



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.



SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO  
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO.

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE LA CIUDAD  
DE CHILPANCINGO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. RAYMUNDO  
ABARCA ALARCÓN.”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

DR. PABLO ALONSO ALVARADO

**ASESORES**

DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA

C. DR. VÍCTOR MANUEL ALVARADO CASTRO

**SEMIS 20051115**

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO DEL 2017.



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

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE LA CIUDAD  
DE CHILPANCINGO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. RAYMUNDO  
ABARCA ALARCÓN.”**

PRESENTA:

**DR. PABLO ALONSO ALVARADO**

AUTORIZACIONES

**DRA. MARÍA PATRICIA ALVAREZ GONZÁLEZ**  
PROFESORA TITULAR

ASESORES DE TESIS

**DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA**  
**C. DR. VÍCTOR MANUEL ALVARADO CASTRO**

**DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA**  
CORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

**DRA. RUBÍ ALVAREZ NAVA**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD  
Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA**  
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD

**ZUMPANGO DEL RÍO GUERRERO FEBRERO DEL 2017.**

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE LA CIUDAD  
DE CHILPANCINGO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. RAYMUNDO  
ABARCA ALARCÓN.”**

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

**PRESENTA:**

**DR. PABLO ALONSO ALVARADO**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**

**JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ**

**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO. FEBRERO DEL 2017**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO**  
**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

**Constancia de Evaluación de Protocolo de Investigación.**

**ACTA No. CEISS 20051115**  
**CONSTANCIA DE EVALUACIÓN**  
**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN N° 20**

En Chilpancingo, Gro., a los veintiún días del mes de septiembre del dos mil dieciséis, el Comité de Ética en Investigación, de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero, con asistencia de sus miembros permanentes: MSP. Martha Herlinda Teliz Sánchez, Presidenta del Comité; MPASSP. Yunue Lised Sotelo Román, Vocal Secretararía; MSP. José Luis Núñez Ochoa, Vocal; MSP. Jessy Solchaga Rosas, Vocal; Dr. Carlos Basilio Acosta, Vocal; D. en C. Isela Parra Rojas, Vocal; D. en C. Eduardo Castañeda Saucedo, Vocal; M.C. Luis Amador Ríos Oliveros, Vocal; quienes han revisado los documentos presentados por el C. Dr. Pablo Alonso Alvarado, Investigador Principal, presentando el Protocolo "ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE LA CIUDAD DE CHILPANCINGO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL, DR. RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN"

Además, de conocer los antecedentes expuestos por el profesional investigador, en la sesión del día de hoy se ha considerado que el protocolo cumple con los requerimientos normativos establecidos por este Comité.

En consecuencia, el Comité Ética en Investigación de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero, **APRUEBA**, la ejecución del documento antes mencionado.

Por lo anterior expuesto en mi calidad de Presidente del Comité de Ética en Investigación, se emite la presente constancia con el número de registro descrito en el borde superior izquierdo, el cual se encuentra documentado en el Libro de Registros de Protocolos / Departamento de Investigación en Salud-SES-Guerrero. En la misma fecha de revisión.

Nombre y Cargo	Firma
Dra. Martha Herlinda Téliz Sánchez Presidenta del CEEIS	

  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD GUERRERO  
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
COMITÉ ESTATAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD  
REGISTRO DE CREDITOS

LIBRO 2 AÑO 2016 Sello \_\_\_\_\_  
FOJA 22  
No CREDITOR \_\_\_\_\_

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE LA CIUDAD  
DE CHILPANCINGO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL RAYMUNDO  
ABARCA ALARCÓN.**

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS:

Son innumerables las personas que han intervenido para la realización de esta tan importante parte de mi vida como Especialista en Medicina Familiar y en la culminación de esta tesis.

Quisiera comenzar agradeciendo al que desde antes de mi concepción ya tenía un destino para mi vida, a mi Dios, por darme la vida, crear un ambiente único para mi desarrollo, que aun en los buenos y malos actos de mi vida me ha protegido y guiado para persistir en mi camino.

A mis padres que desde siempre, desde la niñez hasta mi madurez, me dedican tiempo, sabiduría, amor y cuidado, y han sido y seguirán siendo mi ejemplo a seguir, a mi papá J. Santana Alonso, que desde el otro mundo aún llevo el recuerdo de sus enseñanzas, a mi mamá Rufina Alvarado quien ha cuidado de mí aún en nuestros días y que ha estado al pendiente de mis proyectos.

A mis hermanos, Noel, J. Santana, José y Mayra, que con su ejemplo me guiaron por el buen camino, y que con su cariño nunca me sentí solo aun en las más largas distancias lejos de mis seres queridos.

A mi nueva familia María Guadalupe y a la bendición más grande que puede dar la vida, mi hijo Luis Pablo, que nunca ante las peores situaciones me han abandonado y me dan el plus que en muchas ocasiones me faltaba para seguir adelante.

Sin olvidar a mis profesores, que me enseñaron que aparte de tutores se puede tener amigos sinceros y que en medicina nadie es sabio y siempre hay algo más que aprender.

Serían inmensas las personas a mencionar en el intervenir en esta etapa de mi vida, pero sé que ellos saben que se les quiere y siempre se les agradece el haberles conocido y estado ahí formando parte de mi vida.

Mil gracias a todos y cada uno, espero no extrañarlos tanto porque están grabados en mi mente y corazón

## INDICE

RESUMEN .....	1
MARCO TEÓRICO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	28
JUSTIFICACIÓN .....	30
OBJETIVO.....	31
GENERAL .....	31
ESPECÍFICOS .....	31
METODOLOGÍA.....	31
TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO .....	31
POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO .....	31
TIPO DE MUESTRA Y SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN .....	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN .....	31
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	32
PLAN DE ANÁLISIS .....	34
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	34
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN .....	50
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES .....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
ANEXOS .....	60

## RESUMEN

**Introducción:** El virus de la inmunodeficiencia adquirida produce un proceso infeccioso con repercusiones al sistema inmunológico que tiene un serio impacto al estado psicoafectivo del individuo y al entorno familiar que afecta de manera negativa sobre el apego, adherencia o cumplimiento terapéutico para el tratamiento farmacológico y no farmacológico del virus de la inmunodeficiencia adquirida, llegando a condicionar un grave deterioro e incluso el fallecimiento por abandono en el tratamiento farmacológico. Es importante conocer si las personas con VIH presentan algún grado de depresión, ya que este estado emocional puede disminuir la funcionalidad familiar y calidad de vida, condiciona problemas en el auto cuidado y en la interacción para atender su salud, generando un pobre apego terapéutico y riesgo incrementado complicaciones propias de la enfermedad.

**Objetivo:** Estimar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH, de la ciudad de Chilpancingo del hospital Raymundo Abarca Alarcón.

**Material y Métodos:** Diseño del estudio descriptivo por conveniencia de corte transversal. Se analizaron 45 casos, pacientes de ambos sexos, >18 años residentes de la ciudad de Chilpancingo y bajo registro del Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón". Se obtuvo información de forma directa, a través de encuestas conformada por tres instrumentos: cuestionario BECK, SMAQ y APGAR. Se realizaron análisis descriptivos univariado y bivariados, obteniendo tablas de frecuencia, estadísticas de tendencia central y dispersión así como la elaboración de tablas de doble entrada para disgregar la información por categorías de las variables de interés. Se realizó una base de datos utilizando Microsoft Excel y se analizó utilizando los softwares estadísticos R ver 2.12.11 y SPSS ver 19.

**Resultados:** Los resultados encontrados son: el promedio de edad fue de 32 años, y el tiempo de evolución a partir del diagnóstico en promedio de 4 años, 85 % correspondieron al sexo masculino y el 15% femenino, el 48.9% fueron solteros, 20% casados, 24.4% en unión libre, 4.4% viudos, y solo 2.2% separados. En el nivel de educación el 31.1 % correspondió al nivel profesional de los entrevistados, el nivel medio superior 28.9%, primaria (20%), nivel secundaria 20.5% y analfabetismo solo el 2.2%. Se encontró con depresión el 80% de los casos, el 17.8% con depresión leve,

24.4% con depresión moderada, y 37.8% con depresión severa. De los 45 pacientes se encontró que el 57.1% de las mujeres fueron no adherentes a tratamiento, y el 71.1% no adherentes en hombres. En la función familiar el 40% de las familias son funcionales, el 60% tienen algún grado de disfunción, el 35.6% tiene moderada disfunción el 24.4% tiene una disfunción grave, el 42.9% de las mujeres tienen un grado de disfuncionalidad, siendo mayor en hombres con el 63% de las familias de estos.

**Conclusiones:** Siendo el sexo masculino con la mayor parte de atención con un 85%, las mujeres cursando con un grado de depresión severo en el 42%, edad promedio de 32 años, a lo que concluimos que el diagnóstico se presenta en una forma temprana, el grupo más afectado en nivel de escolaridad predomina el profesional y el medio superior, en el estado civil se observa mayor predisposición en solteros y unión libre, al hacer las asociaciones de las distintas variables, entre mayor depresión y disfunción familiar menor es la adherencia al tratamiento en pacientes con HIV, es aquí donde debemos incidir como médicos tratantes para mejorar con ello el curso, y pronóstico de los pacientes con VIH y lograr un mejor control de su enfermedad y porque no, que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** Adherencia al tratamiento, VIH, depresión, funcionalidad familiar.

## SUMMARY

**Introduction:** The virus acquired immune deficiency produces an infectious process impact the immune system that has a serious impact on the psycho-emotional state of the individual and the family environment that affects negatively on the attachment, adherence or adherence to pharmacological and non pharmacological treatment of acquired immunodeficiency virus, leading to a serious deterioration condition and even death from neglect in drug treatment. It is important to know whether people with HIV have some degree of depression, as this emotional state can reduce family functioning and quality of life, conditions problems in self-care and interaction to meet their health, resulting in a poor therapeutic adherence and increased risk complications of the disease.

**Objective:** To estimate the association between depression and family functioning with adherence to treatment in HIV patients, in the city of Chilpancingo hospital Raymundo Abarca Alarcón.

### **Material and Methods:**

Descriptive study design for convenience of cross section. 45 cases , patients of both sexes , > 18 years living in the city of Chilpancingo and registration under General Hospital were analyzed " Dr. Raymundo Abarca Alarcón " . Information was obtained directly through surveys consisting of three instruments: BECK questionnaire, and APGAR SMAQ. Univariate and bivariate descriptive analyzes were performed , obtaining frequency tables, statistics of central tendency and dispersion as well as the development of two-way tables to disaggregate the information by categories of variables of interest. a database using Microsft Excel was performed and analyzed using statistical software SPSS R see 2.12.11 and see 19.

### **Results:**

The results are: the average age was 32 years, and the evolution time from diagnosis on average of 4 years, 85% were male and 15% female, 48.9% were single, 20% married 24.4% cohabiting, 4.4% widowed, and only 2.2% separated. At the level of education 31.1% corresponded to the professional level of those interviewed 28.9% higher than average, primary (20%), 20.5% secondary level and only 2.2% illiteracy. Depression found 80% of cases, 17.8% with mild depression, 24.4% with moderate depression, and 37.8% with severe depression. Of the 45 patients we found that 57.1%

of women were nonadherent to treatment, and 71.1% in men nonadherent. In the family function 40% of families are functional, 60% have some degree of dysfunction, 35.6% have moderate dysfunction 24.4% have a severe dysfunction, 42.9% of women have a degree of dysfunctionality, being higher men with 63% of the families of these.

**Conclusions:** Being the male with the most attention with 85 % of women enrolled with a degree of severe depression in 42% , average 32 years of age, what we concluded that the diagnosis occurs in an early form, most affected by education level group dominates the professional and upper medium, marital status predisposition seen in single and cohabiting , by making associations of different variables , including major depression and less family dysfunction is the adherence to treatment in patients with HIV , this is where we should fund as treating physicians to thereby improve the course and prognosis of patients with HIV and achieve better control of their disease and why not, the patient has a better quality of life.

Keywords: Adherence to treatment, HIV, depression, family functioning.

## MARCO TEÓRICO

A pesar de los múltiples avances de la infección por VIH/SIDA, sigue teniendo graves consecuencias a nivel mundial, tanto económicas como sanitarias y demográficas, en nuestro país de México, se han destinado varias políticas en el intento de combatir esta patología, y uno de los pilares del tratamiento es la terapia anti-retro viral, sin embargo para el éxito de este se requiere de un alto nivel de adherencia al tratamiento. El seguimiento inapropiado de la terapia anti-retroviral puede dar como resultado la resistencia farmacológica, lo que limita su eficacia y dentro de los factores que afectan a la conducta de la adherencia al tratamiento, se destaca la presencia de síntomas depresivos, lo que influye tanto en el inicio del tratamiento como en el proceso de adaptación y seguimiento del tratamiento a través del tiempo.

En una revista chilena de infectología, publicada en el año del 2014, sus autoras, Varela M., y Galdames S., bajo el título de Depresión y adhesión a terapia anti-retro viral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile, realizaron un estudio de tipo descriptivo relacional, transeccional con muestreo incidental evaluaron una muestra de 119 pacientes que correspondieron al 80% del total de los pacientes atendidos en el programa VIH/SIDA, del Hospital San Pablo de Coquimbo, un 76% de la muestra se conformó por hombres y un 24% por mujeres, su análisis se realizó con el programa SPSS en su versión 20.0, con significación del 0.05, de sus instrumentos de evaluación, para la adherencia al tratamiento utilizaron el test Monski-Green-Levine, la variable depresión fue medida por el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), instrumento de auto-reporte. La prevalencia medida con el BDI-II tuvo promedio de  $13.30 \pm 12.2$ , fluctuando entre 0 y 50 puntos, de las categorías correspondientes a los puntajes obtenidos se observó 59% de los casos con depresión mínima, 13.1% con depresión leve, 16.4% depresión moderada y 11.5% depresión severa. La adhesión auto-reportada a Terapia Anti-Retro Viral (TARV), medida en forma dicotómica, mostró 30,3% de sujetos considerados óptimamente adherentes y 68,0% no adherentes, según el análisis de este estudio demostró que las personas con depresión moderada o severa tienen una probabilidad tres veces superior de ser no adherentes que los pacientes con depresión mínima o leve.<sup>1</sup>

En un artículo de revisión publicado en el 2014, de una revista de neuropsiquiatría, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, de los autores, Sánchez Fernández M. D., Tomateo Torvisco D. refieren a la Depresión Mayor como un problema frecuente, en pacientes con VIH, tanto como causa como consecuencia, por la carga personal y social que implica para el paciente ser portador del VIH. La prevalencia de depresión en pacientes con VIH puede ser de 19%-43%. Los pacientes con VIH tienen un riesgo incrementado de padecer depresión mayor a través de diversos mecanismos entre los cuales se encuentra daño directo en áreas subcorticales cerebrales, stress crónico, aislamiento social y desmoralización. El estudio que mejor demostró esta asociación fue el realizado por Sledjeski et al. En el año 2005 en el cual se demostró que la tasa de depresión se incrementaba 2,5 veces cuando el conteo de linfocitos T CD4 era inferior a 200/ul. Carrico et al. En el año 2007 encontró como factores asociados al suicidio en los pacientes con VIH: la desesperanza, consumo de alcohol, pobre soporte social, baja autoestima e historia de enfermedad psiquiátrica. En diferentes estudios se ha demostrado que las personas con VIH suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados a lo largo del proceso de infección por VIH, con implicaciones directas sobre los comportamientos de adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales y la progresión clínica de la enfermedad. Por lo tanto resulta indispensable en estas personas un monitoreo regular y adecuado de sintomatología depresiva habiendo demostrado ser bastante útiles la aplicación de diversas escalas, entre ellas el Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés), la Escala de Síntomas Depresivos del centro de Estudios Epidemiológicos<sup>2</sup>

Se puede mencionar en este capítulo el artículo publicado en enero del 2015, de los autores (as) Varela-Arévalo M., Hoyos Hernández P. A., bajo el título de; La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales, que se realizó con una muestra de 277 personas con VIH/Sida de nueve instituciones de salud de Colombia en la ciudad de Cali, se trata de un estudio observacional transversal, donde se hace mención de la importancia que tienen los factores asociados a la baja adherencia a tratamientos antirretrovirales, en el que se hace hincapié de la relevancia de los factores no farmacológicos como contribuyentes a la adherencia estos son; la actividad física, la alimentación según las recomendaciones

nutricionales, consumo de alcohol, cigarrillo y manejo de estados emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión). La adherencia a aspectos no farmacológicos con cambios en los estilos de vida aumenta la eficacia del tratamiento y disminuye la posibilidad de resistencia a los medicamentos y la asistencia a las citas médicas. Se ha encontrado que la depresión y el estrés producen alteraciones en el funcionamiento de los sistemas inmunológico, nervioso y endócrino, influyendo de forma negativa en el curso, el afrontamiento y la tolerancia de la enfermedad, la depresión se asocia con aumento de enfermedades, desbalance en el sistema inmunológico y aumento en la mortalidad, el manejo del estado emocional como el estrés, la ansiedad, la depresión entre otros, permite que las personas con VIH sobrelleven de forma más saludable las diferentes situaciones de su vida, manejen mejor la enfermedad y fortalezcan su sistema inmunológico. En este estudio se utilizó como instrumento de medición el cuestionario de adherencia al tratamiento para VIH/Sida (CAT-VIH), utilizó software STATA 11. Resultando un 63% de los participantes no adherentes, en cuanto al manejo de las emociones se encontró que la mayoría realizan actividades encaminadas a manejarlas en pro de sentirse mejor, aspecto importante en la regulación del sistema inmunológico.<sup>3</sup>

Se destaca la importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA, en otro artículo de investigación realizado en Tamaulipas, México, del Hospital General de Zona No. 15, Dr. José Zertuche Ibarra, Instituto Mexicano del Seguro Social, del autor Hernández Gómez A. J. et. Al., es un estudio transversal descriptivo de 62 derechohabientes se realizó un muestreo por conveniencia, de estos el 72.6% eran del género masculino, con edad media de 36.5 años, En cuanto a las conductas de adherencia al tratamiento antirretroviral, 83.9% respondió que sí se sintió bien física o psicológicamente, Quienes reportaron adhesión al tratamiento expresaron que los motivos determinantes para consumir el tratamiento fueron: experimentar sus beneficios 83.9%, el médico se los pidió 87.5%, por personas cercanas 75% y por deseos de mantenerse saludables el mayor tiempo posible, Quienes no tuvieron adhesión al tratamiento reportaron que fue debido a los efectos secundarios demasiado molestos 50% y voluntad o decisión propia 66.7%. Sin embargo, el 14.3% refirieron que la falta de confianza en el beneficio del tratamiento y la dificultad con los horarios de consumo no influyen en la falta de adhesión.<sup>4</sup>

Cabe señalar un artículo original de Nigeria, bajo el título de; Article Family dysfunction among depressed HIV/AIDS patients on HAART, in a secondary health institution, in north central Nigeria, es un estudio transversal descriptivo, en el que se evalúa la disfunción familiar, depresión en asociación con pacientes de VIH/SIDA, en el que se encontró una fuerte relación entre la depresión y la funcionalidad de la familia, abunda la depresión leve en esta asociación y 45.9% no estuvieron satisfechos con la forma de apoyo con su familia.<sup>5</sup>

#### Definición:

Infección crónica del sistema inmune, que antes de causar el SIDA, induce realmente una inflamación crónica en todo el organismo, lo que causará un envejecimiento acelerado del sistema inmune, así como sus complicaciones. El sistema inmune reacciona a la invasión del VIH, activando las defensas inmunitarias del paciente, además de los glóbulos blancos a los que se dirige el virus, los linfocitos TCD4+ y los macrófagos, producen un gran número de factores solubles, citoquinas y quimio-quinas, denominadas pro-inflamatorias, que activan todos los tejidos del organismo creando un estado de activación, siendo el carácter definitivo de esta infección, el responsable de la inflamación crónica.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un lentivirus de la familia retroviridae, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos de VIH llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de las infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado.<sup>6</sup>

Los retrovirus VIH son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario que depende del ADN polimerasa o retro-transcriptasa, proveniente del ARN. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Así mismo, la familia de los retrovirus se divide en varias subfamilias: Oncoviridae, espumaviridae y los lentiviridae, estos últimos producen inmunodeficiencia, causan destrucción lenta y progresiva de las células que infectan,

el virus VIH-1 tiene varios serotipos y se clasifican en tres grandes grupos: M (main), O (outlier) N (New, No M, No O). El primero causa la mayoría de las infecciones registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A,B,C,D,E,F,G,H,J,K. El grupo O aparece en cierta parte de África y tienen inconveniente de que los exámenes de laboratorio para su detección no son sensibles y el N se han identificado poco. Por su parte, el VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E.<sup>7</sup>

#### Estructura viral:

El VIH-1 es el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Aislado por primera vez en 1983 por Barre-Sinoussi. La infección por VIH se caracteriza por destrucción masiva del sistema inmunitario afectando a los linfocitos CD4+. Los viriones son una partícula esférica de 80 a 110 nanómetros, su estructura consta de 4 capas: en su centro existe un core que alberga el material genético del virion: dos cadenas monocatenarias de ARN, así como enzimas necesarias para el ciclo viral, transcriptasa inversa (RT) e integrasa (IN), y las proteínas de la nucleocápside p7. A continuación se encuentra la capa de proteínas de la cápside viral formada por la proteína p24, seguida de la matriz de la cápside formada por la proteína p17, que sirve de revestimiento interno de la envoltura viral externa, vital para la integridad del virion. Entre las proteínas de la cápside viral y la matriz se encuentra la proteasa viral (PR). La última capa es la cubierta viral, doble bicapa lipídica, que deriva de la membrana plasmática de la célula huésped, en la que se insertan las proteínas gp120 y gp41, ésta última es una proteína transmembrana en la que se fija la glucoproteína principal de superficie gp120, son los lugares de fijación primaria a los linfocitos CD4 del huésped.<sup>8</sup>

#### Replicación:

Las células que el VIH invade son esencialmente los linfocitos T CD4+, pero también en menor medida los monocitos/macrófagos, las células dendríticas, las de Langerhans y las de microglia del cerebro. La replicación viral tiene lugar en tejidos diversos. De los órganos linfoides, sobre todo los ganglios linfáticos, constituyen la principal sede de su replicación.

La replicación del virus se desarrolla en las siguientes etapas:

- 1) Fijación. Representa la invasión del VIH a la célula. El VIH se une mediante las proteínas gp120 y gp41 a las células CD4; para ello es necesaria la ayuda de los correceptores CCR5 y CXCR4.
- 2) Penetración. Es el segundo paso: una vez fijado el virus a la célula se vacía dentro de ella fusionándose la envoltura lipídica del virion con la membrana plasmática de la célula.
- 3) Eliminación de las cubiertas proteicas, cápside y nucleocápsides, quedando el ARN del VIH libre en el citoplasma y listo para su replicación.
- 4) Transcripción: Una vez en el citoplasma de la célula, el ARN del VIH forma ADN proviral utilizando la transcriptasa reversa.
- 5) Integración: Es la entrada del pro virus al núcleo y su incorporación al ADN del huésped, utilizando una integrasa.
- 6) Transcripción del ADN vírico por los mecanismos normales de la célula. El resultado de la transcripción es un ARNm (ARN mensajero). Una vez procesado, el ARNm puede salir del núcleo a través de los poros nucleares. Estas proteínas son cortadas por la proteasa para formar las proteínas constitutivas del virus. Las proteínas víricas fabricadas se ensamblan, junto con ARN pro-viral, y forman los componentes internos de la estructura del virion, (cápside y su contenido).
- 7) Gemación: Es el último paso; cuando los nucleoides víricos se aproximan a la membrana plasmática y se hacen envolver en una vesícula que termina por desprenderse, formando un nuevo virion o partícula infectante.<sup>9</sup>

Fisiopatología.

Este es uno de los puntos más discutidos de la enfermedad y no es objetivo de esta revisión profundizar. Los descubrimientos del SIDA y del virus VIH permitieron demostrar muy pronto que este virus infecta a algunos glóbulos blancos, responsables de la defensa inmunitaria, en los que penetra uniéndose a ciertos receptores, especialmente a los CD4, esta infección es definitiva y se transmite de célula a célula causando así una pérdida irreparable de la defensa inmunitaria que da lugar al SIDA. Las últimas investigaciones han ayudado a comprender mejor los obstáculos que hay que superar para lograr la vacuna y la curación de la infección. Ahora se sabe que el

virus infecta a los ganglios pocas horas después de que penetre en el organismo y se difunde de forma permanente en menos de una semana por todo el sistema defensivo, o tejido linfoide, para no volver a abandonar jamás. Esta información es importante, porque indica que cualquier intento de prevención, ya sea mediante vacuna o mediante tratamiento, debe actuar de forma inmediata y continuada durante cualquier exposición accidental al virus.<sup>10</sup>

#### Fase clínica de la enfermedad o categorías clínicas

Categoría A: Se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

Categoría B: Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado enfermedades relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría A o C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH. Ejemplos: Angiomatosis bacilar, candidiasis oral, Candidiasis vulvovaginal persistente frecuente o que no responden al tratamiento, Displasia cervical o carcinoma in situ, Temperatura superior de 38, 5° C, Diarrea de más de un mes de duración, Leucoplasia oral vellosa, Herpes zoster (HZ), etc.

Categoría C: Se aplica a los pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA y no existan otras causas de inmunodeficiencia que puedan explicarla. En esta categoría están: Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar y/o esofágica, Criptococosis extrapulmonar, Criptosporidiasis o Isosporidiasis con diarrea más de un mes, Encefalopatía por VIH, Herpes simple (úlceras cutáneas de más de un mes de evolución), bronquitis, Histoplasmosis diseminada (HD), Sarcoma de Kaposi (SK), Linfoma de Burkitt, Linfoma inmunoblástico, Linfoma cerebral primario, TB pulmonar, extrapulmonar o diseminada, Infección por *M. avium* o *M. Kansasii*, Neumonía por *P. jirovecii*, Neumonía rrecurrente, etc.

Número de células y características clínicas.

Categorías según el número de CD4	Categorías clínicas		
	A	B	C (SIDA)
1. Más de 500/mm <sup>3</sup> (> 29 %)	A1	B1	C1
2. 200 – 499/mm <sup>3</sup> (14 – 28 %)	A2	B2	C2
3. Menos de 199/mm <sup>3</sup> (< 14 %)	A3	B3	C3

En la evolución de la enfermedad el conteo de los linfocitos T CD4, es el mayor indicador clínico de inmunocompetencia. Representa el parámetro más importante para decidir el inicio del TARV.<sup>11</sup>

En cuanto al diagnóstico se puede mencionar que principalmente la clínica nos orientara a pensar de manera objetiva en esta patología sin embargo debemos confirmar mediante pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas. Debido a que no existe ninguna manifestación clínica característica de la infección de VIH, la prueba para detectar esta enfermedad ha de llevarse a cabo mediante pruebas de diagnóstico molecular en un laboratorio. La prueba más habitual para detectar la presencia de VIH es la prueba de inmuno-detección denominada ELISA. Con esta técnica se pretende detectar los anticuerpos específicos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus. Ante un resultado positivo mediante un ELISA, no se debe informar al paciente de la presencia de VIH sin haber confirmado antes la prueba mediante un western blot. La prueba diagnóstica dirigida al VIH tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 99%.<sup>12</sup>

### Depresión

La depresión es un término que proviene de una raíz latina depressia: que significa opresión o abatimiento. La literatura aporta diversas investigaciones en donde se realiza una revisión profunda sobre modelos teóricos y clínicos para la conceptualización de la depresión; un abordaje sencillo es considerarla como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses.<sup>13</sup>

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descensos del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.<sup>14</sup>

La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración, entre otros.<sup>15</sup>

Beck (1998) define la depresión como el síndrome en el que interactúan las modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva, considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio agudo puede ocurrir una vez en la vida, pero por lo general lo hace varias veces. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta.<sup>10</sup>

En el aspecto fisiopatológico de la depresión, se han encontrado diferencias en el tamaño de varias estructuras cerebrales, como: el hipocampo, la amígdala y la corteza pre-frontal, además de cambios en el metabolismo y en el tamaño neuronal y de la densidad glial. Se conoce debidamente la participación de las monoaminas, las investigaciones actuales se centran en su metabolismo y en el papel de sus transportadores y polimorfismos. Así como también se han implicado otros neurotransmisores, como el ácido-amino-γ butírico y el glutamato y su papel en la citotoxicidad neuronal. En otro modelo se trata de explicar cómo la interacción de la vulnerabilidad genética y el estrés temprano influyen como parte de la génesis de la depresión. Se ha encontrado cómo la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro puede contribuir a la atrofia de las estructuras cerebrales en respuesta al estrés en pacientes deprimidos y cómo la infusión de este factor en modelos animales produce efectos antidepresivos. Hace poco se observó la implicación de la inflamación en la depresión, por el potencial del interferón-α de producir estados

depresivos y una fuerte asociación de las citosinas pro-inflamatorias con la depresión. Entender los mecanismos que subyacen el trastorno depresivo mayor es de utilidad para buscar nuevas estrategias terapéuticas eficaces.<sup>16</sup>

Se han desarrollado diferentes clasificaciones diagnósticas para ayudar a organizar y promover la comprensión de la psicopatología de la depresión y una de las más conocidas es la clasificación del DSM-IV (APA, 1994) siguiendo estos criterios, los trastornos depresivos se dividen en formas estándares, sub-sindrómica y atípicas. La forma estándar (episodio de depresión mayor) puede tratarse de un único episodio o de varios episodios depresivos (recurrente). La distimia es una forma crónica, sub-sindrómica de la depresión no bipolar. Las formas atípicas depresivas que no son clasificables en las otras categorías se incluyen en la depresión no especificada.<sup>17</sup>

#### El VIH/SIDA y la Depresión.

La depresión, se considera como un conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro mismas que conllevan a una serie de distorsiones en el procesamiento de la información, descrito por Beck. La depresión es muy frecuente entre los pacientes con enfermedades crónicas, caracterizándose por presentar el mayor sub-registro y sub-tratamiento dentro de las co-morbilidades psiquiátricas. 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. A nivel internacional existe amplia referencia en la literatura biomédica respecto a la prevalencia de depresión, sus factores de riesgo y consecuencias asociadas en pacientes con infección por VIH. En E.U.A., en una muestra de pacientes infectados por VIH en control, con representatividad nacional, se encontró una prevalencia de depresión de 36% durante el último año. En América Latina, los reportes provienen de Brasil, donde Noqueira y cols., y Antakly de Meló y Malgebier, observaron una prevalencia puntual de depresión de 21,8% en una muestra mixta y de 25,8% en una muestra compuesta sólo por mujeres, respectivamente. Cuántos de los episodios depresivos que se presentan en los pacientes con infección por VIH corresponden a un primer y único episodio, y

cuántos se enmarcan dentro de un trastorno del ánimo crónico es un tema poco estudiado, ya que la mayoría de las investigaciones se han abocado a la estimación de la prevalencia puntual y/o de último año, y no a la prevalencia de vida.<sup>18</sup>

Los episodios depresivos en pacientes seropositivos para VIH, en general comparten las mismas características clínicas que en pacientes seronegativos. Los pacientes también manifiestan desánimo y/o anhedonia, pueden presentar cambios conductuales tales como aislamiento e irritabilidad y están expuestos a sufrir los cambios neurovegetativos propios de este trastorno, tales como insomnio, inapetencia, polifagia y cambios en el peso corporal. Al igual a lo descrito para la población general, los pacientes con mayor riesgo de desarrollar depresión son los de sexo femenino, aquellos con menor nivel educacional y socioeconómico, los desempleados o en condiciones de inestabilidad laboral, los no casados ni emparejados, y aquellos que no cuentan con una red de apoyo social. Por otra parte, se ha reportado que la depresión en sí puede afectar negativamente la evolución de la infección por VIH, con peor estado inmunológico expresado en un menor recuento de linfocitos T CD4+, mayor carga viral, progresión de la enfermedad y mayor mortalidad. Esto también se refleja en el hecho de que los pacientes con infección por VIH deprimidos hacen un uso significativamente mayor de los sistemas de salud que sus pares no deprimidos. La depresión es una de las principales co-morbilidades psiquiátricas en el curso de la infección por VIH, presentándose con una prevalencia significativamente mayor que en población general (alrededor de 35%). Su presencia se ha asociado a deterioro de la calidad de vida, progresión de la enfermedad por VIH y disminución en la adherencia a la terapia anti-retroviral. El adecuado tratamiento antidepressivo ha demostrado ser efectivo en el manejo de la sintomatología depresiva, en la mejoría de parámetros clínicos y de laboratorio, y en reforzar la adherencia a la terapia anti-retroviral.<sup>19</sup>

En el caso del VIH/SIDA, en su doble condición de enfermedad infecciosa y crónica, existe agravantes respecto a la respuesta psicosocial que proviene tanto del enfermo como de los que le rodean, ya sea el entorno familiar, prestadores de salud y la sociedad en su conjunto. La depresión, la ansiedad, los sentimientos de culpa y otras alteraciones de la esfera emocional, constituyen trastornos frecuentes en el paciente,

a ello se adiciona la actitud de aversión o rechazo que este tipo de pacientes genera en el prestador.<sup>20</sup>

La depresión es un problema frecuente en pacientes con VIH, tanto como causa como consecuencia, por la carga personal y social que implica para el paciente ser portador del VIH y en cuanto a lo segundo está demostrado que personas deprimidas son más proclives a adquirir VIH, debido a que un gran grupo de éstas se ven implicadas en conductas sexuales riesgosas y al uso de drogas, incluso drogas inyectables.<sup>21</sup>

#### Funcionalidad familiar

Se define como aquella que cumple todas sus funciones permitiendo el desarrollo de sus integrantes y enfrenta adecuadamente sus problemas emocionales y crisis familiares.<sup>22</sup>

#### Funcionalidad Familiar y el VIH/SIDA.

La familia funcional, se define como: aquélla que cumple con todas sus funciones de familia (Adaptación, Crecimiento, Participación, Afecto, Recursos), permitiendo el desarrollo de sus integrantes y enfrenta adecuadamente sus problemas relacionales y crisis familiares. Cuando se reportaban los primeros casos de VIH/SIDA, no se sospechaba que se trataba de un complejo problema de salud pública. Resulta importante conocer las adaptaciones que realiza una familia cuando uno o más de sus integrantes, se ven afectados por el VIH/SIDA, considerando que es una enfermedad que altera las relaciones familiares y no solo a quien la padece. En el campo de la medicina familiar, la identificación de familias con alteraciones en su funcionalidad constituye una tarea esencial del médico, quien para lograrlo, se apoya de bases teóricas y disciplinas científicas. Se menciona en éste artículo consultado de tipo descriptivo, que los pacientes portadores de VIH/SIDA, en la identificación de las características familiares, se observó que la mayoría fueron familias de tipo nuclear simple, y que más del 50% pertenecía a una población económicamente activa, traduciendo el gran impacto que esta enfermedad tiene en la calidad de vida de este sector de la población. En cuanto al género predominó en el sexo masculino.<sup>23</sup>

El acceso al tratamiento antirretroviral ha permitido que se cuestione el conocimiento de sentido común acerca del VIH que legitima procesos histórico-sociales de estigma y

discriminación. Esta re-significación de la experiencia con el padecimiento, puede generarse a través del tiempo por parte del paciente junto con los miembros de su familia que lo acompañan y apoyan en el manejo a largo plazo de la infección por VIH. En México, el acceso gradual de la población al Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo ha favorecido que la infección por VIH se convierta en un padecimiento crónico (Magis y Hernández, 2008), cuando existen las condiciones sociales y económicas que permitan mantener el cuidado del paciente a largo plazo. El tratamiento no sólo permite extender el tiempo de sobrevida de los pacientes al aplazar la aparición de infecciones oportunistas, sino que es una condición que favorece el cuestionamiento del conocimiento de sentido común acerca del VIH que circula en nuestro contexto cultural. En estas circunstancias pueden emerger nuevos significados acerca del VIH, donde el padecimiento sea considerado como una posibilidad para “vivir positivamente”, esto implica la adopción de un estilo de vida más saludable, puede percibirse al padecimiento como un “llamado” hacia la transformación personal o la acción comunitaria. Por lo tanto, los miembros de la familia, donde se incluyen tanto vínculos biológicos como de elección, forman una red de colaboración fundamental para los servicios de salud, ya que brindan un acompañamiento al paciente a través de las crisis generadas por los eventos relacionados con el padecimiento, promueven la adopción de un estilo de vida que incluya al tratamiento como parte de la vida cotidiana, apoyan en los cuidados necesarios ante la aparición de síntomas e infecciones oportunistas, se convierten en sostén económico ante las dificultades financieras y desarrollan junto con el paciente estrategias para limitar la influencia del estigma en sus vidas. Por último, es necesario señalar que si bien el tratamiento antirretroviral altamente supresivo cumple un papel fundamental en la normalización de la infección por VIH en la vida cotidiana, y permite re-significar el padecimiento especialmente en periodos asintomáticos, cabe esperar que ante los límites del tratamiento debido al desarrollo de la resistencia a los medicamentos, la progresión hacia la etapa de sida y su impacto en el funcionamiento físico, psicológico y social del paciente, será una circunstancia a partir de la cual se generen interpretaciones menos optimistas acerca del padecimiento. Incluso en periodos asintomáticos, los pacientes y sus familias anticipan esta situación, manifestándose en la angustia ante las recaídas y el posible avance de la infección.<sup>24</sup>

## Adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento, el seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento. Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento, al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los tratamientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico, el cual en ocasiones puede ser desfavorable. Haynes menciona e identifica más de 200 variables relacionadas con la adherencia, en los que se encuentran factores asociados a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico, complejidad, duración cantidad de cambio derivado del régimen o programa terapéutico, inadecuada supervisión por parte de los profesionales, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar. La OMS señala que depende de varios factores como son los socioeconómicos, culturales y religiosos, entre otros. En suma el término de cumplimiento hace referencia al grado en que el paciente obedece, sigue instrucciones y prescripciones médicas, lo cual depende del estado de salud de cada persona.<sup>25</sup>

Aunque no existe una definición única, universalmente aceptada de adherencia a los tratamientos médicos, existe consenso en incorporar en este concepto el compromiso activo y voluntario del paciente en su tratamiento.<sup>26</sup>

## Adherencia y VIH/SIDA.

La literatura indica que la adherencia al tratamiento antirretroviral debe ser del 95% para mantener la supresión de la replicación viral, por lo tanto, la adherencia cumple un papel clave. Por el contrario, la no adherencia es un motivo de incremento de ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas, en la evolución a SIDA, resistencia genética a la terapia siendo la principal causa de fracaso terapéutico. Algunos estudios realizados en diversos países indican que la no adherencia al tratamiento antirretroviral se encuentra entre 32% y 50%. En un estudio realizado en México en cuatro ciudades del estado de Tamaulipas, encontraron que la no adherencia al

tratamiento antirretroviral fue de 50% y 48% en los últimos cuatro días y cuatro semanas, respectivamente. Lo anterior, es un problema que se ha convertido en el foco de atención de personal sanitario e investigación.<sup>27</sup>

El acceso universal a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha disminuido la morbimortalidad y mejorado la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). El objetivo de la TARGA es lograr niveles indetectables de carga viral y esto se logra en aproximadamente 80% de las PVVS sin exposición previa a antirretrovirales (“naive”) luego de 48 semanas de iniciado el tratamiento. Aquellos que no alcanzan este objetivo tienen riesgo de desarrollar resistencia a antirretrovirales, lo que puede conducir a falla virológica y aparición de enfermedades oportunistas. El valor y el momento de medición de la carga viral con los que se definen falla virológica varían desde valores superiores de 48 copias/ml ó 400 copias/ml luego de 24 ó 48 semanas de TARGA. Las guías de TARGA recomiendan la monitorización regular de la carga viral para detectar falla virológica. La frecuencia depende del estadio clínico y estabilidad del paciente, pero también de las restricciones locales de los servicios de salud, variando entre 2 y 6 meses. La falla virológica se ha asociado a factores como terapia antirretroviral previa, falta de adherencia a la TARGA y resistencia primaria.<sup>28</sup>

Una excelente adhesión al tratamiento asegura una mejoría tanto en la salud como en la calidad de vida, por ello es necesario identificar los factores que pueden estar asociados con su logro. Por otro lado, si no se logra una excelente adhesión, el paciente corre el riesgo de tener una seria recaída en su salud, además de que se incrementan las posibilidades de que el virus mute, haciéndolo más resistente e inmune al tratamiento.<sup>29</sup>

Aunque la adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH/sida tiene importancia adicional como factor decisivo en el tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral.<sup>29</sup>

Existen divergencias respecto a la definición del concepto calidad de vida y también con respecto a su medición. Algunos investigadores la conciben como la calidad de las condiciones de vida de una persona, otros hacen alusión a la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales y un tercer grupo

combina los componentes objetivos y subjetivos, es decir, las condiciones materiales de vida de una persona y la satisfacción que ésta experimenta. Estos aspectos aplicados a personas enfermas dan lugar al concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). En este orden de ideas, se han establecido unas características transversales a la definición de calidad de vida y CVRS que permiten abordar de manera multidimensional la percepción del sujeto frente a su salud física, mental, sus relaciones sociales y el entorno en el que vive. Estos lineamientos han sido utilizados como referencia para el diseño de instrumentos que permiten medir la CVRS y que son utilizados en la práctica clínica para dar cuenta del impacto de una intervención médica, detectar cambios en el estado de salud, facilitar la comunicación entre personas afectadas y el personal sanitario y generar información relevante sobre la adherencia terapéutica.<sup>30</sup>

Para la salud pública resulta de utilidad conocer no solamente las tasas epidemiológicas "objetivas", sino también las vivencias subjetivas, concepciones socioculturales, preferencias y valores de las personas con VIH, pues de este modo cabe diseñar acciones que se adecúen mejor a las necesidades sentidas por ellas. Es por esto que se planteó la conveniencia de realizar una investigación cualitativa que se aproximara a esta hipotética modificación en el imaginario social y las vivencias alrededor del VIH y del sida, y que se organizara, de forma particular, con el fin último de mejorar el conocimiento de las problemáticas de adherencia al tratamiento antirretroviral. Como es sabido, incluso una moderada falta de adhesión al TARGA reduce de forma muy importante los beneficios del tratamiento, pudiendo conducir al incremento de la carga viral y a la replicación del virus, así como a la creación de resistencias a la medicación. Se estima que entre un 20 y un 50% de quienes se hallan en tratamiento presentan una adherencia inadecuada al mismo. El último meta-análisis realizado con datos en el país de España marca un porcentaje de adherencia de un 55%. La buena o mala adherencia, el significado que las personas con VIH atribuyen al cumplimiento del tratamiento ha sido un aspecto apenas analizado. También se ha desatendido las diferentes clases de problemas de adhesión al tratamiento que pueden experimentar unos y otros tipos de pacientes, subsumiendo formas diversas de incumplimiento terapéutico bajo una categoría única, la "no-adherencia".<sup>31</sup>

## VIH, Depresión y Adherencia al Tratamiento.

La prevalencia de depresión en pacientes con VIH puede ser de 19%-43%. Los pacientes con VIH tienen un riesgo incrementado de padecer depresión mayor a través de diversos mecanismos entre los cuales se encuentra daño directo en áreas subcorticales cerebrales, stress crónico, aislamiento social y desmoralización. En diferentes estudios se ha demostrado que las personas con VIH suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados a lo largo del proceso de infección por VIH, con implicaciones directas sobre los comportamientos de adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales y la progresión clínica de la enfermedad. Por lo tanto resulta indispensable en estas personas un monitoreo regular y adecuado de sintomatología depresiva habiendo demostrado ser bastante útiles la aplicación de diversas escalas, entre ellas Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés).<sup>21</sup>

Entre los factores individuales que afectan la conducta de adhesión a tratamiento, se ha destacado la presencia de síntomas depresivos, los que influirían tanto en la toma de decisión para iniciar TARV como en el proceso de adaptación y mantención del tratamiento a través del tiempo. La evidencia hasta la fecha ha mostrado que la depresión disminuye la adhesión al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas en general, quienes tendrían una probabilidad dos veces mayor de no adherir su tratamiento, por sobre quienes no están deprimidos. Una de las formas en que la depresión agravaría el manejo de la infección por VIH/SIDA, a nivel conductual, sería a través de empeorar la adhesión a los medicamentos.<sup>1</sup>

## Estadística Mundial

En los Estados Unidos de Norteamérica, esta afección constituye la sexta causa importante de muerte en personas de 25-44 años, pero en 1995 ocupaba el número uno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima, que desde el comienzo de la epidemia, más de 25 millones de individuos en el mundo murieron a causa de esta infección. Asimismo, en el 2008, existían alrededor de 33,4 millones de personas viviendo con VIH/sida.<sup>32</sup>

La infección por el VIH/sida afecta a cerca de 34 millones de personas en el mundo de las que 23,5 millones se encuentran en África subsahariana y los 10,5 millones restantes se distribuyen en Oceanía (53.000), Oriente Medio, África

Septentrional (300.000), Europa (2,3millones), las Américas (2,8millones) y Asia (4,8 millones). Debido al elevado número de personas y familias afectadas, a su carácter epidémico y al elevado costo de su atención, el VIH/sida es considerado como una prioridad en salud pública.<sup>33</sup>

La epidemia VIH/SIDA ha sido una de los mayores problemas de salud que se han producido a nivel mundial durante los siglos XX y XXI afectando tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo. Cabe señalar que desde la aprobación del tratamiento antirretroviral de alta eficacia en 1996, la infección por el VIH-1 se ha convertido en una enfermedad crónica para todos aquellos que tienen acceso al tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) son los principales organismos que se encargan de recopilar y publicar cada año los datos epidemiológicos referentes a la infección por VIH-1, al año se registran más de 2 millones de nuevas infecciones y casi 2 millones de personas mueren anualmente por causas relacionadas con la infección por VIH. A pesar de que la incidencia y la mortalidad se encuentran en lento descenso en los últimos años de manera global, cuando se analizan los datos de Europa Occidental y Norteamérica, la incidencia permanece constante, con el consiguiente aumento de la prevalencia y la cronificación de la infección; apareciendo nuevas comorbilidades relevantes en esta población, como el elevado riesgo cardiovascular, entre otras<sup>8</sup>

Hoy en día, menos personas alrededor del mundo se están muriendo a causa del SIDA. Se estima que en 1999 la epidemia de VIH alcanzó un pico, y desde entonces ha disminuido un 19% globalmente (ONUSIDA, 2010). A nivel mundial, en 2011 aproximadamente 34 millones de personas vivían con VIH/SIDA. El número de nuevas infecciones siguió bajando, en el 2011 hubo un 20% menos Infecciones que en 2001, aunque las epidemias nacionales siguen aumentado en algunas partes del mundo (ONUSIDA, 2012).<sup>28</sup>

A finales de 2011, 34 millones de personas [31,4 millones-35,9 millones] vivían con el VIH en todo el mundo. Se calcula que el 0,8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos, pero la morbilidad de la epidemia sigue variando considerablemente entre países y regiones. África subsahariana sigue siendo la región más afectada: prácticamente 1 de cada 20

adultos (un 4,9%) vive con el VIH, lo que representa el 69% de las personas seropositivas de todo el mundo. Aunque la prevalencia regional de la infección es casi 25 veces superior en África subsahariana que en Asia, casi 5 millones de personas viven con el virus en Asia meridional, sudoriental y oriental. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe y Europa oriental y Asia central, donde en 2011 el 1% de los adultos vivía con el VIH.<sup>33</sup>

En varias reuniones de alto nivel la asamblea general de las naciones unidas estableció estrategias, metas y objetivos para gestar el ODM6 y acelerar el avance. A nivel mundial, se estima que en 2012 las personas que vivían con el VIH eran 35,3 (32,2-38,8) millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores, ya que más personas reciben tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas. Se notificaron 2,3 (1,9–2,7) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33 % en comparación con 3,4 (3,1–3,7) millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida también disminuyó de 2,3 (2,1–2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4–1,9) millones en 2012.<sup>34</sup>

#### Estadística Latinoamérica.

En un estudio de diseño descriptivo observacional, de procedencia chilena, basado en datos de ONUSIDA, publicado en enero del 2012, refiere que la situación epidemiológica de latino américa, hasta diciembre del 2010 se encontraba en cuarto lugar, deduciendo que las regiones con un menor nivel de ingresos económicos y de desarrollo, son las más desfavorecidas y afectadas por la epidemia, con una tasa de prevalencia en adultos de 0.5% (15-49 años), con respecto a la principal vía de transmisión predomina la homosexual (varones que tienen relaciones sexuales con varones). Se establecieron tres grupos de países: países con prevalencia baja (entre 0,5 y 2,4/1.000 habitantes): Chile (2,3), Costa Rica (2,1), México (2,0), Paraguay (2,0), Bolivia (1,2), Nicaragua (1,2) y Cuba (0,6); países con prevalencia media (entre 2,5 y 4,4/1.000 habitantes): Guatemala (4,3), Brasil (4,1), Colombia (3,5), Uruguay (2,9), Argentina (2,7), Ecuador (2,7) y Perú (2,5); países con prevalencia alta (entre 4,5 y 6,4/1.000 habitantes), República Dominicana (5,8), Panamá (5,7), El Salvador (5,5) y Honduras (5,1).<sup>34</sup>

De acuerdo a ONUSIDA en 2013, había 1,6 millones [1,4 millones a 2,4 millones] de personas que viven con el VIH en América Latina. Y se estimaba que había 94 000 [71 000-170 000] de nuevas infecciones por el VIH en la región. En América Latina, 47 000 [39 000-75 000] personas fallecieron por causas relacionadas con el SIDA en 2013. Entre 2005 y 2013 el número de muertes relacionadas con el sida en la región se redujo en un 31%.<sup>35</sup>

Con respecto a la principal vía de transmisión, en la mayoría de las regiones Predomina la vía homosexual, Latinoamérica, Norteamérica y Europa Occidental Comparten ésta principal vía de transmisión, lo cual puede deberse a la influencia en los estilos de vida en estas áreas geográficas, en cuanto a la prevalencia en función del sexo y la edad, México ocupa en este caso el primer lugar con un 73.2%, siguiéndole el salvador con un 69.4%, en cuanto a la vía predominante sexual en latinoamérica, es la heterosexual, homo/bisexual, de ésta región principalmente México y panamá y en menor medida Perú son los países donde la vía hetero y homosexual se encuentran más igualadas en porcentaje.<sup>34</sup>

En América Latina la epidemia de VIH continúa con tendencias de estabilización en niveles comparativamente bajos, cerca de 100,000 personas adquieren la infección por VIH en nuestra región; y en la mayor parte de los países de Latinoamérica, la epidemia se esparce primordialmente dentro y alrededor de las redes de personas que forman parte del grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (ONUSIDA, 2012). Las muertes asociadas al SIDA han disminuido significativamente en los últimos años en gran medida debido al incremento en el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) de calidad, para el 2011 se estima que fallecieron cerca de 1.7 millones [1.6 millones a 2 millones] de personas debido a causas relacionadas al SIDA, lo que representa una importante reducción al comparar con los 2.3 millones [2.1 millones–2.5 millones] que se estimaron en 2005 (ONUSIDA, 2012).<sup>36</sup>

Estadística en México.

En México, el primer diagnóstico de la infección se elaboró en 1983; sin embargo, análisis retrospectivos indican que el inicio de la epidemia fue en 1981.<sup>37</sup>

Al 30 de junio de 2013 se habían diagnosticado y registrado 164 422 casos acumulados de SIDA, de los cuales 134 946 (82%) eran hombres y 29 476 (18%) mujeres; y se habían registrado 36 714 casos acumulados de VIH, de los cuales 26 697 (72.8%) eran hombres y 10 017 (27.2%) mujeres (Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y el SIDA [Censida], 2013). Kendall & Pérez-Vázquez (2004) consideran que “las mujeres mexicanas son mayormente vulnerables a la infección por el VIH por relaciones sexuales, las condiciones de migración de éstas y de sus parejas masculinas, y los comportamientos bisexuales de tales parejas”. Agregan que el 80% de las mujeres se infecta por relaciones heterosexuales, la mayor parte de ellas con sus parejas masculinas.<sup>38</sup>

Las estimaciones más recientes realizadas por el ONUSIDA y el CENSIDA, señalan tendencias alentadoras para nuestro país, ya que durante los últimos años se muestra un comportamiento prácticamente estable de la prevalencia de VIH, mismo que pudiera conservarse los próximos años. Para el año 2011, la prevalencia de infección por VIH en población adulta del país de 15 a 49 años, era de 0.24%, lo que implicaba ya que para finales del 2011 se estima que en México habían cerca de 147,137 personas viviendo con VIH de este rango de edad mientras que el total de PVVIH de todas las edades era de 179,478. A éste respecto, cabe destacar que el país se fijó como Meta dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el tener para el año 2015 una prevalencia menor al 0.6% en población adulta, por lo que de continuar con la tendencia previamente descrita se continuará cumpliendo con dicho indicador en el marco de los compromisos internacionales de México. Por otra parte, se observa una tendencia sostenida hacia la disminución de nuevas infecciones por VIH, que para el año 2011, fueron 9,903 el Registro Nacional de casos SIDA (RNCS), el cual es la principal herramienta para la vigilancia de esta epidemia en el país; y cuya gerencia está a cargo de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, indicaba en septiembre de 2012 (CENSIDA, 2012) que en el país se habían notificado un total de 159,411 casos de SIDA (82% en hombres) y 42,920 casos que continúan como seropositivos al VIH (74% en hombres), ante lo anterior es evidente que la epidemia en el país continúa siendo predominantemente masculina (CENSIDA 2012). Las personas de 30 a 34 años, 25 a 29 años y 35 a 39 años ocupan los mayores porcentajes de casos SIDA notificados en el RNCS con

19.6%, 18% y 16% respectivamente, aunque es de considerar que el grupo de personas de 20 a 24 años ocupan el 10% (CENSIDA 2012). De los casos notificados de SIDA, 58,110 están registrados actualmente como vivos al cierre de septiembre de 2012, otros 89,879 como muertos y 11,422 con estado desconocido de evolución; y en lo que respecta a los casos que continúan notificados como seropositivos al VIH 42,544 continúan vivos, 18 han muerto; y en 358 casos se desconoce la evolución (CENSIDA, 2012).<sup>36</sup>

#### Estadística Estatal.

De los 58,110 registros vivos de casos SIDA, 13% se encuentran en el D.F., 12% en el Estado de México, 9% en Veracruz y 6% en Guerrero; y la mayor proporción de personas registradas como vivas que continúan como seropositivas se encuentran en el Distrito Federal (22%), Veracruz (13%), Estado de México (6%) y Chihuahua (5%).<sup>36</sup>

De los 58,110 registros vivos de casos SIDA, 13% se encuentran en el D.F., 12% en el Estado de México, 9% en Veracruz y 6% en Guerrero sobre las características epidemiológicas del VIH/SIDA en el estado de Nayarit (México), publicado en junio del 2010, se refiere que, la incidencia para esas fechas estaba encabezada por el Distrito Federal seguido por Baja California, Morelos, Guerrero, Nayarit, Yucatán, Veracruz y Quintana Roo, por lo que se deja ver un cuarto lugar para nuestro estado de Guerrero en incidencia, ese mismo artículo por número de casos lo coloca en el séptimo lugar con un total de estos de,5 509 y 168.0 de incidencia.<sup>36</sup>

Sin embargo se puede ver que, de acuerdo a estadísticas nacionales, en un comunicado del día 2 de diciembre del 2013 a través del periódico la jornada guerrero, se refiere que ocupa el lugar 11 de casos de sida en el país, y de acuerdo a cifras notificadas, por el sistema de vigilancia epidemiológica de la secretaría de salud del estado de Veracruz, se refiere que el estado ocupa el lugar número 12, por debajo del estado de Guanajuato, con un total reportado hasta septiembre del 2013, de 7,626 casos, por lo que de acuerdo con estas cifras y las reportadas en diciembre por la presidenta, Rosa María Santiago Palo alto, que ya para diciembre de ese mismo año ocupábamos en el estado el lugar 11 con un total de 7,641 casos.

Actualmente se reportan cada año 300 nuevos casos de VIH en el estado de Guerrero y se dice que la ciudad de Acapulco ocupa los primeros lugares del Estado, sin embargo podría haber un sobre reporte en nuestra ciudad de Chilpancingo.<sup>39</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente el VIH, forma parte de la realidad de todos los seres humanos, en la actualidad existe un consenso entre los investigadores y los gestores de salud, al considerar que esta epidemia constituye un problema de salud pública (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]) que, al no tener cura, precisa de trabajo en materia de prevención. Han sido empleadas estrategias por los gestores de salud para la universalización del tratamiento con los antiretrovirales para mejorar la calidad de vida y supervivencia de las personas seropositivas. ONUSIDA estima que actualmente existen entre 35 y 42 millones de personas, que viven con VIH en el mundo. Los primeros casos de SIDA en México fueron identificados en 1983, desde entonces han ocurrido grandes cambios en el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la epidemia, en cuanto al diagnóstico los casos se identificaban en relación con las enfermedades asociadas y desde 1985 con el desarrollo de pruebas de detección del virus, se hizo posible identificar a las personas infectadas mucho antes de que tuvieran síntomas de la enfermedad, con respecto al tratamiento en un inicio no había un medicamento específico para el SIDA y se atendían las enfermedades asociadas, en 1987 en Estados Unidos se aprobó el primer tratamiento médico con una droga para frenar la multiplicación viral y se puso a disposición de algunos pacientes en México casi de inmediato gracias a una expedita gestión de aprobación de medicamentos, en algunas investigaciones refieren que en México a pesar de la extensión de los tratamientos, altamente efectivos no se han alcanzado los objetivos de ampliar la sobrevida de los pacientes, esto ha sido debatido entre investigadores acerca de los resultados de la extensión de tratamientos y la carencia de logros en cuanto a sobrevida y mortalidad.

Cuando una persona recibe un diagnóstico positivo, los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes y se cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, dentro de lo que afecta el auto-concepto y la adaptación, que éstas dependerán de múltiples factores; como la edad, género, estatus social, apoyo familiar, inteligencia, auto-esquemas, afrontamiento, equilibrio y control emocional. Y debido a la doble condición de enfermedad infecciosa y crónica que se presenta en el VIH, existen diferentes tipos de agravantes con respecto a las respuestas psicosociales que provienen tanto del enfermo como de los que le rodean, como el entorno familiar.

La depresión se considera una de las principales causas de discapacidades y se presentan en un aproximado de 350 millones de personas a nivel mundial con una prevalencia entre 3.3 y 21.4%, y es uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH y su prevalencia descrita es en torno al 37%.

La adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece el control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) solo una tercera parte de quienes acceden al tratamiento antirretroviral se adhieren a éste, por lo que se considera que la intervención de la psicología de la salud, por medio del papel del psicólogo, permite al individuo entender y asumir de forma menos agresiva la condición crónica de su enfermedad por VIH, en nuestro estado de Guerrero no he encontrado algún registro en torno a la relación que hay entre la depresión y el apego al tratamiento en estos pacientes, por lo que es importante conocer la presencia de depresión y su funcionalidad familiar en pacientes con VIH, en relación con la adherencia al tratamiento.

## **JUSTIFICACIÓN**

La adhesión al tratamiento retroviral en los pacientes con VIH, es una difícil tarea ya que requiere de la participación activa del paciente y la de su familia, donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante para mantener un estilo de vida óptimo, por lo que es de suma importancia en pacientes con VIH conocer el grado de depresión y funcionalidad familiar ya que la depresión en sí puede afectar la funcionalidad familiar y la calidad de vida que se traduce en problemas de autocuidado y falta de apego al tratamiento, lo cual se reflejará en las complicaciones secundarias propias de la enfermedad. Por lo que considero necesario buscar estrategias para mejorar estas condiciones de salud emocional del paciente y por consiguiente llegar a un buen apego al tratamiento indicado. Además podemos deducir que a mayor cantidad de antirretrovirales indicados en el tratamiento es más difícil el apego a éste y como consecuencia secundaria el desgaste económico es mayor tanto para la institución como para el paciente.

La depresión en sí es una patología muy común en pacientes con enfermedades crónicas de la cual no se salva el paciente con VIH, sin embargo es olvidada por el personal de salud, ya que no es tratada, y esto coadyuva a un mal apego al tratamiento, cabe mencionar que una mala funcionalidad familiar va a producir mayor depresión en el paciente con VIH y por ende un mayor mal apego al tratamiento, ha sido demostrado que además la depresión produce mayor desgaste inmunológico y por lo tanto se dificultará aún más una mejor acción de los antirretrovirales.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Estimar la asociación entre depresión, funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/sida, de la ciudad de Chilpancingo, atendidos en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón.

### **Objetivos específicos:**

Describir las características sociodemográficas de la población participante  
Estimar la prevalencia de la falta de adherencia al tratamiento  
Establecer la prevalencia de depresión.  
Evaluar la prevalencia de Disfunción Familiar.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Tipo y diseño de estudio:** diseño de estudio transversal de tipo descriptivo.

**Población y Muestra:** personas de ambos sexos, mayores de 18 años, que sean residentes de la ciudad de Chilpancingo y que además se encuentren en el registro del Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, muestra no probabilística por conveniencia de 45 pacientes.

### **Criterios de inclusión:**

- 1) Que tengan registro en el Hospital General Raymundo Abarca.
- 2) Que sean de la ciudad de Chilpancingo Gro.
- 3) Seropositivo para VIH.
- 4) Paciente igual o mayor de 18 años de edad
- 5) Pacientes de ambos géneros
- 6) Que cuenten con expediente clínico legible.
- 7) Que estén en tratamiento antirretroviral
- 8) Que acepte participar en el estudio

**Criterios de exclusión:** pacientes que no acepten contestar el cuestionario, pacientes con diabetes tipo 1.

- 1) Pacientes bajo tratamiento psiquiátrico para depresión

- 2) Pacientes con hospitalización en los últimos treinta días
- 3) Pacientes bajo terapia familiar.
- 4) Pacientes con DM2, HTAS, Hepatitis B y C, enfermedades reumáticas.

**Criterios de eliminación:**

- 1) Encuestas incompletas
- 2) Que el paciente haya cambiado de residencia o fallecido.

**Método:** La recopilación de datos se realizó mediante encuestas a los pacientes seleccionados por medio de un instrumento de trabajo previamente estructurado y validado

**Técnica e instrumento:** El cuestionario de Beck para medir la depresión, el cual evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo el día actual. A cada frase le corresponde una puntuación (el número anotado al principio de cada frase).

**Interpretación de Resultados**

- 5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.
- 10 - 18 Depresión entre leve y moderada.
- 19 - 29 Depresión entre moderada y severa.
- 30 - 63 Depresión severa

**CUESTIONARIO DE ADHERENCIA SMAQ** (Simplified Medication Adherence Questionnaire).

Cuestionario compuesto de 6 preguntas y su calificación se da en torno a las respuestas emitidas por el paciente, respondiendo simplemente sí o no, calificando en adherente o no adherente.

Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4: si, 5: C, D o E, 6: más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95 - 100 % adhesión

B: 85-94 %

C: 65-84 %

D: 30-64 %

E: < 30 %

Se clasifica a un paciente como adherente al tratamiento si responde de forma adecuada a las 4 preguntas cualitativas y si además, la respuesta 5 fue menor o igual a 2 y la respuesta 6 fue menor o igual a 2 días.

### **Apgar Familiar**

Cuestionario que valora la funcionalidad familiar, mediante 5 preguntas las cuales tienen un valor de:

0= Casi nunca

1= A veces

2= Casi siempre

Calificando a la familia en; familia disfuncional con un puntaje de 0 a 3, moderada disfunción familiar con un total de puntos de 4 a 6 y finalmente familia funcional aquella que califica con un total de puntos de 7 a 10. Anexo 1

**Análisis Estadístico:** se realizaron análisis descriptivos univariado y bivariados, obteniendo tablas de frecuencia, estadísticas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviación estándar y varianza), así como la elaboración de tablas de doble entrada para disgregar la información por categorías de las variables de interés. Para tal fin, se realizó una base de datos utilizando Microsoft Excel y se analizó utilizando los softwares estadísticos R ver 2.12.11 y SPSS ver 19.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente proyecto cumple con las recomendaciones y lineamientos de la declaración de Helsinki así como de la Ley General de Salud, para llevar a cabo la siguiente investigación visitó el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón de la ciudad de Chilpancingo, mediante oficio para la autorización y la realización del estudio. La información fue de forma confidencial, este proyecto de investigación se clasifica como estudio con riesgo mayor al mínimo en la Ley General de Salud de México, por lo anterior se solicitó la autorización escrita mediante consentimiento bajo información.

La encuesta se realizó con profesionalismo bajo el código de ética que nos rige como profesionales de la salud, la población de estudio se trató con respeto y sin distinción alguna. Se respetaron las respuestas proporcionadas y la decisión de aceptar o rechazar la aplicación del cuestionario.

El estudio se realizó basándose en los postulados éticos de la normal de la convención de Helsinki, la cual fue ratificada en Tokio en 1975 y modificada en la 52° reunión en Edimburgo en el art 7°, en el año 2002 art 3° apartado I,II,III, Art 4°, Art 5°, Art 6°, Art 7°, Art 8°, Art 9°, Art 10°, Art 11°, Art 12°, Art13, Art 16°, Art 17°, Art 20°, Art 21°, apartado I,II,III,IV,VIII, Art 22°, Art 29°, Art 100°, Art 101°, de acuerdo al título 5 y en los artículos 96 al 103 de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en los cuales se garantiza no dañar la integridad física, ni moral de las personas.

La Ley General de Salud establece lineamientos y principios a los que debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, los cuales mencionan que la investigación para la salud es un dato determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud de los individuos y de la sociedad en general. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título primero, capítulo único, en el Artículo 31, en sus apartados I, II, III, se refiere que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen; al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social, la prevención y control de los problemas de la salud, en su título segundo habla acerca de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos.

El presente proyecto de investigación se clasifica como estudio con riesgo mayor al mínimo en la Ley General de Salud de México, por lo anterior se solicitara autorización escrita mediante consentimiento bajo información.<sup>40</sup>

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operativa	Definición conceptual	Escala de medición	Indicador
Edad	Número de años cumplidos clasificados por grupos de edad.	Tiempo que ha vivido una persona.	Cualitativa	1.- 18-29 años 2.- 30-39 años 3.- 40-49 años 4.- 50-59 años 5.- >60 años
Sexo	Característica biológica que diferencian a los humanos en sexo masculino y femenino.	Diferencia biológica entre hombre y mujer.	Cuantitativa	1.- Masculino 2.- Femenino
Estado civil	Condición de cada persona que lo divide en soltería, matrimonio, viudez, etc.	Característica moral del individuo que lo caracteriza en comprometido y no comprometido.	Cuantitativa	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Viudo 4.- Divorciado 5.- Separado 6.- Unión libre
Escolaridad	Nivel de estudios que el individuo ha realizado hasta el momento actual.	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Cuantitativa	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Profesional
Status social	Posición que se le da a un individuo de acuerdo a sus ingresos económicos y se puede clasificar en bajo, medio y alto.	Posición o lugar que ocupa una persona o un grupo dentro de un sistema social en relación con los demás, siendo reconocida ante la sociedad.	Cuantitativa	1.- Baja 2.- Media 3.- Alta
Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda o por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Estado de tristeza que le produce desinterés por la vida misma.	Cuantitativa	1.- (5-9 puntos); normal 2.- (10-18 puntos); Depresión entre Leve y Moderada 3.- (19-29 puntos); Depresión entre Moderada y Severa 4.- (30-63 puntos); Depresión Severa
Adherencia al tratamiento	La adherencia es un requisito para que los avances científicos y terapéuticos generen resultados positivos en el tratamiento de las enfermedades crónicas.	Toma de medicamentos y seguimiento de instrucciones estrictas de su médico.	Cuantitativa	1. Adherente 2. No adherente
Función familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar, cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Significa cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos de conducta, que la pareja no esté en lucha constante.	Cualitativa nominal	1.- Disfuncional Grave 2.- Moderada Disfunción 3.- Funcional

## RESULTADOS UNIVARIADOS

### Características generales.

Se analizó una serie de 45 casos de pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que son residentes de la ciudad de Chilpancingo y que se encuentran en el registro del Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón". La información se obtuvo de forma directa, aplicando una encuesta conformada por tres instrumentos: cuestionario BECK, cuestionario SMAQ y cuestionario APGAR.

Referente al sexo 38 (85%) de los pacientes son del sexo masculino. La edad mínima observada fue de 19 años y la máxima de 63, de ellos 23 de los pacientes (51%) no sobre pasa la edad de 29 años, y se estimó que la edad promedio fue de 32 años, con una desviación estándar de 9.7 años. Ver gráfico 1.

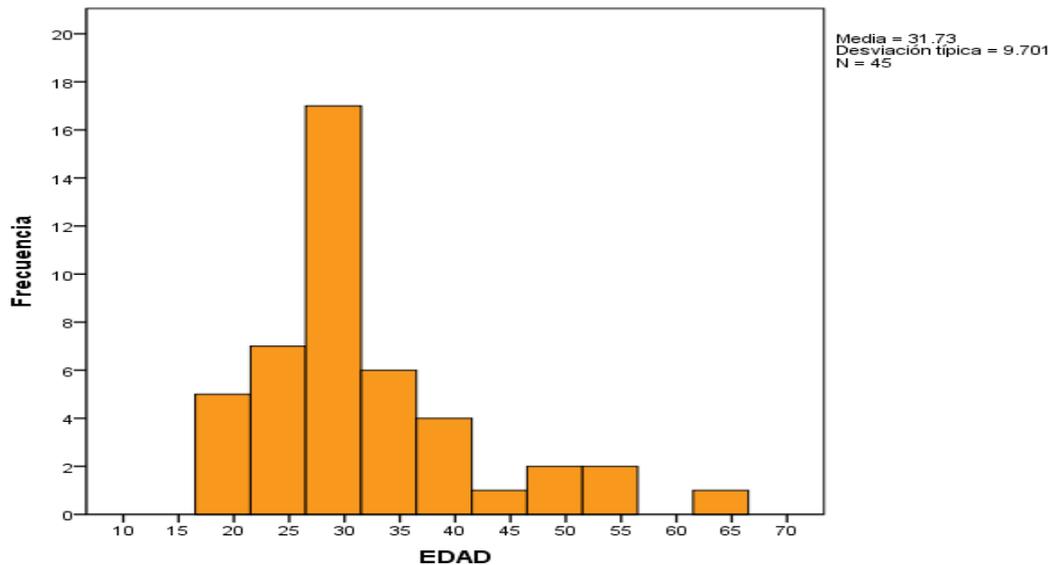


Gráfico 1. Distribución de la edad de los pacientes con VIH.

Con respecto al nivel de escolaridad se observó que alrededor de 10 (22.2%) de los pacientes declararon contar con estudios de a lo más primaria completa. De estos 14 (31.1%) informaron tener estudios profesionales. Ver gráfico 2.

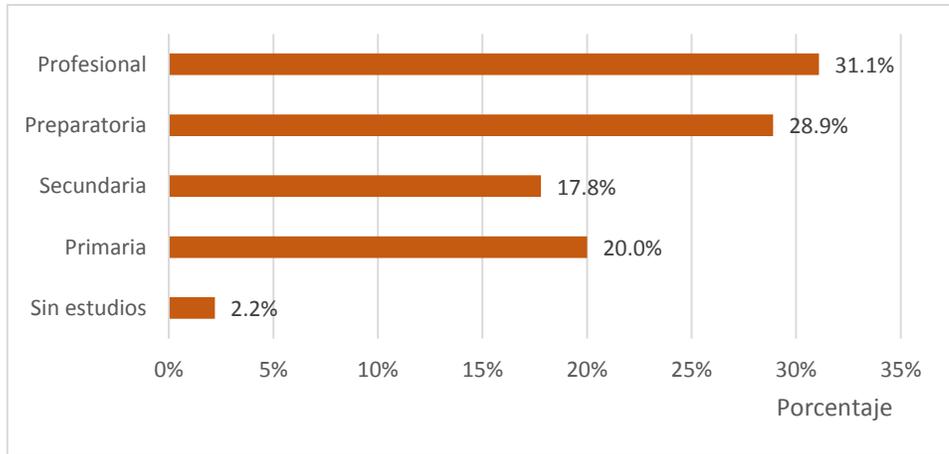


Gráfico 2. Distribución del nivel de estudios de los pacientes con VIH

De la distribución en el estado civil 22 (48.9%) de los pacientes son solteros, de estos 11 (24.4%) viven en unión libre y 9 (20%) están casados. Ver gráfico 3.

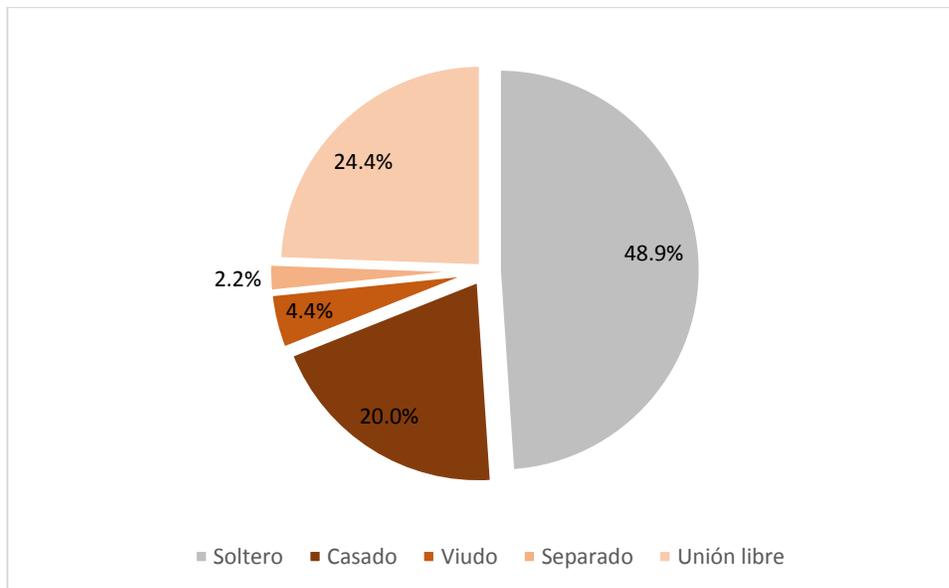


Gráfico 3. Distribución del estado civil de los pacientes con VIH.

Según los resultados 30 (66.7%) de los pacientes declararon ser de un estatus social medio y 15 (33.3%) de un estatus social bajo. Ver Gráfico 4

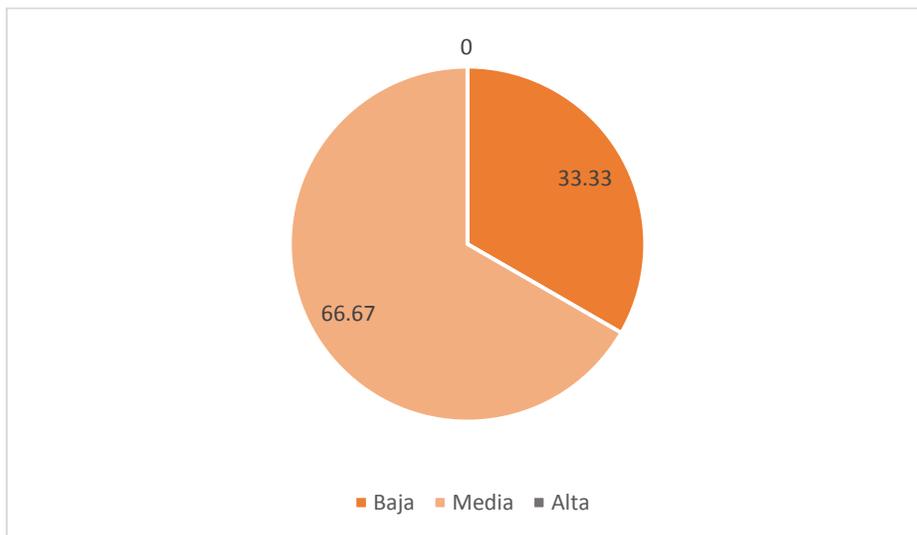


Gráfico 4. Distribución del estatus social de los pacientes con VIH

El número promedio de años con diagnóstico de VIH en los pacientes fue de 4 años (desviación estándar de 1.2). El 50% de los pacientes con VIH sobre pasan los 4 años de diagnosticada la enfermedad (gráfico 4).

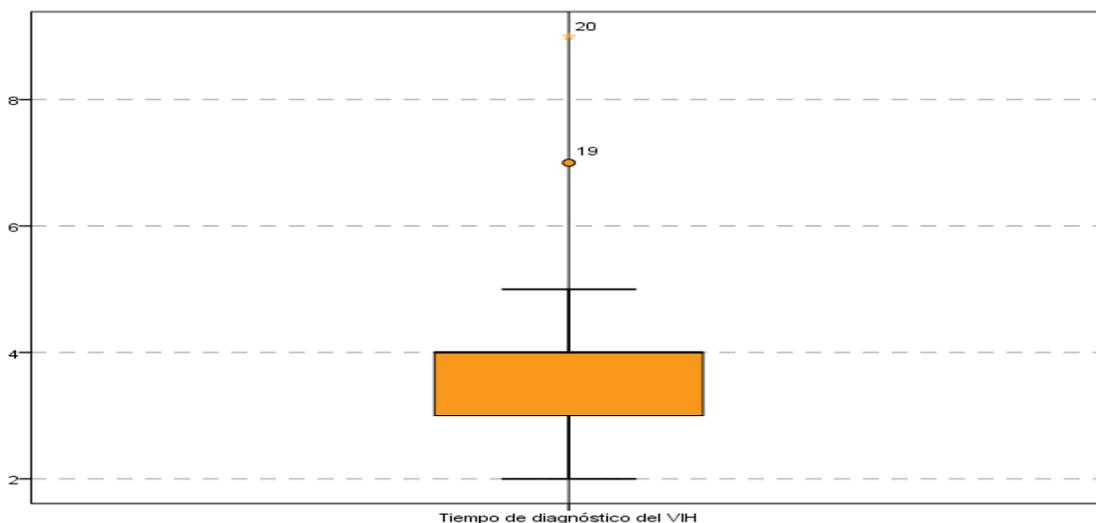


Gráfico 4. Distribución de los años diagnosticados de VIH.

En cuanto al análisis de la depresión, se obtuvo que 36 (80%) de los pacientes presentan algún tipo de depresión, de estos 17 (37.8%) presentan una depresión severa. Tan sólo 9 (20%) resultaron con un estado normal. Ver Gráfico 5.

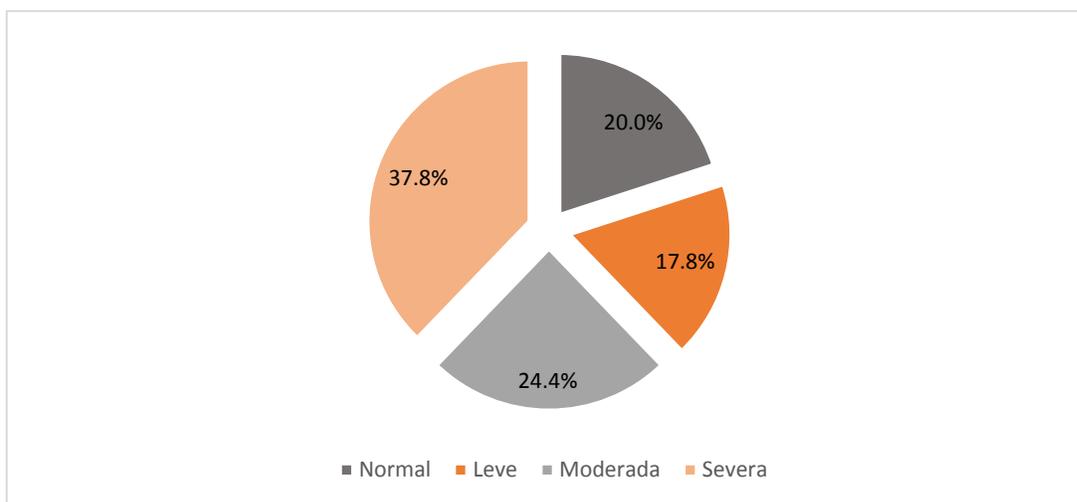


Gráfico 5. Evaluación del estado de depresión de los pacientes con VIH.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, se observó que solamente 14 (31.1%) de los pacientes son clasificados como adherentes al tratamiento. Ver Gráfico 6.

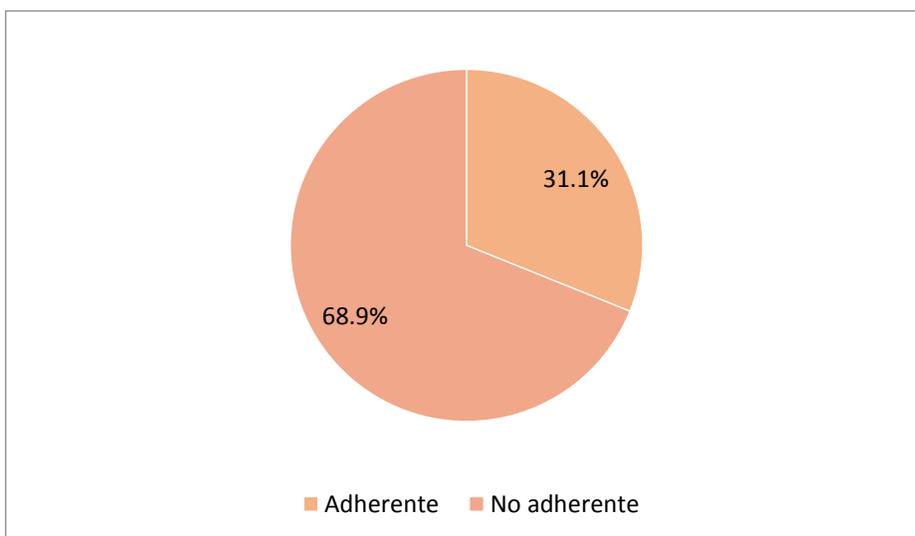


Gráfico 6. Evaluación del estado de adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH.

De la funcionalidad familiar se observó que 18 (40%) de las familias de los pacientes fueron evaluadas como funcionales y sólo 11 (24.4%) de las familias calificaron como disfuncionales. Ver gráfico 7.

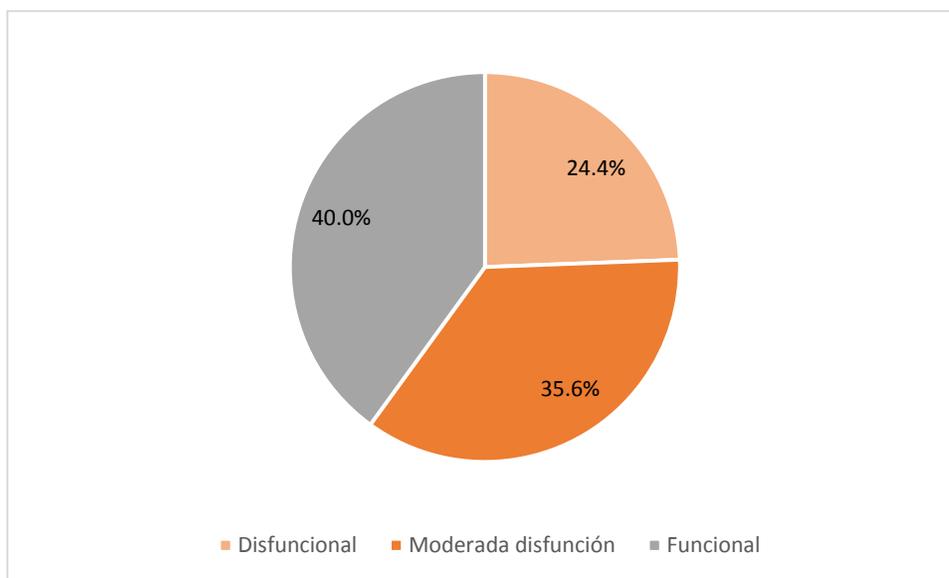


Gráfico 7. Evaluación del estado disfuncional de las familias de los pacientes con VIH.

### Análisis bivariado.

Se observó que el rango de edades con mayor frecuencia de casos de VIH, tanto en hombre como en mujeres, fue 18 a 29 años. Sólo 1 (2.6%) de los hombres con VIH tienen una edad mayor o igual a 60 años. Ver gráfico 8.

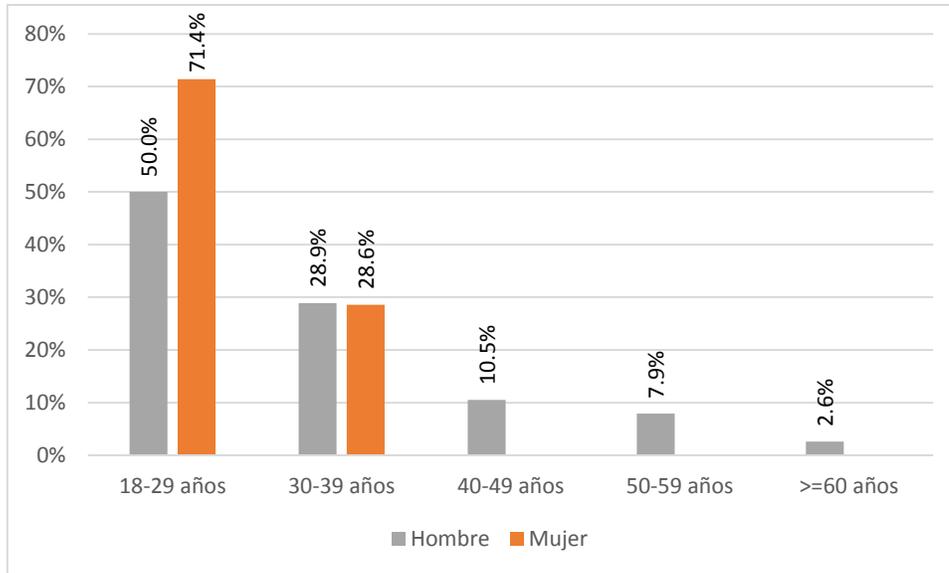


Gráfico 8. Distribución de la edad de los pacientes por sexo.

Con respecto a la depresión observamos que 14 (36.8%) de los hombres presentan una depresión severa y 7 (18.4%) un estado normal. En cuanto a las mujeres, 3 (42.9%) presentan una depresión severa y 2 (28.6%) de ellas un estado normal. Gráfico 9.

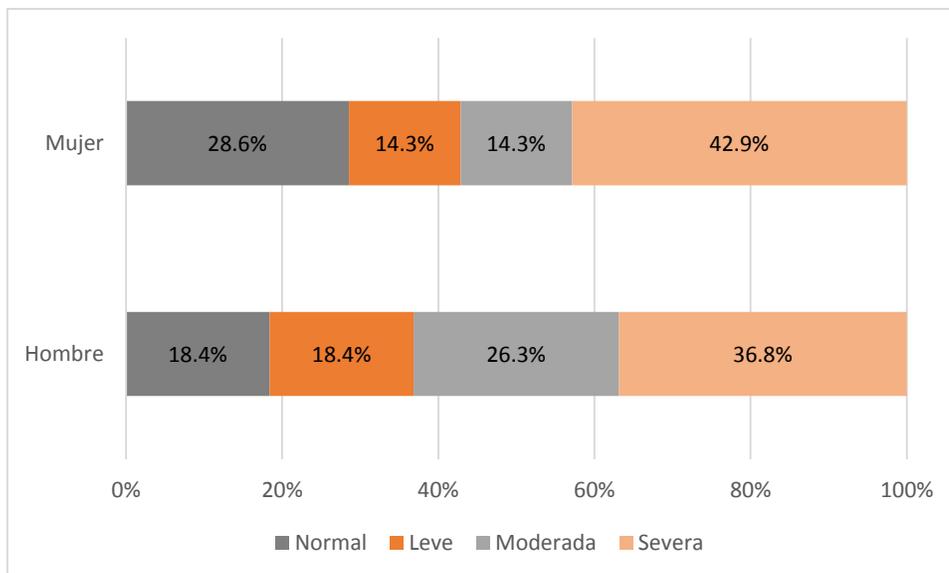


Gráfico 9. Distribución del estado de depresión de los pacientes por sexo.

En ambos sexos se observó una falta adherencia al tratamiento. En las mujeres 4 (57.1%) fueron clasificadas como no adherentes al tratamiento. En cuanto a los hombres se observó que, el 27 (71.1%) de estos fueron no adherentes. Ver tabla 1.

Tabla 1. Adherencia al tratamiento por sexo.

	Adherencia al tratamiento		Total
	No	Si	
Hombres	27 71.1%	11 28.9%	38
Mujeres	4 57.1%	3 42.9%	7
Total	31	14	45

Más del 50% de las familias de las mujeres, fueron evaluadas como funcionales. Un porcentaje menor de las familias de los hombres (36.8%), fueron evaluadas en esta categoría. Alrededor del 63% de las familias de los hombres, fueron clasificadas como familias con algún nivel de disfuncionalidad. El 43% de las familias de las mujeres, se clasificó con algún nivel de disfuncionalidad. Gráfica 10.

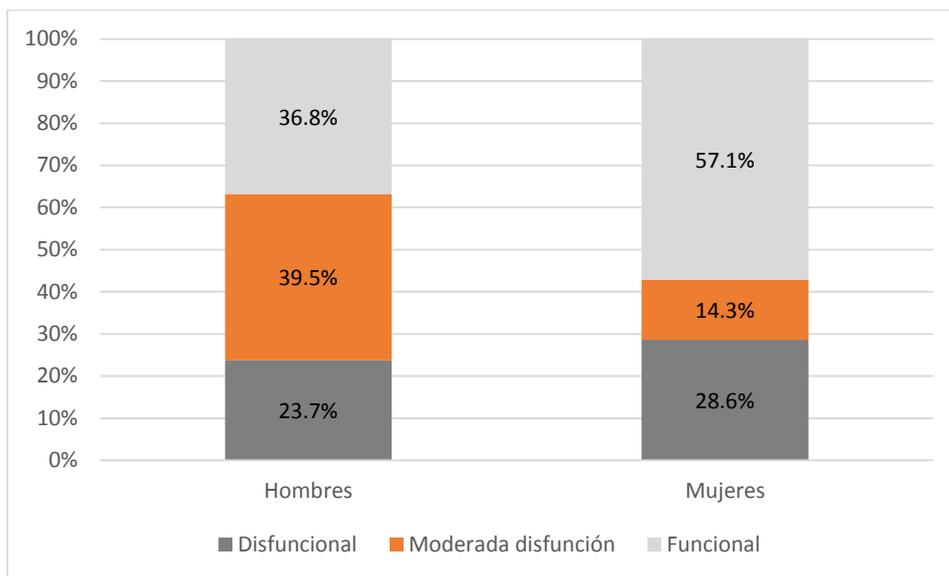


Gráfico 10. Distribución del nivel de disfuncionalidad de las familias de los pacientes por sexo.

El 87.5% y 55.6% de los pacientes con estudios de secundaria y primaria, respectivamente, presentaron un nivel severo de depresión. El 100% de los pacientes que no cuentan con estudios mostraron un estado normal. Ver gráfico 11.

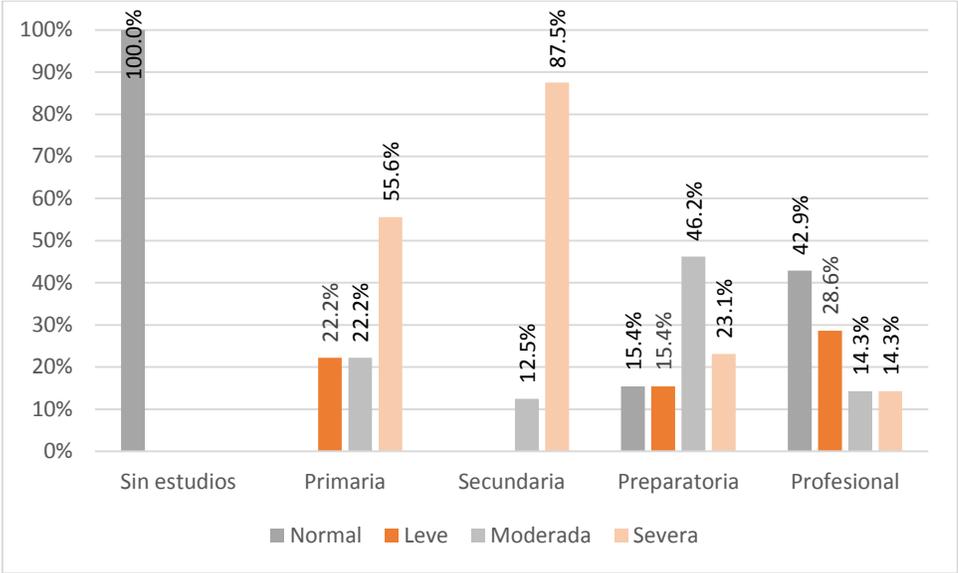


Gráfico 11. Distribución del estado de depresión de los pacientes por escolaridad.

El 57% de los pacientes que tienen adherencia al tratamiento son profesionistas. No se observaron pacientes sin estudios que indiquen que tienen adherencia al tratamiento.

Gráfico 12.

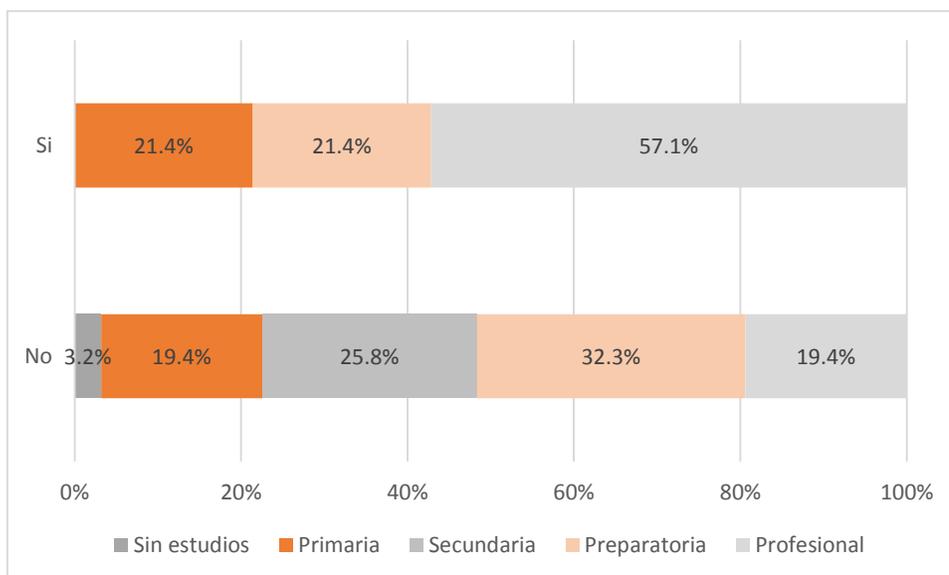


Gráfico 12. Distribución de la adherencia al tratamiento de los pacientes por escolaridad.

El 62.5% de las familias de los pacientes con estudios de secundaria fueron clasificadas como disfuncionales. Tabla 2.

Tabla 2. Nivel de disfuncionalidad de las familias de los pacientes por escolaridad.

ESCOLARIDAD	Nivel de disfuncionalidad			Total
	Disfuncional	Moderada disfunción	Funcional	
Sin estudios	0	0	1	1
	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Primaria	4	2	3	9
	44.40%	22.20%	33.30%	100.00%
Secundaria	5	3	0	8
	62.50%	37.50%	0.00%	100.00%
Preparatoria	2	6	5	13
	15.40%	46.20%	38.50%	100.00%
Profesional	0	5	9	14
	0.00%	35.70%	64.30%	100.00%
Total	11	16	18	45
	24.40%	35.60%	40.00%	100.00%

Con respecto a la asociación de adherencia al tratamiento y el grado de depresión, los resultados obtenidos fueron que los que presentaron depresión moderada 10 (90.9%) y 17 (100%) con depresión severa fueron no adherentes, en relación con depresión leve y normal solo 2 (25%) y 2 (22.2%) respectivamente se relacionaron con la no adherencia. Ver Gráfico 13

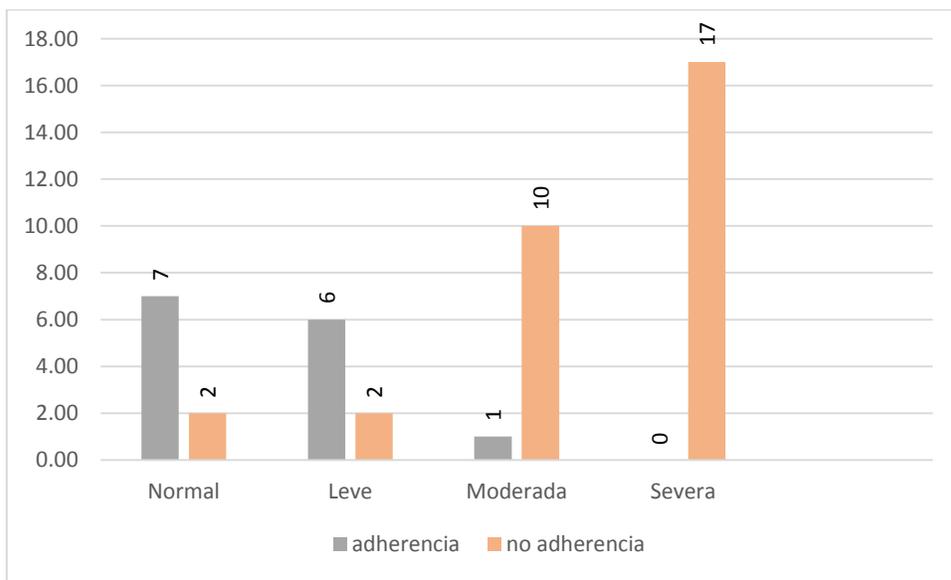


Gráfico 13. Asociación de adherencia al tratamiento con depresión.

En el análisis de la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, los resultados encontrados fueron que los pacientes con familia disfuncional 11 (100%), se les encontró no adherentes, los que tienen una familia con una disfunción moderada 16 (100%) fueron no adherentes, y con los pacientes con una familia funcional solo 4 (22.2%) de la misma forma que lo anterior fueron no adherentes al tratamiento. Ver Gráfico 14

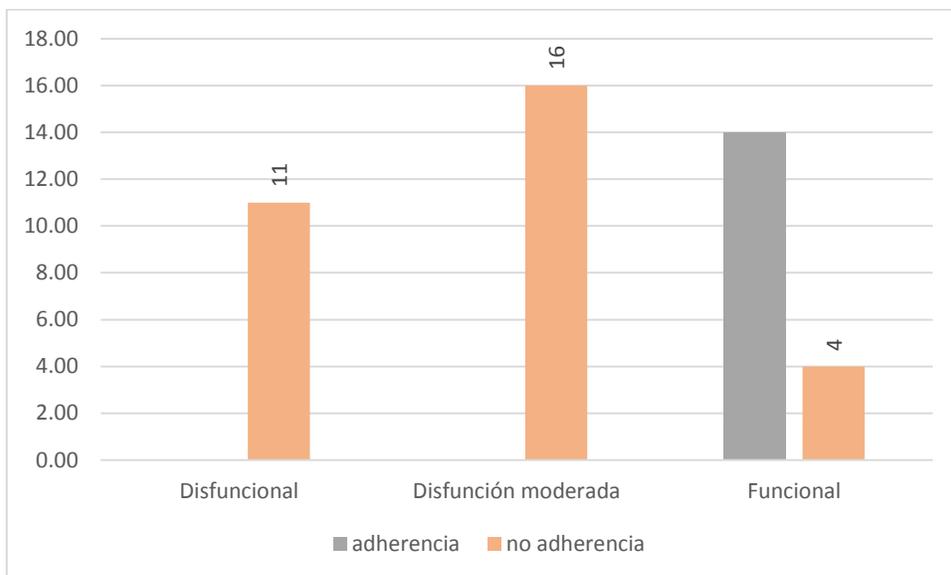


Gráfico 14. Asociación de adherencia al tratamiento con funcionalidad familiar.

Un paciente con VIH que no se apega al tratamiento tiene 87.8 veces el riesgo de presentar depresión en comparación con un paciente con VIH que muestra adherencia al tratamiento. Con 95% de confianza el riesgo es mínimamente 8.89 veces y se puede excluir que sea mayor de 865.67.  $P=0.000$  más del 95% de confianza de que este resultado difícilmente se explique por azar.

Un paciente con VIH que no se apega al tratamiento es casi seguro que presente una disfuncionalidad familiar en comparación con un paciente con VIH que muestra adherencia al tratamiento.  $P=0.000$  más del 95% de confianza de que este resultado difícilmente se explique por azar. Ver tabla 3.

Tabla 3.

Variables dependientes		Adherencia		OR	IC 95%	P
		No adherente	Adherente			
Depresión	Con depresión	27	1	87.75	8.89-865.67	0.000
	No depresión	4	13			
Funcionalidad familiar	Disfuncional	27	0	infinito	--	0.000
	Funcional	4	14			

## DISCUSIÓN.

La forma en que la experiencia emocional puede influir en la salud es múltiple, que va desde el reconocimiento de los síntomas y búsqueda de atención médica, desde el diagnóstico las personas experimentan en menor grado algún tipo de alteración emocional. Varias investigaciones determinan que altos niveles de depresión disminuyen la función inmune, aceleran la progresión de la enfermedad, incrementan la discapacidad y disminuyen la supervivencia, concluyendo que existe una relación entre factores psicológicos y disminución de linfocitos en personas infectadas con VIH que padecen depresión. Los avances en el terreno farmacológico han favorecido la aparición de diversas opciones terapéuticas para los pacientes con VIH, la terapia ARV es una de las más empleadas por los beneficios que reporta, para optimizar su efecto se requiere de una aceptación y responsabilidad del paciente a fin de cumplir de manera estricta con este régimen, ya que es sabido que el incumplimiento puede llevar fácilmente al incremento de la carga viral y replicación del virus permitiendo que este se haga resistente a la medicación.<sup>30</sup>

En la publicación del artículo original publicado en el año 2012 por la revista española de salud pública de los autores Fernando Conde Gutiérrez del Álamo y Pablo Santoro Domingo, de la revista española de Salud Pública volumen 86, se menciona que entre un 20 y 50% de quienes se hallan en tratamiento en TAR de pacientes con VIH presentan una adherencia inadecuada.<sup>31</sup> En éste contexto podemos comparar nuestros resultados los cuales no distan mucho de ésta publicación ya que en el análisis de este contexto encontramos que 14 (31.1%) de las personas estudiadas fueron adherentes y 31 personas que corresponden al 68.9% fueron no adherentes al tratamiento, por lo que el porcentaje de la no adherencia continua siendo alto.

De un estudio observacional transversal, con un marco muestral de 127 pacientes diagnosticadas con VIH/sida, atendidas en la institución de salud de Cali, de los participantes el 76.4% eran hombres y el 23.6% mujeres con una edad promedio de 42.5 años, el 58.3% fueron solteros, el 26.5% casado o en unión libre, en ese estudio los factores relacionados a la adherencia fueron la edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, la mayoría perteneciente a un estrato socioeconómico bajo y medio, con un nivel educativo inferior al bachillerato, donde la prevalencia de

adherencia al tratamiento fue de un 84.3%.<sup>10</sup> En nuestro estudio se pueden observar resultados similares a esta investigación, ya que un 85% de los casos de nuestro análisis corresponde al sexo masculino, al igual que la publicación mencionada en líneas previas podemos ver que el control o diagnóstico de VIH/sida, predomina en hombres más que en mujeres, la edad mínima de diagnóstico en nuestros resultados es de 19 años y una máxima de 63 años, la edad promedio reportada fue de 42.5 años del estudio de Cali lo que en comparación con el nuestro se deja observar que en nuestra población el promedio de diagnóstico es más temprano ya que nuestros resultados reportan edad promedio de 32 años, y el rango de edad presente con mayor frecuencia es de 18 a 29 años para mujeres y hombres, esto comprueba que el diagnóstico se encuentra prácticamente en edades productivas y de forma cada día más temprana, en cuanto al estado civil predominaron los pacientes solteros con un 48.9%, continuando en un segundo lugar la unión libre con 24.4%, y de manera sucesiva se observan los casados, viudos y separados con 20%, 4.4%, 2.2% respectivamente, que comparado con lo anterior en el que de igual forma refiere que entre solteros y unión libre hay mayor predominio, en cuanto al nivel socioeconómico solo se observó el estado socioeconómico medio y bajo con 66.7% del primero y 33.3% del segundo del que podemos mencionar que los participantes de Cali la mayoría también correspondieron de la misma forma a un estrato socioeconómico bajo y medio. El grado de escolaridad o nivel educativo que se observó en nuestra investigación en el nivel profesional fue de un 31.1%, el de nivel medio superior (bachillerato) con un 28.9%, el orden se continua con el nivel primaria en un 20%, el nivel secundaria de un 17.8% y quedando en el último escalón las personas sin estudios en un 2.2%, lo que se puede observar que más del 50% tiene un nivel por debajo del profesional que al comparar con el estudio de Cali en el que se menciona que en sus participantes observaron que la mayoría tenía un nivel por debajo de estudios de bachillerato.

En la revista chilena de infectología del artículo publicado por Varela M., y Galdames S, de depresión y adhesión a terapia antirretroviral en pacientes con VIH atendidos en el Hospital de San Pablo de Coquimbo Chile de ese estudio descriptivo relacional, se evaluaron 119 sujetos, el 76% de la muestra se conformó por hombres y un 24% de mujeres, que traduciéndolo nuevamente con nuestra investigación la atención es

mayor en hombre que en mujeres, la prevalencia medida con BDI-II, tuvo promedio de  $13.30 \pm 12.2$ , de las categorías correspondientes a los puntajes obtenidos se observó 59% de los casos con depresión mínima, 13.1% con depresión leve, 16.4% depresión moderada y 11.5% depresión severa, de la adhesión auto-reportada Terapia antirretroviral (TAR), medida de forma dicotómica mostró 30.3% de sujetos óptimamente adherentes y 68.0% no adherentes según este análisis demostró que personas con depresión moderada o severa tienen probabilidad de tres veces superior de ser no adherentes que los pacientes con depresión mínima o leve.<sup>1</sup> Datos que no distan de nuestro análisis obtenido ya que en nuestro estudio de igual forma se encontró mayor prevalencia de no adherencia al tratamiento en personas con depresión moderada y severa lo que nos reportó en cuanto a depresión moderada 10 personas que correspondieron al 90.9% y 17 personas de depresión severa con un 100% correspondiente a la no adherencia al tratamiento en este grupo de estudio, al comparar los datos de presión en general se observan porcentajes similares al de nuestra investigación donde encontramos depresión mínima en 9 (20%) personas y depresión severa en 17 (37.8%) personas estudiadas. En la revista chilena se encontró que la presencia de depresión mostró diferencia por sexo donde las mujeres tenían mayor severidad de depresión, la adhesión medida de forma dicotómica mostró el 30.3% de sujetos como óptimamente adherentes y 68% no adherentes observando que las mujeres son las menos adherentes.<sup>1</sup> Que al compararlo con nuestros resultados también encontramos mayor depresión por sexo en mujeres ya que un 42.9% presentaron depresión severa y solo un 36.8% presentaron depresión severa en hombres, sin embargo en relación con la adherencia por sexo se deja ver cierta diferencia ya que en el estudio chileno reportan menor adherencia en mujeres y en nuestro análisis se reporta mayor adherencia en mujeres con un 42.9% en comparación con el 28.9% de los hombres.

Otra revista de Salud Pública de Cali Colombia de la pontificia universidad javeriana de los autores María T Varela-Arévalo y Paula A. Hoyos Hernández, de 277 personas diagnosticadas de VIH/sida de 9 instituciones de salud de Cali el 57% eran mujeres y el 43% hombres, con edad promedio de 40.7 años, el 56% eran mayores de 40 años, la mayoría solteros, con nivel educativo de bachillerato o inferior, el 63% no fueron adherentes, en el análisis univariado se encontró relación con la edad, el estado

socioeconómico, el estado civil, se encontró nuevamente que personas menores de 40 años tienen menor oportunidad de no adherirse al tratamiento.<sup>3</sup> Estas variables que ya fueron comparadas con otros estudio solo por mencionar que de la misma forma hay relación con el análisis de nuestra investigación ya que se confirma que el nivel educativo también es de bachillerato o inferior a este y se refiere también en el contexto del estado civil con resultados similares.

El estudio de investigación realizado en Cuba de tipo transversal cuantitativo de la revista de salud pública, bajo el título de adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida, compuesto de 27 pacientes, este grupo se caracterizó por el predominio del sexo masculino con edad promedio de 34 años, el 71.4% parcialmente adherido, 4.8% totalmente adherido y el 23.8% no adherido, de ellos el 66.7% con la necesidad de apoyo social y el 90.5% de los pacientes percibió a la familia como principal fuente proveedora de apoyo.<sup>29</sup> En correlación con los resultados de nuestra investigación podemos observar también que la familia es un apoyo importante en la adherencia al tratamiento ya que si podemos observar el grado de disfuncionalidad está mejor relacionado con la no adherencia al tratamiento en nuestros resultados ya que de 16 (100%) familias en moderada disfunción todas resultaron ser no adherentes, así como también de las 11 (100%) familias en disfunción y/o disfunción severa todas fueron no adherentes en nuestros resultados obtenidos. Estos resultados los podemos comparar también en relación a la funcionalidad familiar con el artículo original nigeriano en el cual se asocia la depresión con la disfunción familiar en los pacientes con VIH/sida, mencionado en nuestro marco teórico reportó que en su investigación se encontró que del total de pacientes estudiados el 56.7% se reportaron con depresión mientras que el 43.3% no lo eran, y que fuera de los deprimidos el 44.1% tenían familia gravemente disfuncional, mientras que el 28.2% tenían familia disfuncional moderada, sin embargo el 27.6% tenían familia altamente funcional.<sup>5</sup> Por lo que podemos notar que la funcionalidad familiar tiene una implicación importante en el seguimiento del paciente con VIH.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos de este estudio podemos concluir que el sexo masculino tiene la mayor parte de atención con 38 (85%) de los casos, la edad de presentación del diagnóstico es prácticamente muy temprana ya que la edad promedio es de 32 años, además se deja ver que el 50% de los pacientes no sobrepasan los 29 años, en relación a la depresión las mujeres cursan con un grado de depresión severo ya que representan el 42.9% (3), concluimos que de igual forma hay un alto porcentaje de depresión en los pacientes con VIH ya que el porcentaje total de depresión encontrada fue del 80%, una cifra considerablemente alta en proporción de los participantes estudiados, el grupo más afectado en cuanto a nivel de escolaridad predominan en el profesional y el medio superior con el 31.1% y el 28.9% respectivamente, respecto a la correlación del nivel educativo con la depresión se encuentra que en el grupo sin nivel alguno de escolaridad no se presenta depresión contrario a los que tienen un nivel educativo profesional, ya que en el 100% de las personas sin estudios no se observó depresión alguna, de igual forma podemos concluir que hay mayor número de pacientes con VIH en estados de solteros y unión libre, en referencia a la depresión y la adherencia se observa menor adherencia en pacientes con depresión de moderada a severa por lo que concluimos que a mayor grado de depresión mayor es la no adherencia al tratamiento, en cuanto a la asociación de la depresión con la funcionalidad familiar podemos ver que hay una fuerte asociación con la función de la familiar ya que podemos concluir que si una familia es funcional hay buena adherencia al tratamiento por lo que podemos concluir que la familia es de mayor importancia que la depresión para una buena adherencia al tratamiento de acuerdo a nuestros resultados, en ambos sexos predomina la no adherencia al tratamiento, siendo mayor en hombres que en mujeres, en cuanto a la funcionalidad familiar tema de interés en esta investigación se puede ver que predomina la disfuncionalidad familiar, la mayor proporción de grado de disfuncionalidad familiar lo representa la disfunción moderada. Por lo anterior podemos concluir que la funcionalidad familiar y depresión juegan un papel preponderante en la adherencia al tratamiento, por lo que si tomáramos en cuenta estos aspectos de una manera integral, mejoraríamos en gran medida la evolución y pronóstico de los pacientes con VIH.

## **RECOMENDACIONES.**

- 1.- Si a mayor depresión mayor es la no adherencia al tratamiento farmacológico se recomienda delinear estrategias efectivas que permitan intervenir en este contexto.
- 2.- Dar el seguimiento a la depresión no solo desde el punto de vista psicológico sino también desde el nivel farmacológico.
- 3.- Sensibilizar al gremio médico en la atención de la depresión
- 4.- Capacitar a los servidores de salud para realizar estrategias en el manejo especializado de los pacientes con VIH.
- 5.- Analizar la funcionalidad familiar de los pacientes con VIH, e intervenir en este contexto y así mejorar la adherencia al tratamiento.
- 6.- Investigar la depresión y la funcionalidad familiar de manera conjunta para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico del VIH
- 7.- Reforzar la educación sexual en la adolescencia para prevenir la infección por VIH en edades tempranas.
- 8.- Analizar el estado civil de la persona para reforzar la orientación sexual.
- 9.- Hacer comprender al paciente con VIH, como enfermedad crónica para mejorar la adherencia al tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela M, Galdames S, Depresión y adhesión anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el hospital san pablo de coquimbo, Chile. Rev. Chilena Infectol 2014 (5/07/15); 31(3) URL:<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000300011>. revinf@sochinf.cl
2. Sánchez Fernández M. D, Tomateo Torvisco D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. Rev. Neuropsiquiatra. 2014 (4/11/2014) 77 (2).
3. Varela Arévalo M, Hoyos Hernández P. A., la adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Rev. Salud Pública 2015 (4/09/2015) 17 (4) URL: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n438429> Mtvarela@javarianacali.edu.co
4. Hernández-Gómez A. J. et. Al., Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA, Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2013 (5/09/2015), 21(2)
5. Shittu R. O, et al. Article Family dysfunction among depressed HIV/AIDS patients on HAART, in a secondary health institution, in north central Nigeria, HIV & AIDS Review (2014); 6 (6).
6. Chertorivski Woldenberg S, Kuri Morales PA, Fajardo Dolci GE., Rosette Valencia I., González Roldán JF., Manual de procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, Septiembre 2012; URL: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) [www.dgepi.salud.gob.mx](http://www.dgepi.salud.gob.mx)
7. Lamotte Castillo JA., Infección por VIH/sida en el mundo actual (MEDISAN 2014), centro provisional epidemiología y microbiología, Santiago de Cuba, Julio 2014; 18 (7): 118-124.
8. Grandal Fustes M, Características clínicas, virológicas e inmunológicas de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en el área sanitaria de A Coruña en los últimos 10 años: evolución clínica y respuesta al tratamiento antirretroviral. [Maestría en Asistencia e Investigación Sanitaria]: Facultad De Ciencias De La Salud, Universidad De La Coruña Santiago de Cuba, Junio 2014: 11-14.
9. Servín Ruiz G, Orozco Olvera V, Nery Macías AM, Ma. Rivero Velasco MG, Meléndez Crespo A, García Robles AY, Margarita Aguilar E, et, Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH SSA segunda edición 2009, México DF, CONASIDA 2010 [www.salud.gob.mx/conasida](http://www.salud.gob.mx/conasida).
10. Brigitte Autran, Loannis Theodorou, Guislaine Carcelain, Infección por VIH y SIDA: nuevos datos, nuevas esperanzas, SCOR inFORM Editor; Paolo de Martin, Enero 2014; 4-5.

11. Francisco Armada, Pasqualina Curcio, Maryori Chavez, Sadry Guerra, Morales M. Guía de tratamiento antirretroviral de las personas que viven con el VIH/sida en Venezuela, Programa Nacional de Sida/ITS, quinta edición. 2014-2016; Caracas 2014; 15-16.
12. Chávez Rodríguez E, Castillo Moreno R, Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. Hospital Universitario Carlos M. De Cespedes., *Multimed* 2013; 17(4); 8.
13. García Rivera B, Maldonado Rodilla S, Ramírez Barón M, Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México, Universidad autónoma de Baja California México (*Summa psicológica* ust. 2014, Vol. 11 N°1,65-73); 66-67.
14. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto [Secretaría de Salud] México; centro nacional de excelencia tecnológica en salud IMSS 161-09; 2015 URL; [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)
15. Puello López DS, la depresión como el trastorno psicológico más frecuente en los adolescentes: *Pensando psicología*, universidad cooperativa de Colombia 2010, 136 6 (11).
16. Díaz Villa BA, González González C, Actualidades en Neurobiología de la Depresión: *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 106, 2012.
17. Heinze Martin G, Camacho Segura P., Guía clínica para el manejo de la depresión, Instituto nacional de psiquiatría, Ramón De La Fuente Muñiz, México 2010.
18. Wolff L C, Alvarado M R, Wolff R M, Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH, *Rev. Chil. Infect.* 2010; 27(1): 65-74.
19. Soto J, Cruz J, Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/sida, Universidad Autónoma de ciudad Juárez Chihuahua México 2014 [xjennx.11@hotmail.com](mailto:xjennx.11@hotmail.com)
20. Gamba JM, Hernández M, DE, Bayarre V, HD, Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola, *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2010; 26(1)4-13
21. Sánchez-Fernández M. D, Tomateo-Torvisco D, Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Rev. Neuropsiquiatric* 77 (2), 2014. 71-77.
22. Cuba M., Jurado A., Romero Z., Cuba M., características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el distrito de los olivos, lima. *Rev. Med Hered.* 2013; 24(12); 12-14

23. Cambambia JGA, et all, Perfil de las familias de pacientes con VIH/sida de una unidad de medicina familiar de Xalapa, México Archivos en Medicina Familiar. 2010; 12 (3): 77- 82.
24. Almazán AAM, Flores PMF, Narrativas familiares acerca del VIH en la era del acceso al tratamiento antirretroviral, Revista electrónica de Psicología Iztacala 2011 14(4); 248 – 267 [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)
25. Salinas CE, Nava GMG, Adherencia terapéutica, Enf Neurol (Méx) 2012: 11 (2); 102-104 <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
26. Hernández GAJ, et all, Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA Rev Enferm Inst Méx Seguro Soc 2013; 21 (2): 85 -90
27. Alave RJ, et all, Risk factors associated with virologic failure in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy at a public hospital in Peru, Rev Chilena Infectol. 2013; 30 (1) 42-48
28. García CI; Rodríguez DM, Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA Acta Universitaria, Universidad de Guanajuato, México., 2014; 24 (4), 3-4
29. Vilató F. L, Martín A. L, Pérez N. I., Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida, Rev. Cubana de Salud Pública 2015 41(4); 620-630 <http://scielo.sld.cu>
30. Arias C, Antonio J, Gutiérrez H, Felipe L, Impacto del VIH/Sida sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012 Rev Esp Salud Pública 2014: 88 (1); 87-101
31. Gutiérrez DAC, Santoro DP, et all, tipología valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo Rev Esp Salud Pública 2012: 86 (2);
32. Sagaró DCN, Gómez DM, Moraga RA, García MY, Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza, Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba. Medisan 2014 18 (8) 1138-1143
33. Informe mundial Informe de onusida sobre la epidemia mundial de sida 2012. +41 22 791 3666 [distribution@unaids.org](mailto:distribution@unaids.org) [unaids.org](http://unaids.org)
34. Informe mundial onusida, sobre la epidemia mundial de sida 2013 Copyright © 2013 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) Reservados todos los derechos Catalogación por la Biblioteca de la OMS Informe mundial: onusida, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013."ONUSIDA/JC2502/1/S" [27.distribution@unaids.org](mailto:27.distribution@unaids.org) [unaids.org](http://unaids.org)

35. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buela CG, Santiago ene. 2012 Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. Rev. méd. Chile 2012; 140 (1); 50-58 [inmate@igr.es](mailto:inmate@igr.es)
36. Izazola Licea J. A., Sucilla Pérez H, García de León Moreno C, Cerezo Díaz D, El VIH/sida en México 2012 D.R. © Secretaría de Salud Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA) Noviembre de 2012 fuente: CENSIDA/Secretaría de Salud 2012, El VIH/sida en México 2012 [www.censida.salud.gob.mx](http://www.censida.salud.gob.mx). 11-13.
37. Estrada J, Massiel Morán, Rodríguez O, Alcántar B, Características epidemiológicas de pacientes con VIH/Sida en el estado de Nayarit Waxapa 2 Año 2, Vol. 1, No. 2 Ene- Jun 2010; 23.
38. García Cedillo I; Rodríguez Delgado M, Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA Acta Universitaria, Universidad de Guanajuato, México., 2014; 24 (4), 3-14
39. La Jornada Guerrero. Lunes 2 de diciembre del 2013 Guerrero, en el lugar 11 de casos de sida en el país, alerta palo alto. C. Vargas H. Castro. [www.jornada.unam.mx](http://www.jornada.unam.mx)
40. Ley General de Salud (2007). Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud (2da. Ed.), México: Porrúa.

# ANEXOS

**ANEXO.**  
**CUESTIONARIO DE BECK**

**NOMBRE:**

---

**1. Tristeza.**

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo.**

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

**3. Sensación de fracaso**

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

**4. Insatisfacción**

- 0.-Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1.-No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2.-Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3.-Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

**5. culpa**

- 0. No me siento culpable
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
- 2. Me siento culpable en la mayoría de veces
- 3.- Me siento culpable constantemente

**6.- Expectativas de castigo**

- 0. No creo que esté siendo castigado
- 1. Siento que quizá esté siendo castigado
- 2. Espero ser castigado
- 3. Siento que estoy siendo castigado

**7. Auto desprecio**

- 0. No estoy descontento de mí mismo
- 1. Estoy a descontento de mí mismo
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo
- 3. Me detesto

**8. Autoacusación**

- 0. No me considero peor que cualquier otro
- 1. Me auto critico por mi debilidad o por mis errores
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

**9. Ideas suicidas**

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
- 1. A veces pienso en suicidarme pero no lo haré
- 2. Desearía poner fin a mi vida
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad

**10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

**11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

**12. Retirada social**

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás

**13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que Antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

**14. Cambios en la imagen corporal**

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer
3. Creo que tengo un aspecto horrible

**15. Enlentecimiento**

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

**16. Insomnio**

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

**17. Fatigabilidad**

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada

**18. Pérdida de apetito**

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito

**19. Pérdida de peso.**

- 0. No he perdido peso últimamente
- 1. He perdido más de 2 kilos
- 2. He perdido más de 4 kilos
- 3. He perdido más de 7 kilos

**20. Preocupaciones somáticas.**

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, mal estar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- 3. Estoy tan preocupado por las Enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

**21. Bajo nivel de energía.**

- 0. No he observado ningún cambio mi interés por el sexo
- 1. La relación sexual me atrae Menos que antes
- 2. Estoy mucho menos interesado por sexo que antes
- 3. He perdido totalmente el interés sexual

## ANEXO

### Instrumento de evaluación

#### I. Datos generales

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: I\_\_I 1:18-29, 2:30-39, 3: 40-49, 4:50-59, 5:>60 años

Sexo: I\_\_I 1: Masc., 2: Fem.

Escolaridad: I\_\_I 1: Analfabeta, 2: primaria, 3: secundaria, 4: preparatoria, 5: profesional

Estado Civil: I\_\_I 1: soltero, 2: casado, 3: viudo, 4: divorciado, 5: separados

Estatus Social: I\_\_I 1: baja, 2: Media, 3: alta

Tiempo del diagnóstico: I\_\_I menos de 5 años, I\_\_I 5-10 años, I\_\_I Mas de 10 años

#### II. Adherencia al tratamiento “CUESTIONARIO DE ADHERENCIA SMAQ

“(Simplified Medication Adherence Questionnaire): I\_\_I 1. Adherente 2. No adherente

Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4: si, 5: C, D o E, 6: más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación? :  **Si**  **No**

2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? :  **Si**  **No**

3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal? :  **Si**  **No**

4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? :  **Si**  **No**

5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis? :  **Si**  **No**

A: ninguna B: 1 - 2 C: 3 - 5 D: 6 - 10 E: más de 10

6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación? :  **Si**  **No**

**ANEXO.**

**III. Función familia “Cuestionario APGAR Familiar: I\_\_I**

**1: Disfuncional (0-3 puntos), 2: Moderada Disfunción (4-6 puntos),**

**3: Funcional (7-10 puntos).**

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

La que suscribe \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ años,

Representante legal de \_\_\_\_\_ con domicilio

en \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que contestar las preguntas solicitadas en la investigación con el título "ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE LA CIUDAD DE CHILPANCINGO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN."

Lo cual no tiene procedimiento invasivos por lo que no pone en peligro mi integridad.

Estoy debidamente enterada de que:

1. La información recabada será manejada de manera confidencial.
2. Puedo desistir en cualquier momento antes de contestar a las preguntas, y por esto no se me negarán los servicios médicos, ni otros servicios que otorgue la Secretaría de Salud.
3. La orientación consejería se me proporcionó en mi idioma \_\_\_\_\_ lo que me permitió aclarar mis dudas y temores.
4. Estoy consciente de que no se me ha prometido algún beneficio económico o material, ni personal, ni comunitario para aceptar responder este cuestionario.
5. No he recibido amenazas, ni he sido presionada u obligada para aceptar la participación.
6. Si aún persistieran algunas dudas sobre esta investigación, las puedo aclarar con el Dr. Pablo Alonso Alvarado al teléfono 736 100 16 89.

Firma del aceptante \_\_\_\_\_ Nombre completo y firma del personal que proporcionó la orientación y consejería.

PROFESIONAL \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_