresión presentarán una mayor proporción de discapacidad comparados con los pacientes no deprimidos. Estar desempleado y soltero será más frecuente entre los pacientes con depresión. Las áreas donde se presentará mayor discapacidad de la escala WHODAS 2.0 serán en las áreas cognitivo, laboral y social.

Material y Métodos

Tipo de estudio

De acuerdo a la clasificación de Feinstein: Descriptivo, transversal y probabilístico. Se realizó este estudio en la clínica especializada. Se analizó la base de datos del programa de salud mental previa aceptación de la coordinación del programa de VIH del Distrito Federal.

Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Tener más de 18 años
- 2) Diagnostico de VIH positivo dentro de los 12 meses previos a la recolección de datos

Los criterios de eliminación: Datos incompletos en el 60% de los instrumentos

Como parte del procedimiento de evaluación de pacientes en la clínica especializada, está el aplicar un cuestionario de datos sociodemográficos estructurado así como una batería de pruebas auto aplicables que miden variables como: depresión y discapacidad. Para la aplicación de instrumentos se capacitó al personal de la clínica. La evaluación tanto de los instrumentos aplicados por entrevistador y auto aplicables se encuentran estandarizadas. Para la captura de respuestas de los instrumentos se asignaron códigos para cada variable. Se entrenó al personal de captura en el uso de los códigos. La base de datos se depuró y se obtuvieron las frecuencias por tipo de respuesta para detectar valores anormales o fuera de rango. Para el cálculo de tamaño de muestra cuando el universo es finito, es decir contable y la variable de tipo categórica, primero debe conocer "N" o sea el número total de casos esperados o que ha habido en años anteriores (Por ejemplo el número de pacientes que ingreso a la clínica especializada en 2012), para eso se revisaron los datos estadísticos de la clínica especializada. Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población a estudiar y deseásemos saber cuántos del total la fórmula que se aplico es:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Un valor constante de 0,5

P= La proporción esperada

Z = se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e= suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09)

Sustituyendo con los valores que se conocen de la clínica especializada.

n= **223 sujetos**

N = 720 sujetos evaluados por el programa de salud mental de agosto 2013 a febrero 2014

σ = 0,5.

P= Se consideró una probabilidad del 30% de presentar depresión en pacientes con VIH

Z = 1,96 (95%)

e = suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09)

Variables y escalas de medición Datos Demográficos

Las variables incluidas en este estudio fueron:

- a) edad
- b) ocupación
- c) estado civil
- d) años de escolaridad.

Se incluyeron los siguientes datos clínicos:

- a) Tratamiento antirretroviral
- b) Carga Viral
- c) Cuenta de CD4.

Tabla 1. Variables

A continuación se describen y definen las variables, su nivel de medición y los instrumentos utilizados para determinarlas:

Variable	Tipo de Variable	Instrumento	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Edad	Ajuste	Formato de datos sociodemográficos	Años vividos desde la fecha de nacimiento	Continua	Mayores de 18 años
Ocupación	Ajuste	Formato de datos sociodemográficos	Actividad principal que el participante considere mayor a 4 horas al día	Categórica	Patrón o empresario Profesionista independiente Empleado Comerciante Policía / Ejército / Seguridad Trabajo sexual Hogar Estudiante Jubilado
Estado civil	Ajuste	Formato de datos sociodemográficos	La situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Categórica	Soltero Casado(a)/Sociedad de convivencia/Unión libre Viudo
Años de escolaridad	Ajuste	Formato de datos sociodemográficos	Los años recibidos de educación formal	Continua	>0
Tratamiento antiretroviral	Ajuste	Formato de datos sociodemográficos	Último esquema de tratamiento para el VIH	Dicotómica	Con tratamiento Sin Tratamiento
Carga Viral	Ajuste	Formato de datos sociodemográficos	Es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales. Que va desde menos 40 copias hasta 10 millones.	Continua	>50 copias a >10,000,000
Cuenta de CD4	Ajuste	Formato de datos sociodemográficos	Cuenta de linfocitos CD4 en líquido sérico.	Continua	>0 a 1,100
Depresión	Independiente	Inventario de depresión de Beck. BDI-I	Un trastorno afectivo se manifiesta ya sea por un estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en las actividades habituales. La alteración del estado de ánimo es prominente y relativamente persistente.	Dicotómica	Punto de corte mayor de 11 en BDI para deprimidos y no deprimidos
Discapacidad	Dependiente	El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)	La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) consiste en dos listas: una lista de funciones y estructuras del cuerpo, y una lista de los dominios de la actividad y la participación.	Dicotómica	Escala WHODAS 2.0 Clasificación compleja métrica 0-100 Punto de Corte 60 para discapacitados y no discapacitados

Instrumentos de medición

Formato de Datos Clínicos Demográficos (FDCCD). Dicho cuestionario forma parte del procedimiento de evaluación inicial del programa de salud mental de la clínica especializada el cual incluye las variables antes mencionadas.

El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) (por sus siglas en inglés, World Health Organization Disability Assessment Scale) [OMS 2010] evalúa el nivel de deterioro y la evolución del deterioro a discapacidad, dependiendo de si la severidad limita o no la capacidad del individuo para desarrollar su función social. La escala WHODAS 2.0 proporciona un perfil y una medida resumen del funcionamiento y la discapacidad que es confiable y aplicable en todas las culturas, en todas las poblaciones de adultos, es decir es una escala transcultural, (Aplicada en un inicio en 19 países). Proporciona la evaluación de la discapacidad en una temporalidad de los últimos 30 días. Actualmente se cuentan con versiones auto aplicables y aplicadas por el entrevistador para las versiones de 36 y 12 ítems. Para aplicar la Escala WHODAS 2.0 se tiene que hacer un registro ante la OMS, no se puede modificar y es fotocopiable. Tiene un tiempo aproximado de aplicación de 20 minutos. Existen dos formas de calificación de la escala, la primera solamente suma los puntajes que van del 0 al 4 siendo el 0 ninguna y el 4 extremo. La siguiente forma de calificación requiere la aplicación del Software que la OMS envía, siendo esta una herramienta útil para investigación en discapacidad.

La escala tiene 6 dominios:

Dominio 1: Cognición: Mide la comprensión y la comunicación

Dominio 2: Movilidad - Nos habla sobre el moverse dentro del entorno

Dominio 3: Cuidados personales – Es sobre atender la propia higiene, vestirse, comer y quedarse solo

Dominio 4: Llevarse bien - La interacción con otras personas y una pregunta sobre sexualidad

Dominio 5: Actividades de la vida diaria– Trata sobre el realizar las responsabilidades domésticas, el ocio, el trabajo y la escuela

Dominio 6: Participación Social – Es sobre unirse en actividades de la comunidad

Las propiedades psicométricas de WHODAS 2.0 se realizaron en dos oleadas de pruebas internacionales, el uso de un diseño multicéntrico con protocolos idénticos. En cada fase, el diseño general de estudio requiere el mismo número de sujetos en cada sitio que se pueden extraer a partir de cuatro grupos diferentes:

- Población general
- Poblaciones con problemas físicos
- Poblaciones con problemas mentales o emocionales
- Poblaciones con problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas.

Confiabilidad: La confiabilidad se refiere a la consistencia de los resultados. En el análisis de la confiabilidad se busca que los resultados de un cuestionario concuerden con los resultados del mismo cuestionario en otra ocasión. Dentro del estudio internacional aplicado en 19 países se aplicó un diseño de estudio de Test-retest con entrevistadores diferentes aproximadamente siete días después de la primera entrevista (media de 2.4 +-1.6 días). Encontrando una confiabilidad total de .98 la cual es alta. La confiabilidad tes-retest tuvo un coeficiente intraclase de .69-.89 para los diferentes niveles. Dicha confiabilidad se incrementó para los dominios (.93-.96). (Üstün 2010)

Validez de constructo: Es un concepto que hace referencia a la capacidad de un instrumento para cuantificar significativa y adecuadamente el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. En el estudio de 2010 se realizó un análisis factorial de la WHODAS 2.0 encontrando las siguientes varianzas explicadas del total:

- Dominio 1 (Cognición): 47%
- Dominio 2 (Movilidad): 54%
- Dominio 3 (Cuidados Personales): 54%
- Dominio 4 (Llevarse bien): 62%
- Dominio 5 (Actividades diarias): 31%
- Dominio 6 (Participación): 51%

Para esta prueba también se midió el efecto del tratamiento en pacientes con depresión encontrando que es un buen instrumento en 3 de 4 estudios realizados para medir el efecto del tratamiento y la mejoría del paciente (Üstün 2010).

Inventario de depresión de Beck (Beck et al 1988). BDI: Instrumento auto aplicable de 21 ítems. Mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos. Con un marco temporal de 1 semana. Esta prueba tiene una buena sensibilidad 94% y una especificidad 92%. Útil para el tamizaje de depresión en el cuidado primario (Sanz 2003). En México, las propiedades psicométricas del BDI-IA se probaron en estudiantes universitarios (Manelic y Ortega-Soto, 1995), pacientes esquizofrénicos (Ortega-Soto, Gracia, Imaz, Pacheco, Brunner et al., 1994) y pacientes con cardiopatía (Torres, Hernández y Ortega-Soto, 1991). En la adaptación más reciente del BDI-IA en población mexicana clínica y no clínica (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena et al., 1998) se reportó:

- Consistencia interna de $\alpha = 0.87$,
- Validez concurrente vs. la Escala de Depresión Zung de $r = 0.65$
- Para la validez de constructo encontraron tres factores (el primer factor explicó el 55% de la varianza).

El estudio realizado por el Dr. Rodríguez en 2012 en población con VIH encontró un alfa de Cronbach 0,91. En cuanto a Validez de Constructo se utilizó el análisis factorial con rotación ortogonal, se obtuvieron tres factores: en general factor de la depresión, somática, y la cognición

- Estos factores explican el 39,7%, 6,01%, 5,49% de la varianza, respectivamente
- El posterior análisis de la consistencia interna indica un coeficiente del total de 0,79 a 0,91 para los factores de promedio (Rodríguez 2012). Para esta investigación se usara la versión corta del Dr. Rodríguez, la cual cuenta con un punto de corte de 11 puntos para diferenciar entre deprimidos y no deprimidos (Rodríguez 2015)

Tabla 2. Clasificación por severidad BDI	
Modificado por Rodríguez 2012	
Puntuación Cruda	Rango
0-5	Mínima
6-9	Leve
10-16	Moderada
17-36	Severa

Plan de análisis de los resultados

La descripción de las características demográficas, clínicas de la muestra se realizó mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Se utilizó el paquete estadístico STATA V12. Se aplicaron las pruebas de Chi 2 para los datos demográficos y diferencias de medias con la prueba F de Fisher. Se hicieron relaciones bivariadas con la variable dependiente, la independiente de interés y las de ajuste para hacer un análisis preliminar de su significancia. Se aplicó el modelo de regresión logística previo análisis de intercorrelaciones.

Consideraciones éticas

Este estudio se encuentra insertado dentro del procedimiento habitual del programa de salud mental de la clínica especializada para la evaluación de los pacientes. Los instrumentos que se aplican tienen un riesgo mínimo. La clínica especializada cuenta con un módulo de derechos humanos. La aplicación de la batería de instrumentos cumple el principio de beneficencia ya que busca diagnosticar la depresión y ofrecer un tratamiento oportuno respetando la autonomía del paciente. Para este estudio se solicitó el uso de la base de datos del programa de salud mental a la coordinación de VIH del distrito federal. Se respetó la confidencialidad de los datos dando a cada paciente un número de folio, no existen nombres ni datos que identifiquen a los sujetos, dicha base de datos se encuentra resguardada en una computadora, en un consultorio médico al cual solo tiene acceso el personal de salud mental de la clínica especializada. Los beneficios que se obtuvieron de esta medición no fueron directos para los participantes, sino que servirán de apoyo para la generación de conocimiento de la depresión y su efecto en la discapacidad. Con este proceso se buscó cubrir la proporción adecuada de riesgo beneficio de toda investigación, fundamentada en el principio de no-maleficencia y beneficencia, basado en el principalísimo que dicta una de las escuelas de la Bioética (Lolas Stepke et al., 2006). El Reglamento de la Ley General de Salud estipula los lineamientos éticos que deben seguirse en una investigación hecha en seres humanos. Incluso, el artículo 17 define los tipos de investigación, según el riesgo de la intervención. En el caso de esta investigación, la categoría que le correspondió fue de riesgo mínimo, ya que contempló la aplicación de pruebas psicológicas que no modificarán la conducta del participante (Estados Unidos Mexicanos, 1987).

El día 24 de Marzo de 2015 la Comisión de Ética en Investigación de la Secretaria de Salud del Distrito Federal consideró este proyecto como relevante y de riesgo mínimo. Dictaminando su aprobación y dando un número de registro de: **611/101/01/15.**

Recursos humanos y materiales

Se utilizó material de papelería básica para la recolección de datos, como papel, lápiz y fotocopias

Resultados

Características sociodemográficas

El promedio de edad para la muestra fue de 31.3 años (D.E.=7.5, Mínimo=18, Máximo=48). La escolaridad promedio fue de 11.3 años (D.E.=3.3, Mínimo=2, Máximo=17). El 79.83% (N=178) de la muestra reporto ser soltero, 20.17% (N=45) reporto estar unido. Sobre la ocupación el 36.8% de la muestra se encontraba empleado (N=82), el 25.6% (n=59) de la muestra reporto ser desempleado, seguido de un 10.3% (N=23) de sujetos que reportaron ser estudiantes, 8.5% (N=19) reporto ser comerciante. Para los desempleados el promedio de meses de desempleo fue de 4.3 con una desviación estándar de 3 meses un mínimo de 1 y máximo de 12. Los resultados se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Características Sociodemográficas

Variable	n	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
Edad (Años)	223	31.3	30	7.5	18	48
Escolaridad (Años terminados)	223	11.3	12	3.3	2	17
	n	%				
Estado civil	223	100				
Soltero	178	79.83				
Casado/ Soc conv /Unión libre	45	22.3				
Ocupación	223	100				
Patrón o empresario	7	3.1				
Profesionista o independiente	12	5.4				
Empleado	82	36.8				
Comerciante	19	8.5				
Hogar	2	0.9				
Estudiante	23	10.3				
Desempleado	59	26.5				
Autoempleo	10	4.5				
Oficio	7	3.1				
Otra	2	0.9				
	n	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
Meses de desempleo	53	4.3	3	3.0	1	12

El 53% (N= 118) de la muestra reporto vivir con familiares, seguido del 18.4% (N=41) que reportó vivir con su pareja/esposo, 10.3% (N=23) reporto vivir con amigos. Sobre la religión el 52.9% (N=118) reporto ser católico seguido del

22.9% (N=51) que no tenían ninguna religión. La mayoría de los participantes (68.3%) vivían en las delegaciones Iztapalapa, Cuauhtémoc, Álvaro Obregón, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco y Venustiano Carranza, el resto en las demás delegaciones del Distrito Federal. Sobre la orientación sexual el 89.7% (N=200) de los sujetos reportaron preferencia por los hombres mientras que el 10.3% (N=23) reportaron preferencia por hombres y mujeres (Tabla 4)

Tabla 4. Características Sociodemográficas 2

Variable	N	%
¿Con quién vive actualmente?	223	100
Pareja/esposo	41	18.4
Familiares	118	53.0
Amigo (a)	23	10.3
Casa hogar	10	4.5
Reclusorio	2	0.9
Solo	29	13
Delegación de residencia	223	100
Álvaro Obregón	17	7.6
Azcapotzalco	7	3.1
Benito Juárez	16	7.1
Coyoacán	12	5.4
Cuajimalpa	1	0.5
Cuauhtémoc	39	17.5
Gustavo A. Madero	22	9.9
Iztacalco	11	5.0
Iztapalapa	42	18.9
Magdalena Contreras	1	0.5
Miguel Hidalgo	9	4.0
Milpa Alta	1	0.5
Tláhuac	9	4.0
Tlalpan	7	3.1
Venustiano Carranza	15	6.7
Xochimilco	5	2.2
Fuera del DF	9	4.0
Religión	223	100
Ninguna	51	22.9
Católica	118	52.9
No católica	28	12.6
Creyente / Agnóstico	26	11.7
Orientación sexual	223	100
Hombres	200	89.7
Hombres y mujeres	23	10.3

Características Clínicas

El tiempo promedio posterior al diagnóstico de VIH fue de 1,203 días, aproximadamente 3.2 años (D.E.= 1328.5, Min 60 días máximo 5,790). El 52.5% (N=117) de la muestra se encontró con tratamiento antirretroviral, mientras que el 47.5% (106) de la muestra no tenía tratamiento antirretroviral al momento de la evaluación. Se generaron tres preguntas al respecto de la adherencia al tratamiento encontrándose que el 8.5% (N=10) había dejado de tomar el tratamiento en más de 5 ocasiones. 32.4% de la muestra (N=38) había fallado en el horario de la toma de medicamentos 7 8.5% (N=10) había dejado de tomar los medicamentos para consumir alcohol o sustancias en el último mes. Sobre la forma de contagio del VIH el 64.9% (N=144) reporto conductas sexuales de riesgo y el 35.1% (N=78) reporto contagio por pareja.

La media de carga viral fue de 72,134 copias, la mediana de la muestra fue de 13,460 con una desviación estándar de 131,792 copias. Con un mínimo de 39 copias y un máximo de 939,453. El promedio de cuenta de CD4 fue 311, con una mediana de 280 y una desviación estándar de 193.6 con un mínimo de 2 y un máximo de 796 linfocitos.

Sobre la clasificación de la carga viral, el 25.6% (N= 57) pacientes presentaron cargas virales menores a 50 copias. 6.3 % (N=14) se encontraban entre las 50-200 copias. El 6.7 % (N=15) de la muestra tenía entre 200-1000 copias y el 61.4 % (N=137) presento más de 1000 copias. Para la clasificación de CD4 el 8.5% de los sujetos (N=19) presentaron menos de 50 linfocitos, 24.7% (N=55) tenía de 50 a 200, 49.8% (N=111) de la muestra se encontraba de 201 a 500 CD4 y el 17% (N=38) tenía más de 500 CD4. Los resultados se pueden observar en la tabla 5.

Tabla 5. Variables Clínicas

Variable	n	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
Tiempo que lleva con el Dx de VIH (días)	223	1,203.4	510	1,328.5	60	5,790
¿Actualmente está bajo TARAA?	223	100				
Si	117	52.5				
No	106	47.5				
¿Ha dejado de tomar el TARAA actual en 5 ocasiones o más en el último mes?	117	100				
Si	10	8.5				
No	107	91.5				
¿Ha fallado en el horario en 5 ocasiones o más en la toma de TARAA actual en el último mes?	117	100				
Si	38	32.4				
No	79	67.6				
¿Ha suspendido el TARAA actual por beber alcohol o consumo de sustancias en el último mes?	223	100				
Si	10	8.5				
No	107	91.5				
Forma de contagio	223	100				
Conductas sexuales de riesgo	144	64.9				
Contagio por pareja	78	35.1				
Carga viral y CD4						
	n	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
Carga viral (no. de copias)	223	72,134	13,460	131,792	39	939,453
CD4	223	311.2	280	193.6	2	796
Clasificación de la carga viral						
	n	%				
No. de copias CV						
≤ 50	57	25.6				
50 a <200	14	6.3				
200 a 1,000	15	6.7				
>1,000	137	61.4				
Total	223	100				
Clasificación por CD4						
	n	%				
Cuenta de CD4						
< 50	19	8.5				
50 a 200	55	24.7				
201 a 500	111	49.8				
>500	38	17.0				
Total	223	100				

Discapacidad

Con el fin de llegar a un punto de corte óptimo de la medición de discapacidad en WHODAS 2.0 y debido a que esta vez es la primera vez que se aplica este instrumento en se describirán los puntajes, percentiles y niveles de discapacidad en general y por dominios. Para la discapacidad la media de puntaje en la escala WHODAS 2.0 fue de 28 (D.E.= 20, Min 0 y máximo 83). En la siguiente tabla se especifican los puntajes hallados por cada dominio en los 223 sujetos (tabla 6).

Tabla 6. Puntaje WHODAS 2.0

Variable	N	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
Dominio 1. Comprensión y comunicación	223	29	30	23	0	100
Dominio 2. Capacidad para moverse	223	24	25	21	0	81
Dominio 3. Cuidado personal	223	22	10	23	0	100
Dominio 4. Relacionarse con otros	223	36	42	27	0	100
Dominio 5.1. Actividades en casa	223	31	40	30	0	120
Dominio 5.2. Actividades en el trabajo	148	22	29	23	0	86
Dominio 6. Participación en sociedad	223	34	33	25	0	100
Sumatoria total 36 ítems	223	28	25	20	0	83
Sumatoria total 32 ítems	221	30	28	22	0	92

Para dicho instrumento se estableció como punto de corte a partir de 59 puntos (Percentil 90) para esta muestra en la escala de WHODAS 2.0 en la evaluación total, los puntos de corte por cada dominio se describen en la siguiente tabla.

Tabla 7 Percentiles para WHODAS 2.0

Variable	n	P10	P25	P50	P75	P90
WHODAS 2.0 Total	223	3	9	25	42	59
Dominio 1. Comprensión y comunicación	223	0	5	30	45	65
Dominio 2. Capacidad para moverse	223	0	0	25	38	50
Dominio 3. Cuidado personal	223	0	0	10	40	50
Dominio 4. Relacionarse con otros	223	0	8	42	50	75
Dominio 5.1. Actividades en casa	223	0	0	40	50	70
Dominio 5.2. Actividades en el trabajo	148	0	0	29	36	50
Dominio 6. Participación en sociedad	223	0	17	33	50	71

El 90.1% (N=201) de la muestra reporto dificultades dentro de los últimos 30 días debido a su estado de salud con una media de 9 días (DE=9.9, Min=0 Max=30).

El 66.8% (N=149) menciono que no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud con una media de 4.5 días perdidos en el último mes (D.E.=8.1, Min=0 Max=30).

El 65.9% (N=147) de los sujetos reportaron disminución en sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud en el último mes (D.E.=8.9, Min=0 Max=30). Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 8. Días perdidos por discapacidad

Variable	n	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	201	9	5	9.9	0	30
¿En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	149	4.5	0	8.1	0	30
¿En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	147	5.4	0	8.9	0	30

Se encontró que el 10.8% (N=24) de los sujetos presentaban discapacidad con el punto de corte de 60 puntos. El dominio que más reporto discapacidad fue en la capacidad para moverse con 9.9% de la muestra, seguido de actividades en el trabajo 9.5% y participación en sociedad con 9.4% de discapacidad. Los resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Presencia de Discapacidad

Variable	n	%
Presencia de discapacidad	223	100
Si	24	10.8
No	199	89.2
Discapacidad dominio 1. Comprensión y comunicación	223	100
Si	18	8.0
No	205	92.0
Discapacidad en Dominio 2. Capacidad para moverse	223	100
Si	22	9.9
No	201	90.1
Discapacidad en Dominio 3. Cuidado personal	223	100
Si	15	6.7
No	208	93.3
Discapacidad en Dominio 4. Relacionarse con otros	223	100
Si	17	7.6
No	206	92.4
Discapacidad en Dominio 5.1. Actividades en casa	218	100
Si	17	7.8
No	201	92.2
Discapacidad en Dominio 5.2. Actividades en el trabajo	148	100
Si	14	9.5
No	134	90.5
Discapacidad en Dominio 6. Participación en sociedad	223	100
Si	21	9.4
No	202	90.6

Depresión

El 26% (N= 58) de la muestra presento depresión según el punto de corte establecido para esta población especial, mientras que el 74% (N=165) no la presento. Dentro de los sujetos que presentaron depresión el 17.9% presento síntomas leves, el 21.5% síntomas moderados y el 9.9% síntomas severos. Los resultados se muestran en la tabla. La media del puntaje del inventario de Beck fue de 7 con una D.E.= 6.4, puntaje mínimo de 0 y máximo de 29. Los resultados se presentan en la tabla 10.

Tabla 10. Clasificación por BDI

Variable	n	%				
Presencia de depresión con punto de corte 11	223	100				
Si	58	26.0				
No	165	74				
Clasificación por severidad						
Mínima (0-5 pts.)	113	50.7				
Leve (6-9 pts.)	40	17.9				
Moderada (10-16 pts.)	48	21.5				
Severa (17-36 pts.)	22	9.9				
Variable	n	Media	Mediana	D.E.	Min	Max
Puntaje total Beck	223	7	5	6.4	0	29

Depresión, discapacidad y variables de ajuste

Antes de crear el modelo de regresión logística se realizó un análisis de correlaciones y se encontró que existe una correlación entre la depresión y la presencia de TARAA ($P=.005$), en las fallas en la toma de la TARAA ($F=.08$) y la suspensión de la TARAA ($F=0.005$). El estado civil no presentó significancia estadística. Los resultados se presentan en la tabla 11.

Tabla 11. Deprimidos vs No deprimidos (Chi 2 y Fisher)

Depresión	n	Estado Civil		n	TARAA		
		Soltero % (n)	Casado/SC/UL % (n)		Si % (n)	No % (n)	
Si	58	79.3 (46)	20.7 (12)	58	67.2 (39)	32.3 (19)	
No	164	80.5 (132)	19.5 (32)	165	47.3 (78)	52.7 (87)	X² 6.86
Total	222	80.2 (178)	19.8 (44)	223	52.5 (117)	47.5 (106)	p 0.00

¿Ha dejado de tomar el TARAA actual ≥5v en 1m?				¿Ha fallado la hr de toma del TARAA actual ≥5v en 1m?		
Depression	n	Si	No	n	Si	No
Si	58	8.6 (5)	91.4 (53)	58	24.1 (14)	75.9 (44)
No	165	3.0 (5)	97.0 (160)	165	14.5 (24)	85.5 (141)
Total	223	4.5 (10)	95.5 (213)	223	17.0 (38)	83.0 (185)

F 0.08

¿Ha suspendido TARAA actual por consumir sust en el último mes?			
Depression	n	Si	No
Si	58	8.6 (5)	91.4 (53)
No	164	2.4 (4)	97.6 (160)
Total	222	4.0 (9)	96.0 (213)

F 0.05

Existe una correlación entre la discapacidad y la presencia de TARAA (P=.005), y la suspensión de la TARAA en el último mes (F=0.005). El estado civil no presento significancia estadística. Los resultados se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Discapacidad vs Sin discapacidad (Chi 2 y Fisher)

Con Discapacidad	n	Estado Civil		n	TARAA		F 0.00
		Soltero % (n)	Casado/SC/UL % (n)		Si % (n)	No % (n)	
Si	24	75.0 (18)	25.0 (6)	24	91.7 (22)	Si	24
No	198	80.8 (160)	19.2 (38)	199	47.7 (95)	No	198
Total	222	80.2 (178)	19.8 (44)			52.5 (117)	Total

χ^2 0.45
p 0.50

¿Ha dejado de tomar el TARAA actual $\geq 5v$ en 1m?

¿Ha fallado la hr de toma del TARAA actual $\geq 5v$ en 1m?

Con Discapacidad		Si	No		Si	No
Si	24	8.33 (2)	91.7 (22)	F 0.29	24	41.7 (10)
No	199	4.0 (8)	96.0 (191)		199	14.0 (28)
Total	223	4.5 (10)	95.5 (213)		223	17.0 (38)

Con Discapacidad		Si	No	
Si	24	20.8 (5)	79.2 (19)	F 0.00
No	198	2.0 (4)	98.0 (4)	
Total	222	4.0 (9)	96.0 (213)	

¿Ha suspendido TARAA actual por consumir sust en 1m?

Se realizaron diferencias de medias para las variables biológicas. Para las variables biológicas la carga viral dio diferencias significativas en pacientes con discapacidad con valores P menores a 0.01, y para depresión con una P= 0.04 La cuenta de Linfocitos CD4 solo dio valores significativos para los sujetos con depresión. Los resultados se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 13. Diferencia de medias en variables dependiente y de ajuste

	n	Depresión		Valor p	n	Discapacidad		Valor p
		Si	No			Si	No	
Carga viral	223	41,835	82,785	0.04	223	8,961	79,753	0.01
CD4	212	350	298	0.08	212	363	305	0.18

La edad solo presento un resultado significativo para los sujetos con discapacidad F=0.01 (Tabla 14)

Tabla 14. Chi y Fisher para edad en depresión y discapacidad

Edad	n	Depresión		n	Discapacidad		
		Si % (n)	No % (n)		Si % (n)	No % (n)	
18 a 25	60	18.3 (11)	81.7 (49)	60	1.7 (1)	98.3 (59)	
26 a 30	46	23.9 (11)	76.1 (35)	46	10.9 (5)	89.1 (41)	
31 a 37	55	30.9 (17)	69.1 (38)	55	10.9 (6)	89.1 (49)	
38 a 48	50	28.0 (14)	72.0 (36)	X² 2.70	50	20.0 (10)	80.0 (40) F 0.01
Total	211	25.1 (53)	75.0 (158)	p 0.43	211	10.4 (22)	89.6 (189)

Se realizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis en donde se observaron diferencias entre pacientes deprimidos y no deprimidos en relación a la CV (Figura 2)

Figura 2. Test de Kruskal-Wallis para deprimidos y no deprimidos en relación con la CV

```

+-----+
| deprim~2 | Obs | Rank Sum |
+-----+-----+-----+
|           | No  | 165 | 19682.50 |
|           | Si  |  58 |  5293.50 |
+-----+-----+-----+

```

```

chi-squared =      8.095 with 1 d.f.
probability =      0.0044
chi-squared with ties =      8.211 with 1 d.f.
probability =      0.0042

```

Se realizaron diferencias de Medias para los pacientes deprimidos y no deprimidos siendo significativos en la medición total de la escala de WHODAS 2.0 y por dominios con valores P menores a 0.001. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 15. Diferencia de medias: Deprimidos vs No Deprimidos.

Puntos	n	Depresión		Valor p
		Si	No	
WHODAS total	223	47	176	0.000
Dominio 1	223	50	173	0.000
Dominio 2	223	39	184	0.000
Dominio 3	223	39	184	0.000
Dominio 4	223	59	164	0.000
Dominio 5.1	218	51	167	0.000
Dominio 5.2	148	37	111	0.000
Dominio 6	223	56	167	0.000

De manera global existen diferencias significativas con $F = 0.0001$ entre los pacientes que presentan depresión y discapacidad de los pacientes que no presentan discapacidad. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 16. Test de Fisher para Depresión vs Discapacidad		
Con Depression	Con Discapacidad	
	Si	No
Si	36.2 (21)	63.8 (37)
No	1.8 (3)	98.2 (162)
Total	10.8 (24)	89.2 (199)
Fisher 0.000		

Para este estudio se realizó una regresión logística simple para discapacidad ajustado por la depresión. Como resultado se obtuvo una Raíz cuadrada ajustada de .3046, siendo un modelo útil con las variables significativas de depresión (Figura 3).

Figura 3. Modelo de regresión logística simple para discapacidad ajustado por la depresión

Logistic regression	Number of obs	=	223
	LR chi2(1)	=	46.39
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -52.961321	Pseudo R2	=	0.3046

discapacitado	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
deprimido_2	30.64865	19.72383	5.32	0.000	8.682073 108.193
_cons	.0185185	.0107902	-6.85	0.000	.0059107 .0580199

La depresión incrementa la probabilidad de tener discapacidad en 30.64 momios.

Posteriormente se realizó un modelo de regresión logística múltiple con las variables que dieron significancia estadística previamente usando discapacidad ajustada por depresión y fallas mensuales en el tratamiento. Es importante menciona que no se incluyó la carga viral dentro de este modelo debido a que de

tomo transversalmente. Se obtuvo una obtuvo una Raíz cuadrada ajustada de .3563.

Figura 4. Modelo de regresión logística para discapacidad ajustado por la depresión

```
. Logistic discapacidad deprimido_2 falla_sust
```

Logistic regression

Number of obs	=	222
LR chi2(2)	=	54.20
Prob > chi2	=	0.0000
Pseudo R2	=	0.3563

Log likelihood = -48.946408

discapacitado	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
deprimido_2	31.18746	21.0571	5.09	0.000	8.303616 117.1366
falla_sust	13.8723	13.80476	2.64	0.008	1.972839 97.54509
_cons	.0147235	.0091875	-6.76	0.000	.0043337 .0500225

La depresión incrementa la probabilidad de tener discapacidad en 31.18 momios. Mientras que la suspensión del medicamento durante el último mes incrementa la probabilidad de presentar discapacidad en 13.8 momios. Ambos resultados presentan intervalos de confianza amplios.

Discusión

La infección por el VIH es una enfermedad incurable que afecta a 34 millones de personas en todo el mundo y que ha representado la defunción de 30 millones desde el inicio de la epidemia en 1981 (ONUSIDA, 2011b). México se clasifica como un país con una epidemia de VIH/SIDA concentrada. Aunque la prevalencia de VIH en la población general es menor al 1%, la epidemia se concentra en grupos específicos. Según la estimación del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), la prevalencia de VIH entre HSH es del 11%. Por sí mismo el VIH es una enfermedad que genera discapacidad y carga a los sujetos y sistemas de salud (Murray et al 2012, Lozano et al 2012). En este estudio se obtuvo una muestra de 223 hombres que tienen sexo con hombres con VIH. La media de edad de la muestra de 31.3 años (D.E. 7.5), coincide con el rango de edad de 30-34 años, en el que es más prevalente el VIH a nivel nacional (CENSIDA, 2011). Los años de escolaridad fueron de 11.3.0 (D.E.= 3.3) y el tipo de estado civil (soltero) fueron similares a los reportados en una encuesta hecha también a HSH mexicanos con VIH (Gayet et al., 2007) y a los reportados por Bautista et al en 2012, Vega et al 2013 y Rodríguez et al 2012. La principal forma de contagio fueron las conductas sexuales de riesgo que se presentaron en el 64.9% de los sujetos así como la Carga Viral y la cuenta de CD4. Este valor es similar a lo reportado por Vega et al 2013 y CENSIDA 2013.

La definición actual de discapacidad en este marco teórico surgió en 2001 con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). A partir de esa definición, la discapacidad se concibió como el resultado de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores contextuales, ambientales y personales (OMS 2001). Si la enfermedad genera un malestar que limita las actividades diarias de una persona esta presenta algún grado de discapacidad. (Ustün, 2010). El VIH es la principal causa de pérdida de años de vida saludable en Hombres adultos jóvenes de 15

a 39 años (Murray, 2012). La depresión por sí misma es una enfermedad causante de discapacidad encontrándose en los primeros lugares de la carga de la enfermedad (Murray et al 2012, OMS 2010 y Lara 2007). Para este estudio se estableció un punto de corte en el instrumento WHODAS 2.0 superior a 60 para la población de la clínica especializada encontrando que el 10.8% (N=24) presentaba algún grado de discapacidad. Dicha cifra es superior a la realizada por Trejo et al 2013 en el Instituto Nacional de Salud Pública en la Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010 donde se encontró que la discapacidad en la población general era del 6.2% (IC95%: 5.9-6.6). Dentro de este estudio se midió el impacto en la discapacidad y se encontró que el 90.1% (N=201) de la muestra reportó dificultades dentro de los últimos 30 días debido a su estado de salud, con una media de 9 días (DE=9.9, Min=0 Max=30). A pesar de tener metodologías diferentes en cuanto a la medición de la discapacidad en un estudio de Lara et al en 2007 se encontró que la depresión era la cuarta causa de discapacidad teniendo un gran impacto en el área laboral y presentando una pérdida considerable de días, los días perdidos por enfermedades crónicas fueron 6.89, menores a los 25.51 días perdidos por depresión. Dicho estudio revela que la muestra es similar a las poblaciones con enfermedades crónicas.

A nivel internacional existe una amplia referencia en la literatura respecto a la prevalencia de depresión, sus factores de riesgo y consecuencias asociadas en pacientes con infección por VIH. La depresión es muy frecuente entre los pacientes con enfermedades crónicas (Morrison et al 2002, Asch et al 2003). En el caso de los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las co-morbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección (Asch et al 2003, Weisser et al 2006, Rabin et al 2008). La prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH se describe en torno al 35%, con fluctuaciones entre 20 y 79%, dependiendo de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la

definición de caso (Asch et al 2003, Morrison et al 2002, Weiser et al 2006, Rabin et al 2006, Bing et al 2001, Pence et al 2006 y Jin et al 2006). En América Latina, los reportes provienen de Brasil, donde Noqueira y colaboradores en 2006, y Antakly et al 2006, observaron una prevalencia puntual de depresión de 21,8% en una muestra mixta. En este estudio se encontraron resultados similares teniendo una prevalencia del 26 % para depresión. La prevalencia de depresión en este estudio es 2.8 veces más alta que las reportadas por Medina Mora et al en la población general (9.1%) en México. Estos hallazgos son similares también a otros estudios en donde fue aplicado el BDI, Weiser et al 2006 encontró una prevalencia puntual del 56%, Jin et al en 2006 de 79% a lo largo de la vida e Israelsku et al en 2007 de 38%. La depresión es una enfermedad que tiene su propia carga de la enfermedad (Murray 2012) y puede afectar negativamente la evolución de la enfermedad VIH alterando la cuenta de linfocitos T CD4+, mayor carga viral incrementando la morbi-mortalidad (Colibazzi et al 2006, Rabin et al 2008, Treisman 2007).

La hipótesis principal de este estudio fue que los HSH con depresión y VIH tendrán mayor discapacidad que los hombres HSH con VIH que no presenten depresión. Para corroborar dicha hipótesis se realizaron diferencias de Medias para los pacientes deprimidos y no deprimidos siendo significativos en la medición total de la escala de WHODAS 2.0 y por dominios con valores P menores a 0.001. Se realizó un modelo de regresión logística usando las variables que dieron significancia estadística lo que muestra que el tener depresión incrementaría la probabilidad de presentar discapacidad en 31.18 momios. Mientras que la suspensión del medicamento durante el último mes incrementa la probabilidad de presentar discapacidad en 13.8 momios. A pesar de ser un modelo estadísticamente significativo, ambos resultados presentan intervalos de confianza amplios lo cual sugiere que se debería de incrementar el número de muestra. Estos hallazgos podrían ser controversiales y cuestionables debido a factores como: que es una muestra de pacientes de recién diagnóstico lo cual incrementa inherentemente el riesgo a discapacidad por VIH, para este estudio no se considero la dependencia a sustancias,

antecedentes de violencia y las características clínicas de la enfermedad como el síndrome de desgaste podrían estar jugando seriamente en estos resultados (CDC 2002, Rossi et al 2002, NIDA 2005, Trimble et al 2013, Pantalone et al 2014). Se encontró que la suspensión del medicamento durante el último mes incrementa la probabilidad de presentar discapacidad en 13.8 momios, este hallazgo podría ser consistente debido a que las fallas en la adherencia incrementan el avance de la enfermedad presentando alteraciones en la salud y generando discapacidad (Colibazzi et al 2006, Rabin et al 2008, Treisman 2007). Una de las variables de ajuste que no dio resultados significativos fue la edad. Mientras que las fallas en la adherencia están bien reportadas como un factor que influye en la evolución del VIH y el pronóstico (Brant et al 2009, Weiser et al 2006, Wolf et al 2010)

No se encontraron diferencias significativas entre los desempleados y los solteros entre pacientes deprimidos y no deprimidos. Dicho resultado es diferente a lo reportado en la literatura debido a que los factores sociodemográficos como el desempleo y el estado civil, se sabe que encuentran asociados con la infección por el VIH y la depresión (Lewis et al 2001, Poundstone et al 2004). La relación entre dichos factores parece ser complicada y difícil de explicar, las áreas que presentaron mayor discapacidad en este estudio fueron el dominio 2 Capacidad para moverse con 9.9% (N=22), Actividades en el trabajo 9.5% (N=14) y Participación en sociedad 9.4% (N=21). El comportamiento de la escala WHODAS 2.0 presenta resultados similares a los encontrados por Üstun et al en 2010 en poblaciones con dependencia a sustancias y enfermedades crónicas.

Conclusiones

Es innegable la relación que tiene la depresión en las enfermedades crónicas como el VIH. Diversos factores contribuyen, tanto psicosociales, conductuales y biológicos, generando discapacidad en los individuos. Es la primera vez que se realiza un estudio en donde se asocia depresión y discapacidad en Latinoamérica, con lo que se pretende generar nueva información sobre el tema.

Limitaciones

Algunas limitaciones deben considerarse de este estudio, entre ellas, que la muestra fue recolectada directamente de una base de datos. Esto disminuye la posibilidad de hacer una generalización de los datos a otras poblaciones de HSH con VIH debido a que la población que asiste al programa de salud mental de la clínica especializada es por referencia de otros servicios incrementando el sesgo debido a que esto concentra pacientes con síntomas depresivos y trastorno depresivo mayor. Hace falta conocer el efecto de la discapacidad en las mujeres y diversas poblaciones clave que se atienden en la clínica especializada.

Otra limitación se deriva de que la muestra se obtuvo de una clínica multidisciplinaria de atención exclusiva a pacientes con VIH, urbana y concentrada, por lo que los resultados aquí encontrados no podrían generalizarse a todos a los HSH con VIH que viven en otros lugares de México y que tienen otras condiciones de atención clínica, demográfica y social. No se consideró el ingreso económico en los pacientes siendo este un punto importante en los datos sociodemográficos. Se usó un instrumento validado en depresión en la clínica especializada pero esto hace difícil comparar los resultados con otros estudios internacionales debido a la utilidad de usar instrumentos completos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud: The Global Burden of Disease 2004. Update 2008.
2. World Health Organization. World health report 2000. Geneva, WHO, 2000.
3. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (CIF). Geneva, World Health Organization, 2001.
4. Üstün TB et al. Disability and culture: universalism and diversity. Seattle, Hogrefe & Huber Publishers. 2001.
5. Üstün TB et al. World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II): development, psychometric testing and applications. Bulletin of the World Health Organization, 2010, In press.
6. CENSIDA. (2011). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA: Actualización al 30 de Junio de 2011 (pp. 1-17). México, D.F.: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
7. Crepaz, N., Lyles, C. M., Wolitski, R. J., Passin, W. F., Rama, S. M., Herbst, J. H., . . . Stall, R. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. [Editorial Meta-Analysis Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. AIDS, 20(2), 143-157.
8. Crepaz, N., & Marks, G. (2002). Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. AIDS, 16(2), 135-149.
9. Dewar, R., Golstein, D., & Maldarelli, F. (2010). Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection. In G. L. Mandell, J. E. Bennett & R. Dolin (Eds.), Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases (7th ed., Vol. 1, pp. 1663-1686). Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier.
10. Moir, S., Connors, M., & Fauci, A. S. (2010). The Immunology of Human Immunodeficiency Virus Infection. In G. L. Mandell, J. E. Bennett & R. Dolin (Eds.), Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases (7th ed., Vol. 1, pp. 1687-1703). Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier.
11. ONU. (2010). Objetivos de desarrollo del Milenio: Informe 2010 (pp. 1-80). Nueva York, EUA: Organización de las Naciones Unidas.
12. ONUSIDA. (2010). Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA: 2010 (pp. 1-364). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
13. ONUSIDA, & OMS. (2009). Situación de la epidemia de SIDA diciembre 2009 (pp. 1-100). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
14. Ostrow, D. E., Fox, K. J., Chmiel, J. S., Silvestre, A., Visscher, B. R., Vanable, P. A., . . . Strathdee, S. A. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. AIDS, 16(5), 775-780.
15. Patterson, T. L., Shaw, W. S., & Semple, S. J. (2003). Reducing the sexual risk behaviors of HIV+ individuals: outcome of a randomized controlled trial. Ann Behav Med, 25(2), 137-145.
16. Piot, P., & Carael, M. (2010). Global Perspectives on Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. In G. L. Mandell, J. E. Bennett & R. Dolin (Eds.), Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases (7th ed., Vol. 1, pp. 1619-1633). Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier.
17. Sterling, T. R., & Chaisson, R. E. (2010). General Clinical Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection (Including the Acute Retroviral Syndrome and Oral, Cutaneous, Renal, Ocular, Metabolic, and Cardiac Diseases). In G. L. Mandell,
18. Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker SA, Beror RA. The international assessment of health related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd, 1995; 3-10.
19. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. En: Spilker B, ed. Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical

- Trials, 2^a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; 11-23.
20. Cameron DW, Heath-Chiozzi M, Danner S, Cohen C, Kravcik S, Maurath C, Sun E, Henry D, Rode R, Potthoff A, Leonard J. Randomised placebo-controlled trial of ritonavir in advanced HIV-1 disease. *Lancet* 1998; 351: 543-49.
 21. Detels R, Munoz A, McFarlane G, Kingsley LA, Margolick JB, Giorgi J, Schragger LK, Phair JP. Effectiveness of Potent Antiretroviral Therapy on Time to AIDS and Death in Men With Known HIV Infection Duration. *Jama* 1998; 280: 1947-1503.
 22. Marschner IC, Collier AC, Coombs RW, D'Aquila RT, DeGruttola V, Fischl MA, Hammer SM, Hughes MD, Johnson VA, Katzenstein DA, Richman DD, Smeaton LM, Spector SA, Saag MS. Use of change in Plasma Levels of Human Immunodeficiency Virus Type 1 RNA to Assess the Clinical Benefit of Antiretroviral Therapy. *J Infect Dis* 1998; 177: 40-7.
 23. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, Aschman DJ, Holmberg SD. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-60.
 24. Fauci et al. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. Panel on clinical Practices for the Treatment of HIV Infection, March 2004.
 25. Tsisis P. Health-related quality of life measurements in HIV-AIDS care. *AIDS Patient Care STDS* 2000; 14 (8): 427-38.
 26. Grossman HA, Sullivan PS, Wu AW. Quality of life and HIV: current assessment tools and future directions for clinical practice. *AIDS* 2003; 13 (12): 583-90, 597-7.
 27. Lin Maria K, Wu Albert W, Revicki Dennis A. Incorporating Quality of Life Measures in HIV Clinical Trials. *HIV Clin Trials* 2002; 3 (3): 202-218.
 28. Clotet B, Carmena J, Pulido F, Luque I, Rodríguez-Alcántara F; COL 30494 Cohort Study Members. Adherence, quality of life, and general satisfaction with co-formulated zidovudine, lamivudine, and abacavir on antiretroviral-experienced patients. *HIV Clin Trials*, 2004; 5 (1): 33-9.
 29. Carrieri P et al. Health-related quality of life after 1 year of highly active antiretroviral therapy. *JAIDS* 32: 38-47, 2003
 30. Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW. Correlates of quality of life in symptomatic HIV patients living in Hongkong. *AIDS Care* 2001;13(3):319-334
 31. Razera F, Ferreira J, Bonamigo RR. Factors associated with health-related quality-of-life in HIV-infected Brazilians. *International Journal of STD & AIDS* 2008; 19: 519-523.
 32. Imam MH, Karim MR, Ferdous C, Akhter S. Health related quality of life among the people living with HIV. *Bangladesh Med Res Counc Bull* 2011; 37: 1 -6
 33. Reis K, Haas V, Dos Santos C, Teles S. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 July-Aug.;19(4):874-81
 34. Sanz, Perdigon. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, vol. 14, núm. 3, 2003, pp. 249-280,
 35. Üstün, N Kostanjsek, S Chatterji, J Rehm. *Measuring Health and Disability Manual for WHODisabilityAssessmentSchedule WHODAS 2.0*. 2010
 36. "V.Rodríguez, et al. Internal consistency and factorial structure of the Depression Beck Inventory (BDI) in Mexican HIV-positive patients. :19th International AIDS Conference
 37. Wolf C, Alvarado R. Prevalencia, factorers de riesgo y manejo de lá depresión em pacientes com infección por VIH. Revisión de La literatura. *Ver Chil Infect*. 2010. (1) 65-74
 38. Bing E, Burnam A, Longshore D, Fleishman J, Donald C, London A, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 721-8
 39. Pence B, Miller W, Whetten K, Eron J, Gaynes B. Prevalence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *J Acquir Immun Defic Syndr* 2006; 42: 298-306.
 40. Asch S, Kilbourbe A, Gifford A, Burnam M, Turner B, Shapiro M, et al. Underdiagnosis of HIV. Who are we missing? *J Gen Inter Med* 2003; 18: 450-60.
 41. Morrison M, Petitto J, Ten Have T, Gettes D, Chiappinni M, Weber A, et al.

- Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 789-96
42. Gold JA, Peterson J. Longitudinal Characterization of Depression and Mood States Beginning in Primary HIV Infection. *AIDS Behav.* 2014 Jan 3. [Epub ahead of print]
 43. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:725–730.
 44. Atkinson JH, Heaton RK, Patterson TL, et al. Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men. *J Affect Disord* 2008; 108:225–234.
 45. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13:1763–1769.
 46. Horberg MA, Silverberg MJ, Hurley LB, et al. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008; 47:384–390.
 47. Mugavero M, Ostermann J, Whetten K, et al. Barriers to antiretroviral adherence: The importance of depression, abuse, and other traumatic events. *AIDS Patient Care STDs* 2006; 20:418–428.
 48. Ironson G, O’Cleirigh C, Fletcher MA, et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosom Med* 2005; 67:1013–1021.
 49. DeLorenze GN, Satre DD, Quesenberry CP, Tsai AL, Weisner CM. Mortality after diagnosis of psychiatric disorders and co-occurring substance use disorders among HIV-infected patients. *AIDS Patient Care STDs* 2010; 24:705–712.
 50. N. Groce, *HIV/AIDS & Disability: Capturing Hidden Voices — The World Bank/Yale Global Survey on HIV/AIDS* (Washington, DC: The World Bank, 2004).
 51. Benjamin H. Balderson , Lou Grothaus , Robert G. Harrison , Katryna McCoy , Christine Mahoney & Sheryl Catz (2013): Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25:4, 451-458
 52. Beck, A. T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
 53. Manelic, R.; Ortega, H. La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón, en *Salud Ment*; 1995, 18(2); 31- 34.
 54. Ortega H. Gracia S. Imaz B. Pacheco J, Brunner E, Apiquian R. Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar depresión en pacientes esquizofrenicos. *Salud Mental* 1994, 17 (3): 14. 7-14
 55. Torres-Castillo, Mario; Hernández-Malpica, Edmundo; Ortega-Soto, Héctor A. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*. vol. 14 (2.): 1-6, Junio, 1991
 56. Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
 57. Institute for Health Metrics and Evaluation. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME, 2013.
 58. Lineamientos para el tratamiento antirretroviral con personas con VIH para instituciones del sistema nacional de salud. CENSIIDA 2012
 59. Jenkins, S.K., 2009. *AIDS: education and prevention*. Indiana: Author House.
 60. Basta, T.B., Reece, M. and Wilson, M.G., 2008. Predictors of exercise stage of change among individuals living with HIV/AIDS. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(9), pp. 1700-1706.
 61. Brandt, R., 2009. The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa: a systematic review. *African Journal of AIDS Research*, 8(2), pp. 123–133.
 62. Nakimuli-Mpungu, E., Musisi, S., Katabira, E., Nachege, J. and Bass, J., 2011. Prevalence and factors associated with depressive disorders in an HIV+ rural patient population in southern Uganda. *Journal of Affective Disorders*, 135, pp. 160-167.
 63. Estados Unidos Mexicanos. (1987). *Aspectos Éticos de Investigación en Humanos*.

- In Ley General de Salud (Ed.), Título segundo, Artículos 13 al 27. Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984: Secretaría de Salud.
64. Lolas Stepke, Fernando, Universidad de Chile, & Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) (Xile). (2006). Ética e innovación tecnológica. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética.
 65. CENSIDA (2009) El VIH/SIDA en México 2009. México, Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA)
 66. Magis C., Bravo E., Gayet., de Luca M. El VIH/SIDA en México 2008: hallazgos, tendencias y reflexiones. CENSIDA, 2008
 67. Clínica especializada Condesa. Boletín de Sistemas de Información SIDA-Condesa. Num 03 3er bimestre 2011. Galárraga O. Sosa-Rubí Sandra, Infante C, Gertler P. Bertozzi SM. Willingness to accept conditional economic incentives to reduce HIV risks among men who have sex with men in Mexico City. 2010. Working paper. Unpublished manuscript.
 68. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imsero), 2001.
 69. Gayet, Cecilia, Magis, Carlos, Sancknoff, Donna, & Guli, Lisa. (2007). Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. México: CENSIDA, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.
 70. Rabin J. HIV and depression: 2008 review and update. *Curr HIV/AIDS Rep* 2008; 5:163-71.
 71. Weiser D, Riley E, Ragland K, Hammer G, Clark R, Bansberg D. Brief report: Factors associated with depression among homeless and marginally housed HIV-infected men in San Francisco. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 61-4.
 72. Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2003, 26,(4) 1-16.
 73. Noqueira L, De Fátima P, Crosland M. Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care* 2006; 18: 529-36.
 74. Antakly de Mello V, Malgebier A. Depression in women infected with HIV. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28: 10-7
 75. Israelski D, Prentiss D, Lubega S, Balmas G, García P, Muhammad M, et al. Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care* 2007; 19: 220-25.
 76. Colibazzi T, Hsu T, Gilmer S. Human immunodeficiency virus and depression in primary care: A clinical review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8: 201-11.
 77. Trejo Valdivia B. Hernandez Serrato M. Et al. Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010. 1. INSP 2013
 78. Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges G, Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
 79. Centers for Disease Control and Prevention (2011) Characteristics associated with HIV infection among heterosexuals in urban areas with high AIDS prevalence --- 24 cities, United States, 2006–2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 60: 1045–1049.
 80. Lewis G, Araya R (2001) Classification, disability and the public health agenda. *Br Med Bull* 57: 3–15.
 81. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD (2004). The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Epidemiol Rev* 26:22–35: 22–35.
 82. Murray C. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.com* Vol 380 December, 2012. P 2197-2223
 83. Lozano et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.com* Vol 380 December. 2012. P 2095-2128
 84. CENSIDA. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Sexta edición. Censida/Secretaría de Salud, 2014.

85. Rodriguez V. Vega H. Cruz J et al. The utility of BDI HIV adapted: cut-off scores for depressive symptoms screening in a specialized clinic in Mexico City. A Two year of experience. Poster. IAS 2015.
86. Pantalone D, Rood B. Morris B et al. A Systematic Review of the Frequency and Correlates of Partner Abuse in HIV-Infected Women and Men Who Partner With Men. JANAC Vol. 25, No. 1S, January/February 2014.
87. Trimble D, Nava A, McFarlane J. Et al. Intimate Partner Violence and Antiretroviral Adherence Among Women Receiving Care in an Urban Southeastern Texas HIV Clinic. JANAC Vol. 24, No. 4, July/August 2013
88. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Drug-Associated HIV Transmission continues in the United States. IDU, 2002
89. Rossi D. et al. Ministerio de Salud de la Nación, 2012; CDC. Drug-Associated HIV Transmission continues in the United States. IDU, 2002
90. National Institute on Drug Abuse. Linked Epidemics: Drug Abuse and HIV/AIDS, Topics in Brief, October 2005

Anexos

Anexo 1. Cronograma de actividades

Actividad	1er Semestre 2012	2do Semestre 2013	3er Semestre 2013	4to Semestre 2014
Autorización del proyecto	X			
Recolección de números de expedientes clínicos		X		
Recolección de datos de los expedientes clínicos		X		
Resultados y Análisis de la información		X	X	
Impresión y entrega de proyecto final				X

Anexo 2. Análisis de las propiedades psicométricas de las escalas WHODAS 2.0 y Beck I modificado

Alfa de Cronbach.

Para WHODAS 2.0:

Average interitem covariance:	.377424
Number of items in the scale:	36
Scale reliability coefficient:	0.9706

Para BECK:

Average interitem covariance:	.3078606
Number of items in the scale:	11
Scale reliability coefficient:	<u>0.8949</u>

Anexo 3. Formato aprobatorio de la Comisión de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO
190 años

México, D.F. 24 de Marzo de 2015
Oficio No. SSDF/DGPCS/DEI/SECI/JUDI/0781/15
ASUNTO: Aprobación de protocolo de investigación.

DR. JEREMY BERNARDO CRUZ ISLAS.
MÉDICO ADSCRITO
CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA
PRESENTE:

Con relación al proyecto de investigación titulado **"EFECTO DE LA DEPRESIÓN EN LA DISCAPACIDAD EN HOMBRES CON VIH EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA"**, que remite para evaluación de procedencia, le comunico que la **Comisión de Ética en Investigación** de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, lo considera de información relevante y de riesgo mínimo toda vez que, de acuerdo con la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, **"la información identificatoria (personal) se encuentra desvinculada de la información sustantiva para el estudio y solo se requiere para validar la información"**, amén de las normas éticas y morales, y los acuerdos internacionales que se aplican a la discreción y secrecía en el ejercicio de la profesión médica, así como la seguridad de la información genética. Por lo anterior, ha dictaminado la **aprobación** del estudio, asignándole el número de registro **611/101/01/15**.

En ese sentido y con el propósito de brindar un mejor apoyo a sus actividades, debo señalarles que los apoyos que solicitan para su proyecto, deben ser gestionados directamente en la Unidad de Atención que se requiera, ante el titular que corresponda, quién decidirá libremente la participación de su unidad, de la misma manera que el personal operativo que deseé involucrarse, considerando como prioridad el servicio y la atención a los usuarios.

ATENTAMENTE.



DR. IGNACIO CARRANZA ORTÍZ.
PRESIDENTE.



DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE
SAÚDE DEL DISTRITO FEDERAL

c.c.p- Dr. Francisco Osuna Sánchez - Director Ejecutivo de los Servicios de Salud Pública del D.F. - Presente.
Dr. Jesús Casillas Rodríguez - Director de la Clínica Especializada Condesa. - Presente.
Archivo.

FLR/RMM.



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial
Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Educación Continua e Investigación
Jefatura de Unidad Departamental de Investigación

Altadena No. 23, 2º Piso, Col. Nápoles, 03810
Benito Juárez, Tel.: 51 32 12 00 Ext. 13632 y 1335
www.salud.df.gob.mx

Anexo 4. Formato de Datos Clínicos Demográficos

Programa de Salud Mental Evaluación de 1ª vez de Salud Mental-V9

1.- FECHA:

9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Nº Exp.:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

2.- SEXO/GÉNERO:

- Femenino
 Masculino
 Mujer trans (de hombre a mujer)
 Hombre trans (de mujer a hombre)

3.- EDAD (años cumplidos):

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Decenas
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Unidades

4.- ESTADO CIVIL:

- Soltero (a)
 Casado(a)/Sociedad de convivencia/Unión libre
 Viudo (a)

5.- ¿CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE?

- Pareja / Esposo (a)
 Familiares
 Amigo (a)
 Casa hogar (pase a la preg. 6)
 Reclusorio (pase a la preg. 6)
 Solo

5.1.- ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN AHÍ, INCLUYÉNDOSE USTED (# personas):

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Decenas
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Unidades

6.- ¿A QUÉ SE DEDICA?:

- Patrón o empresario
 Profesionalista independiente
 Empleado (a)
 Comerciante
 Policía / Ejército / Seguridad
 Trabajo sexual
 Hogar
 Estudiante
 Jubilado (a)
 Autoempleo
 Oficio
 Otra
- especifique: _____

Desempleado (a) meses

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Decenas
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Unidades

7.- ¿CUÁL FUE SU ÚLTIMO AÑO DE ESCUELA TERMINADO (años terminados):

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Decenas
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Unidades

8.- DELEGACIÓN DE RESIDENCIA:

- Álvaro Obregón
 Azcapotzalco
 Benito Juárez
 Coyoacán
 Cuajimalpa
 Cuauhtémoc
 Gustavo A. Madero
 Iztacalco
 Iztapalapa
 Magdalena Contreras
 Miguel Hidalgo
 Milpa Alta
 Tláhuac
 Tlalpen
 Venustiano Carranza
 Xochimilco
 Fuera del D.F.
 especifique: _____

9.- RELIGIÓN:

- Católica
 No católica
 Creyente / Agnóstico
 Ninguna
- especifique: _____

10.- ¿ALGÚN MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES DE LA TARJETA #1?

- Sí
 No (pase a la preg. 11)

	Sí
10.1 Enfermedades cardiovasculares	<input type="radio"/>
10.2 Enfermedades neurológicas	<input type="radio"/>
10.3 Enfermedades pulmonares crónicas	<input type="radio"/>
10.4 Enfermedades gastrointestinales crónicas	<input type="radio"/>
10.5 Enfermedades hepáticas crónicas	<input type="radio"/>
10.6 Enfermedades renales crónicas	<input type="radio"/>
10.7 Enfermedades oncológicas	<input type="radio"/>
10.8 Enfermedades endocrinológicas	<input type="radio"/>
10.9 Hipertensión arterial	<input type="radio"/>
10.10 Diabetes mellitus	<input type="radio"/>

11.- FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE VIH (mm|aaaa):

Mes	Año
<input type="radio"/> Enero	<input type="radio"/> Julio
<input type="radio"/> Febrero	<input type="radio"/> Agosto
<input type="radio"/> Marzo	<input type="radio"/> Septiembre
<input type="radio"/> Abril	<input type="radio"/> Octubre
<input type="radio"/> Mayo	<input type="radio"/> Noviembre
<input type="radio"/> Junio	<input type="radio"/> Diciembre
<input type="radio"/> No recuerda mes	

1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0

12.- ¿CÓMO CREE QUE FUE LA FORMA DE CONTAGIO?:

- Conductas sexuales de riesgo
 Contagio por pareja
 Vertical
 Transfusión
 UDIS

13. EN RELACIÓN A SU SEXUALIDAD, ¿SU ATRACCIÓN SEXUAL ES PREFERENTEMENTE HACIA?

- Hombres Mujeres Hombres y mujeres

14. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL O ECONÓMICA?

- Sí No (pase a la preg. 15)

14.1. ¿De qué tipo? (marque todos los necesarios)

- Física Psicológica Sexual Económica

14.2. ¿En qué etapa(s)? (marque todos los necesarios)

- Niñez Adolescencia Adultez

14.3. Perpetuado por (marque todos los necesarios):

- Familiar Pareja Conocido Desconocido

15. ¿EXISTE O EXISTIÓ ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGÚN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO?

- Sí No (pase a la preg. 16)

15.1. ¿Quién? (marque todos los necesarios)

Especifique el (los) trastorno(s), según códigos CIE-10

<input type="radio"/> Padre	<input type="radio"/> Padre
<input type="radio"/> Madre	<input type="radio"/> Madre
<input type="radio"/> Hermanos (as)	<input type="radio"/> Hermanos (as)
<input type="radio"/> Hijos (as)	<input type="radio"/> Hijos (as)

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

<input type="radio"/> Padre	<input type="radio"/> Padre
<input type="radio"/> Madre	<input type="radio"/> Madre
<input type="radio"/> Hermanos (as)	<input type="radio"/> Hermanos (as)
<input type="radio"/> Hijos (as)	<input type="radio"/> Hijos (as)

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

16. ¿USTED HA TENIDO TERAPIA PSICOLÓGICA SEMANAL POR MÁS DE 6 MESES EN EL PASADO?

- Sí No

17. ¿ALGUNA VEZ HA TOMADO, O TOMA ACTUALMENTE, MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS?

- Sí No (pase a la preg. 18)

17.1. ¿Por cuánto tiempo lo(s) estuvo tomando?

- Menos de 1 mes 1-6 meses 6-12 meses Más de un año

17.2. ¿Lo sigue tomando actualmente?

- Sí No

Fármaco	UP	UA
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiolíticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsicóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-epilépticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No recuerda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

UP: uso pasado; UA: uso actual

18. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO PARA TRATAR DE QUITARSE LA VIDA (Descartar si sólo es ideación y/o gesto)?

- Sí No (pase a la preg. 19)

Número de veces:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Decenas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Unidades

Edad al hacer el primero:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Decenas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Unidades

Edad del último:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Decenas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Unidades

18.1. La ocasión que lo hizo (la mayoría de las veces) ha sido:

- Impulsivo Planeado / estructurado

18.2. ¿En alguna de esas ocasiones requirió atención de urgencias en algún hospital?

- Sí No

18.3. ¿Tuvo complicaciones/secuelas en su salud por alguno de esos intentos de suicidio?

- Sí No

19. ¿SU FAMILIA NUCLEAR HA PASADO POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO? (Marque todos los necesarios)

- Sí No (pase a la preg. 20)

- Fallecimiento de algún miembro de la familia
 Divorcio/separación de los padres
 Dx. enfermedades graves
 Problemas legales
 Pelos/Vidas familiares graves
 Cambios laborales
 Cambios de domicilio

20.- ¿SU FAMILIA NUCLEAR SABE DE SU DIAGNÓSTICO DE VIH?
 Sí No (pase a la preg. 20.2)

20.1.- ¿LA REACCIÓN DE SU FAMILIA HA SIDO FUE DE?
 Indiferencia Apoyo Rechazo

20.2.- ¿QUÉ TIPO DE SECRETO RELACIONADO CON EL VIH ES EL QUE SE SOSTIENE DENTRO DE SU FAMILIA?
 Individual Interno Compartido

21.- ¿APROXIMADAMENTE, CUÁNTOS AMIGOS CERCANOS TIENE USTED, O SEA, PERSONAS CON LAS QUE SE ENCUENTRA A GUSTO Y PUEDE HABLAR DE TODO LO QUE LE OCURRE?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Decenas
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Unidades

22.- ¿ESTÁ BAJO TARAA ACTUALMENTE?
 Sí No (pase a la preg. 22.7)

22.1.- ESPECIFIQUE ESQUEMA DE TARAA ACTUAL (Marque todos los necesarios)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atrapi® (TDF+FTC+EFV) | <input type="checkbox"/> Efavirenz (EFV) | <input type="checkbox"/> Nevirapina (NVP) |
| <input type="checkbox"/> Truvada® (TDF+FTC) | <input type="checkbox"/> Emtricitabina (FTC) | <input type="checkbox"/> Raltegravir (RAL) |
| <input type="checkbox"/> Kaletra® (LPV+RTV) | <input type="checkbox"/> Efavirenz (T20) | <input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV) |
| <input type="checkbox"/> Combivir® (3TC+AZT) | <input type="checkbox"/> Estavudina (d4T) | <input type="checkbox"/> Saquinavir (SQV) |
| <input type="checkbox"/> Kivexa® (ABC+3TC) | <input type="checkbox"/> Etravirina (ETR) | <input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF) |
| <input type="checkbox"/> Abacavir (ABC) | <input type="checkbox"/> Fosamprenavir (MMP) | <input type="checkbox"/> Tiplanavir (TPV) |
| <input type="checkbox"/> Amprenavir (AMP) | <input type="checkbox"/> Indinavir (IDV) | <input type="checkbox"/> Zalcitabina (ddC) |
| <input type="checkbox"/> Atazanavir (ATV) | <input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC) | <input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT) |
| <input type="checkbox"/> Darunavir (DRV) | <input type="checkbox"/> Maraviroc (MVC) | |
| <input type="checkbox"/> Didanosina (ddI) | <input type="checkbox"/> Nelfinavir (NFV) | |

22.2.- ¿CUÁNDO LE INICIARON EL TARAA ACTUAL?

Mes		Año			
<input type="radio"/> Enero	<input type="radio"/> Julio	1	0	0	0
<input type="radio"/> Febrero	<input type="radio"/> Agosto	2	0	1	0
<input type="radio"/> Marzo	<input type="radio"/> Septiembre	3	0	2	0
<input type="radio"/> Abril	<input type="radio"/> Octubre	4	0	3	0
<input type="radio"/> Mayo	<input type="radio"/> Noviembre	5	0	4	0
<input type="radio"/> Junio	<input type="radio"/> Diciembre	6	0	5	0
<input type="radio"/> No recuerda mes		7	0	6	0
		8	0	7	0
		9	0	8	0

22.3.- ¿CUÁNDO LE INICIARON EL TARAA POR PRIMERA VEZ EN SU VIDA?

Mes		Año			
<input type="radio"/> Enero	<input type="radio"/> Julio	1	0	0	0
<input type="radio"/> Febrero	<input type="radio"/> Agosto	2	0	1	0
<input type="radio"/> Marzo	<input type="radio"/> Septiembre	3	0	2	0
<input type="radio"/> Abril	<input type="radio"/> Octubre	4	0	3	0
<input type="radio"/> Mayo	<input type="radio"/> Noviembre	5	0	4	0
<input type="radio"/> Junio	<input type="radio"/> Diciembre	6	0	5	0
<input type="radio"/> No recuerda mes		7	0	6	0
		8	0	7	0
		9	0	8	0

22.4.- ¿HA DEJADO DE TOMAR EL TARAA ACTUAL EN 5 O CASIONES O MÁS EN EL ÚLTIMO MES?

Sí No

22.5.- ¿HA FALLADO EN EL HORARIO EN 5 O CASIONES O MÁS EN LA TOMA DEL TARAA ACTUAL EN EL ÚLTIMO MES?

Sí No

22.6.- ¿HA SUSPENDIDO EL TARAA ACTUAL POR BEBER ALCOHOL O CONSUMIR SUSTANCIAS EN EL ÚLTIMO MES?

Sí No

22.7.- ANOTAR LA FECHA Y LAS CIFRAS DE LOS ÚLTIMOS CD4 Y CARGA VIRAL. NOTA: Favor del especialista clínico

Mes		Año			
<input type="radio"/> Enero	<input type="radio"/> Julio	1	0	0	0
<input type="radio"/> Febrero	<input type="radio"/> Agosto	2	0	1	0
<input type="radio"/> Marzo	<input type="radio"/> Septiembre	3	0	2	0
<input type="radio"/> Abril	<input type="radio"/> Octubre	4	0	3	0
<input type="radio"/> Mayo	<input type="radio"/> Noviembre	5	0	4	0
<input type="radio"/> Junio	<input type="radio"/> Diciembre	6	0	5	0
<input type="radio"/> No recuerda mes		7	0	6	0
		8	0	7	0
		9	0	8	0

Carga Viral	
0	0
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0

CD4	
0	0
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0

23.- ¿ALGUNA VEZ HA TOMADO TARAA EN EL PASADO?

Sí No

24.- ¿EXISTE ALGÚN ASPECTO ASOCIADO A LA SALUD MENTAL DEL (LA) PACIENTE QUE INFLUYA EN LA ADHERENCIA ADECUADA AL TARAA?

Sí No (pase a la preg. 25)

0329

24.1.- En general, el (los) factor(es) que puede(n) influir en el apego adecuado del (la) paciente al TARA tiene que ver con (marque todos los necesarios):

- El estado de salud mental actual
- Los antecedentes de psicopatología
- Trast. por uso de sustancias grave
- Red de apoyo
- Habilidades cognitivas disminuidas
- Otra

25.- ¿EXISTE ALGUNA CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA, ASOCIADA A LA SALUD MENTAL DEL (LA) PACIENTE, PARA EL USO DEL EFAVIRENZ COMO MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL?

- Sí
- No

26.- ESPECIFIQUE EL(LOS) TRASTORNO(S) MENTAL(ES) DEL PACIENTE (de acuerdo al CIE-10, en orden jerárquico):

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9

PLAN:
(Marque todos los necesarios)

- Psicoeducación
- Psiquiatría
- Continúa valoraciones integrales
- Subsecuente psicología
- Referencia a otra unidad

Nombre completo y C.P. de (la) evaluador(a):

Anexo 5. BD-I Modificado por Rodríguez (2012)

IBD

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lea cada una cuidadosamente y escoja UNA oración de cada grupo que mejor describa la manera en que USTED SE SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Ponga una "X" en el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.

Si varias oraciones de cada grupo tienen la misma importancia encierre con un círculo cada una de ellas. **ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN.**

1	0	Yo no me siento triste
	1	Me siento triste
	2	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
2	0	No me siento descorazonado por el futuro en especial
	1	Me siento descorazonado por mi futuro
	2	Siento que no tengo nada que esperar del futuro
3	0	Yo no me siento como un fracasado
	1	Siento que he fracasado más que las personas en general
	2	Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
4	0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
	1	Yo no disfruto de las cosas como solía hacerlo
	2	Ya no tengo verdadera satisfacción de nada
5	0	En realidad yo no me siento particularmente culpable
	1	Me siento culpable una gran parte del tiempo
	2	Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
6	0	Yo no siento que esté siendo castigado
	1	Siento que podría ser castigado
	2	Espero ser castigado
7	0	Yo no me siento desilusionado de mí mismo
	1	Estoy desilusionado de mí mismo
	2	Estoy disgustado conmigo mismo
8	0	Yo no siento que sea peor que otras personas
	1	Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
	2	Me culpo todo el tiempo por mis fallas
9	0	Yo no tengo pensamientos suicidas
	1	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
	2	Me gustaría suicidarme
10	0	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
	1	Pospongo tomar decisiones más que antes
	2	Tengo mayor dificultad en tomar decisiones que antes
11	0	Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
	2	Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
	3	He perdido completamente el interés por el sexo

Anexo 6. WHODAS 2.0

WHODAS 2.0

Este cuestionario incluye preguntas sobre dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuánta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor tache o circule SÓLO una respuesta.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

Comprensión y Comunicación

D1.1	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general lo que dice la gente?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)

D2.1	<u>Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	<u>Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse dentro de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir de su casa?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Cuidado Personal

D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	<u>Estar solo(a) durante unos días?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente...

4/12

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

Relacionarse con otras personas

D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	<u>Llevarse bien con personas cercanas a usted?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	<u>Tener relaciones sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Actividades de la vida diaria

D5.1	<u>Cumplir con sus quehaceres de la casa</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Si usted trabaja, estudia o hace alguna actividad remunerada continúe con las siguientes preguntas, si no vaya a la pregunta D5.1

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para

D5.5	Llevar a cabo su <u>trabajo diario</u> o las <u>actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar <u>bien</u> las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba <u>hacer?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente...

Participación en Sociedad

En los últimos 30 días:						
D6.1	¿Cuánta dificultad ha tenido la para <u>participar</u> , al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	¿Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	¿Cuánto le ha afectado <u>emocionalmente su</u> "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido para usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
H1	En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?					Anote el número de días _____
H2	En los últimos 30 días, ¿cuántos días fue que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?					Anote el número de días _____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar <u>NADA</u> de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que <u>retrasar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?					Anote el número de días _____

X X
