



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL
HIDALGO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH,
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGÍA DEL
HGZMF NO. 1, IMSS, PACHUCA HIDALGO**

Número de registro SIRELCIS R-2021-1201-002

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. OMAR GONZÁLEZ QUEZADA

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL



ASESORES DE TESIS:

**DR. OMAR BARRAGÁN PELCASTRE
DR. BENJAMIN SÁNCHEZ ESPINOSA**

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
H G Z M F. No. 1

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2018 - 2021



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.


**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH,
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGÍA DEL
HGZMF NO. 1, IMSS, PACHUCA HIDALGO**


TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. OMAR GONZÁLEZ QUEZADA
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1

AUTORIZACIONES:



DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL




DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD



DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TÍTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL



ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
H G Z M F. No. 1

ASESORES DE TESIS



DR. OMAR BARRAGÁN PELCASTRE
Médico especialista en Epidemiología y Salud Pública,
HGZMF No.1



DR. BENJAMÍN SÁNCHEZ ESPINOSA
Médico especialista en Medicina interna y Enfermedades infecciosas.
HGZMF No.1

PACHUCA, HGO. 2021

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

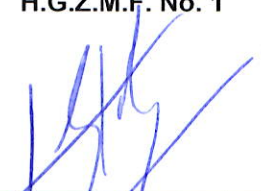
**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH,
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGÍA DEL
HGZMF NO. 1, IMSS, PACHUCA HIDALGO**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. OMAR GONZÁLEZ QUEZADA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TITULAR CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.Z.M.F. No. 1



SECRETARIO DEL JURADO
DRA. ALICIA CEJA ALADRO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HGZMF N° 1



VOCAL DEL JURADO
DR. JESUS MARTÍNEZ ANGELES
COORDINADOR CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 32 IMSS PACHUCA HIDALGO

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH,
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGÍA DEL
HGZMF NO. 1, IMSS, PACHUCA HIDALGO**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. OMAR GONZÁLEZ QUEZADA

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1201**.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 13 048 032

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 13 CEI 001 2018041**

FECHA **Miércoles, 06 de enero de 2021**

Mtro. Omar Barragán Pelcastre

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH, ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGÍA DEL HGZMF NO. 1, IMSS, PACHUCA HIDALGO**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**

Número de Registro Institucional

R-2021-1201-002

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

OCTAVIO CONTRERAS VALDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Impreso en

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dedicar y agradecer este gran logro de manera muy especial a mi núcleo familiar empezando por mis padres por todo el compromiso y esfuerzo que pusieron para impulsarme a lograr mis metas quienes permanecieron conmigo en todo momento durante este largo camino.

También quiero dar mi agradecimiento sincero a mis asesores de Tesis por su invaluable apoyo y aportación para el desarrollo de este trabajo.

¡Muchas Gracias!

INDICE

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	9
II. RESUMEN	10
III. MARCO TEÓRICO	12
IV. JUSTIFICACIÓN	24
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
VI. HIPÓTESIS	27
VII. OBJETIVOS	27
VIII. MATERIAL Y MÉTODOS	28
DISEÑO DE ESTUDIO	28
UNIVERSO DE TRABAJO	28
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	28
TAMAÑO DE LA MUESTRA	28
CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	30
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	32
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
IX. ASPECTOS ÉTICOS	33
X. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	38
XI. RESULTADOS	39
XII. DISCUSION	46
XIII. CONCLUSIONES	47
XIV. BIBLIOGRAFIA	48
XV. ANEXOS	54
Consentimiento informado	54
Instrumento de recolección de datos	55
Cronograma de actividades	57

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Asesor Metodológico:

Nombre: Dr. Omar Barragán Pelcastre
Especialidad: Médico especialista en Epidemiología y Salud Pública.
Adscripción: HGZ MF No.1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7713965014
Correo electrónico: omar.barragan@imss.gob.mx

Asesor Clínico:

Nombre: Dr. Benjamín Sánchez Espinosa
Especialidad: Médico especialista en Medicina interna y Enfermedades infecciosas.
Adscripción: HGZ MF No.1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7712089839
Correo electrónico: benjamin.sanchez@imss.gob.mx

Tesista:

Nombre: Omar González Quezada
Residente de la especialidad en medicina familiar.
Domicilio: Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 771 206 6903
Correo electrónico: omg_16@hotmail.com

II. RESUMEN

TITULO: “Prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de Infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo”

ANTECEDENTES: La infección por VIH está caracterizada por ser una enfermedad infecciosa y crónica, presentando diversas situaciones agravantes, condicionadas por las respuestas psicosociales que provienen tanto del enfermo como de su entorno. Respuestas que desencadenan pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza los cuales derivan en trastornos depresivos.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de Infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, observacional, descriptivo y prolectivo. Previa autorización por los comités de ética e investigación, se aplicó el instrumento de investigación (test de Beck) a 92 pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en la consulta externa de Infectología del HGZMF No. 1, Pachuca, Hidalgo. Se calcularon medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (desviación estándar), así como porcentajes y cifras absolutas. Para la asociación estadística se utilizó la prueba estadística “ji cuadrada”.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Se utilizó material de oficina. Los recursos humanos fueron: un tesista así como asesores clínico y metodológico. Los gastos fueron cubiertos por los investigadores participantes.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Amplia y reconocida experiencia de los asesores, al igual que un tesista médico residente en medicina familiar con experiencia en el tema.

RESULTADOS: El promedio de edad fue de 35 ± 10.2 años. El 92.4% (n=85) eran hombres y solo el 7.6% (n= 7) mujeres. Se observó que el 39.1% eran profesionistas, el 25% habían terminado la preparatoria y el 18.5% la secundaria, el 75% de la muestra eran solteros, el 17.8% casado y el 4.4% vivían en unión libre. La prevalencia para depresión en nuestra población fue del 23.9%, observando una mayor proporción depresión leve (12%) y depresión grave (7.6%).

DISCUSIÓN: En nuestro estudio se pudo identificar que existe una mayor proporción de depresión en aquellos pacientes con escolaridad superior (posgrado) lo cual podría asociarse con una mayor comprensión de la enfermedad. De igual forma pudimos observar que existe una mayor tendencia para los grados de depresivos en pacientes con orientación sexual homosexual posiblemente debido al estigma social y cultural implícito.

Nuestro estudio es de gran utilidad para sentar las bases de la prevalencia de depresión en pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No1, Pachuca, Hgo., y en un futuro será necesario investigar su correlación entre religión, apoyo familiar, tiempo de evolución de la enfermedad y el modo de transmisión, lo cual podría ampliar el panorama sobre el estatus psicosocial de los derechohabientes con VIH atendidos en nuestra institución.

CONCLUSIONES: La prevalencia de depresión encontrada en los pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de infectología fue de 23.9%, cifra que se asemeja a lo reportado por otros autores y que corrobora nuestra hipótesis de trabajo.

En nuestra población, los factores sociodemográficos como el sexo específicamente ser hombre y tener una escolaridad superior ocuparon mayor proporción entre los pacientes con estados depresivos. Así mismo, la orientación sexual encaminada a la homosexualidad fue la que más tendencia tuvo en cuanto a la depresión leve y moderada, a pesar de no haber encontrado asociación estadísticamente significativa entre estos factores y la población de estudio.

III. MARCO TEÓRICO

La depresión es el trastorno neuro-psiquiátrico más común que se presenta en los pacientes que viven con VIH y ocurre en básicamente todas las fases de la infección. Su diagnóstico en este tipo de pacientes conlleva todo un reto para el personal de salud debido a los factores físicos, biológicos y psicosociales presentes durante el curso de la enfermedad así como al estigma que la acompaña. El VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) afecta directamente al sistema nervioso central provocando cambios cognitivos, de comportamiento así como de percepción.

La depresión es reconocida como un factor clínico negativo la cual condiciona una reducción en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV); a la capacidad de acceder a la atención médica; al incremento de otras infecciones de transmisión sexual y al aumento de comportamientos de alto riesgo. El trastorno depresivo mayor varía del 16,2 al 36% entre los pacientes que viven con VIH, documentado en publicaciones realizadas en EE. UU. ⁽¹⁾

De acuerdo con las últimas estadísticas a nivel mundial, en 2019 se reportaron 38 millones de personas diagnosticadas con VIH, 1.7 millones de casos nuevos, 690,000 defunciones por SIDA (síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida), 81% de las personas que viven con VIH conocen su estado serológico de las cuales alrededor del 82% tienen acceso a tratamiento médico. ⁽²⁾

En México existen 179,640 casos notificados de personas que viven con VIH. Al cierre de 2019 se reporta un total de 15,653 casos nuevos diagnosticados con VIH / SIDA en este último año y 4,720 defunciones por SIDA en 2017 presentando con esto una tasa de mortalidad de 3.82%. Personas que continúan registradas como seropositivas a VIH según sexo; México, 1984-2019: 73,597 (78.5%) hombres y 20,216 (21.5%) mujeres. Casos notificados que continúan registrados como seropositivos a VIH según estado de Residencia y Sexo; México, 1984-2019: Hidalgo presenta 939 hombres y 219 mujeres, con un total de 1,158 personas, con

una proporción de casos con respecto al total de 1.2%.⁽³⁾ El Instituto Mexicano del seguro social atiende 60 mil personas que viven con VIH.⁽⁴⁾

El VIH afecta el auto concepto, obligando a los pacientes a adaptar a una nueva realidad influenciada por múltiples factores como: la edad, el género, el estatus social, el apoyo familiar, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los auto esquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio y el control emocional.

La infección por el VIH se desarrolla en cuatro etapas:

- 1.- Infección primaria,
- 2.- Estadio clínicamente asintomático.
- 3.- Infección sintomática por VIH.
- 4.- Progresión a SIDA, asociada a una disminución gradual del recuento de células T-CD4.

Cada una de sus etapas tiene una duración y severidad diferentes de los síntomas. Así mismo una repercusión social y psicológica de diferente magnitud para cada una de las personas.⁽⁵⁾

RELEVANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO.

Las personas que viven con VIH tienen el doble de probabilidad de padecer depresión en comparación con la población general (aproximadamente 36%). El afrontamiento de la enfermedad depende íntimamente del autoestima, la edad y el tiempo de diagnóstico.⁽⁶⁾ Al prolongar una atención oportuna se repercute negativamente en la calidad de vida y de la salud, alterando la función inmune; a la progresión de la patología y a un mayor riesgo de mortalidad debido a que reduce la adherencia a la medicación antirretroviral, el fracaso virológico y por consecuencia al logro de objetivos terapéuticos establecidos conjuntamente entre profesionales de la salud y sus pacientes.⁽⁷⁾

La depresión como factor individual influye directamente en la toma de decisiones para el inicio de la terapia anti-retroviral, así como para el proceso de adaptación y su mantenimiento a través del tiempo; ya que este requiere un apego de más del 90%.⁽⁸⁾ Al no cumplir este propósito se presentará resistencia farmacológica afectando su eficacia, por lo cual es primordial establecer una red de apoyo social, iniciar tratamiento farmacológico en caso de ser necesario e implementar terapia cognitivo conductual con el fin de incrementar la adhesión al tratamiento.⁽⁹⁾

El diagnóstico oportuno, aunado a un tratamiento antidepresivo en este tipo de pacientes tiene efectos positivos para la evolución de la enfermedad y su adherencia al manejo antirretroviral, significando un verdadero reto para el personal de salud ya que en muchas ocasiones no se realiza un tamizaje enfocado a esta situación. En la actualidad solo el 20% de estos pacientes recibe algún medicamento psicotrópico del cual el 9% tiene un adecuado apego al mismo.⁽¹⁰⁾

Aunada a la falta de adherencia, que la propia medicación provoca como un efecto secundario, se presenta frustración y un inadecuado manejo de las emociones ante situaciones de estrés desencadenada por la baja tolerancia social a este grupo de personas.⁽¹¹⁾

El tratamiento contra el VIH supera los 178 mil pesos al año de acuerdo con el precio real que reportan los antirretrovirales, los pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social por un paciente tratado con Efavirenz y Truvada representa un gasto de 4 mil 370 y 10 mil 480 por cada fármaco, multiplicado por 12 meses arroja un total de 178 mil 200 pesos al año.⁽¹²⁾

Por lo que los factores psiquiátricos y psicosociales cobran importancia para la interrupción del tratamiento empleado como la depresión, la falta de redes de apoyo social y el abuso de sustancias; siendo que el tratamiento deficiente de la depresión puede llevar a un aumento en las tasas de conductas de alto riesgo, como el abuso de sustancias, conductas sexuales de alto riesgo, aumentando el peligro de adquirir

otras enfermedades sexuales, transmitiendo la infección por VIH. ⁽¹³⁾

Los médicos que asisten a pacientes que viven en estas condiciones deben evaluar los posibles signos de depresión mayor y remitir a los pacientes sintomáticos para una evaluación psiquiátrica cuando sea necesario el diagnóstico precoz y el tratamiento de la depresión contribuyen de manera positiva a mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes. ⁽¹⁴⁾

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN.

La Organización mundial de la salud define factor de riesgo como cualquier atributo, característica, exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión. ⁽¹⁵⁾

Existen múltiples condicionantes que llevan a las personas que viven con VIH a padecer depresión entre las cuales destacan: edades tempranas de diagnóstico, acoso escolar, mujeres en etapas tempranas de diagnóstico, antecedentes de depresión o padecimientos psiquiátricos, toxicomanías, así como grupos socialmente vulnerables como hombres homosexuales o personas transgénero. ⁽¹⁶⁾

- **Sexo:** Las mujeres representan actualmente el 52% de los nuevos casos, se estima que ellas experimentan síntomas depresivos en comparación con aquellas que no viven con VIH de la misma edad (19.4% vs. 4.8%). ⁽¹⁷⁾
- **Edad:** Se presenta en mayor proporción en edades tempranas así mismo con las edades avanzadas se incrementa el riesgo de depresión en una tasa más alta (20%) en comparación con los más jóvenes (12%). ⁽¹⁸⁾
- **Antecedentes de depresión mayor:** Existe evidencia que indica asociación entre los síntomas depresivos y el historial psiquiátrico en individuos que viven con VIH. ⁽¹⁹⁾

- **Orientación sexual:** Dentro del grupo de personas que viven con VIH, se observa una mayor incidencia de depresión en personas homosexuales / Bisexuales que en personas Heterosexuales. Los Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) también pueden enfrentar el estigma debido a la orientación sexual, lo que puede estar asociado con un menor acceso a los servicios de salud, el rechazo, un mayor uso de drogas y al trabajo sexual. Esta población presenta una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y suicidio que va de dos a cinco veces mayor que la probación general, así como un mayor uso de sustancias nocivas ⁽²⁰⁾
- **Toxicomanías:** Se ha demostrado una prevalencia de depresión entre las personas que viven con VIH y el antecedente de alcoholismo (17%) así como del abuso de drogas (12%).
- **Trastorno psiquiátrico:** se ha relacionado con la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral y el comportamiento sexual de riesgo facilitando la transmisión viral, aumentando el riesgo de infección y mortalidad de individuos. ⁽²¹⁾
- **Factores psicosociales:** Las personas que viven con VIH tienen oportunidades limitadas experimentando el estigma social después de haber sido expuesto como “positivo”, el temor a ser evitado o aislado después de ser percibido como inmoral o castigado por un comportamiento pecaminoso, disminuyendo el nivel de apoyo social percibido de la familia, amigos u otras personas, servicios comunitarios o de atención médica, lo que a su vez puede exacerbar los síntomas depresivos. ⁽²²⁾

ETIOPATOGENIA

En la actualidad existen diversas teorías que tratan de explicar el porqué de la depresión en los pacientes con VIH. Una de ellas es considerada en sí misma como

un factor de riesgo, el ser homosexual o consumidor de sustancias tóxicas y que la misma depresión predispone a estas personas a participar en actividades de alto riesgo. ⁽²³⁾

Otra teoría implica factores ambientales, incluido un estilo de vida diario estresante debido a la naturaleza deliberante de la enfermedad, personalidad evasiva, la necesidad de medicamentos de por vida que causan efectos adversos desagradables y el estigma social que resulta en el aislamiento del paciente. ⁽²⁴⁾

La última y probablemente la que tiene mayor sustento, se basa en los efectos directos del virus del VIH en las áreas corticales y subcorticales del cerebro que causan un estado inflamatorio y alteración en el sistema inmunológico. ⁽²⁵⁾

Resultados de estudios experimentales sugieren que el VIH per se y el estado pro inflamatorio e inmunitario asociado pueden desempeñar un papel importante en la depresión asociada al VIH. La proteína TAT es una de las múltiples proteínas relacionadas con el VIH asociadas con la neurotoxicidad. La disfunción inducida por TAT de los sistemas de dopamina y serotonina en áreas cerebrales corticolímbicas puede resultar en una función de recompensa deteriorada, lo que contribuye a los síntomas depresivos y al abuso de psicoestimulantes. Tanto la glicoproteína 120 (gp120) como las proteínas TAT administradas en el cerebro pueden inducir un comportamiento depresivo en modelos preclínicos con roedores de laboratorio, y pueden activar las células gliales, lo que contribuye a la propagación de la inflamación. Varias investigaciones se han centrado en los mecanismos potenciales que relacionan la depresión inducida por la inflamación con el metabolismo del triptófano, ya que una reducción en la biodisponibilidad del mismo, podría afectar la neurotransmisión serotoninérgica en el cerebro, lo que lleva a síntomas depresivos; estos estudios han demostrado que las citoquinas pro inflamatorias interleucina (IL) - 1 β , factor de necrosis tumoral (TNF)- α , interferón (IFN)- γ , lipopolisacárido (LPS), son capaces de activar la enzima Indoleamina 2,3-dioxigenasa (IDO), una enzima degradante que oxida triptófano a N-formil-quinurenina. ⁽²⁶⁾

La enzima indoleamina 2,3-dioxigenasa (IDO) puede desempeñar un papel importante para el mecanismo de la depresión. En primer lugar porque la activación de IDO conduce a niveles reducidos de triptófano (5-HT), el precursor de la serotonina. En segundo lugar, los metabolitos de N-formil-quinurenina, como la 3-hidroxi-quinurenina (3-OH-KYN) y el ácido quinolínico (QUIN) tienen efectos tóxicos sobre la función cerebral. El 3-OH-KYN puede producir estrés oxidativo al aumentar la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS), y QUIN puede producir una sobre estimulación de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) del hipocampo, lo que conduce a la apoptosis y la atrofia del hipocampo. Tanto la sobreproducción de ROS como la atrofia del hipocampo causada por la sobre estimulación de NMDA se han asociado con la depresión. ⁽²⁷⁾

MECANISMO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN MAYOR.

La depresión se ha relacionado previamente como un factor de riesgo para el deterioro neurocognitivo en la población general, puede ser difícil distinguirla de la apatía así como los síntomas relacionados, haciendo que la sintomatología sea imprecisa por lo que es importante establecer criterios claros de depresión mayor en estos pacientes. ⁽²⁸⁾

El modelo cognitivo del teórico Beck, describe en tres conceptos específicos el mecanismo psicológico de la depresión mayor:

1. Concepto de la triada cognitiva:

Estructura compuesta por tres procesos cognitivos en la cual el paciente adquiere una percepción de sí mismo, de su futuro y de sus experiencias de una forma negativa.

2. Organización estructural del pensamiento depresivo:

Este punto dilucida el tipo de pensamiento que una persona utiliza frente a las diversas situaciones en las que se puede ver envuelto, manteniéndose en

un estado depresivo cayendo continuamente en un estado de desolación y tristeza.

3. Errores en el procesamiento de la información:

En este apartado se hace referencia a la reafirmación negativa que continuamente el paciente tiene sobre sí mismo y sobre su entorno a pesar de contar con aspectos positivos en su vida. ⁽²⁹⁾

El test de Beck (BDI-II) creada por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, con fecha de publicación del test original en 1996; es una herramienta confiable que se utiliza para el diagnóstico de depresión. Consiste en un autoinforme de 21 preguntas tipo Likert, las puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión, para la detección de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. En México la versión estandarizada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela 1998, compuesto por 2 factores: un cognitivo, un somático, más un factor denominado de depresión general el primero integra 12 de los 14 ítems, mientras el segundo factor integra los 5 de los 7 ítems, ambos alcanzan un alfa de Cronbach entre 0.89 y 0.93. ⁽³⁰⁾

Abarca síntomas de tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos de suicidio, deseos del mismo; estos correspondientes al manual DSM IV y Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, requiere de 5-10 min, se puede aplicar de manera individual o colectiva, cubren un marco temporal de las últimas 2 semanas, incluido el día de hoy, cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el patrón de apetito) que tienen 7 categorías, si la persona toma varias categorías se tomara la categoría que corresponda a la más alta, las puntuaciones mínima y máxima en test son de 0 y 63, se han establecido puntos de

corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13 mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión grave. ⁽³¹⁾

Se han efectuado diversos estudios que miden la depresión mediante el test de Beck en pacientes con VIH:

1. En Colombia durante el 2015 se efectuó un estudio para identificar indicadores de depresión y factores asociados en un grupo de personas viviendo con VIH/SIDA, de tipo transversal a 70 adultos diagnosticados con VIH quienes se encontraban en tratamiento a través del cuestionario de Beck, el cuestionario MOS de apoyo social y una encuesta sobre información sociodemográfica, aspectos familiares y de salud con los siguientes resultados; el promedio de edad se ubicó en 38, 2 años, 64.5% fueron hombres, 44.9% mujeres, 30% puntuó niveles moderados o graves de depresión. El tener relación de pareja actuó como factor protector de la depresión: por cada paciente con relación de pareja y niveles moderados o graves de depresión, había 6 separados o viudos, tener niveles altos o moderados de ansiedad estuvo asociado con la depresión, concluyendo que la depresión puede afectar con frecuencia a las personas con VIH, contar con una relación de pareja podría favorecer el estado de ánimo en estos pacientes probablemente porque es una fuente de apoyo social. ⁽³²⁾
2. En México el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante el 2005 se aplicó una investigación a 100 pacientes con VIH/SIDA; 37 mujeres y 63 varones, en un rango de 18 y 70 con una media de edad 39.55 años, los instrumentos fueron el test de Beck, Ansiedad del estado-Rasgo (STAI) y el inventario de expresión de ira Estado-Rasgo (STAXI-2) con un diseño de estudio ex post facto retrospectivo, encontrándose: mayores niveles de ansiedad en el grupo con un nivel de carga medio, mayores niveles de ira en el grupo asintomático, la mayoría de los varones mostraron niveles

de depresión leve, moderada y grave, en contraste de la mujeres quienes no mostraron rasgos de esta. ⁽³³⁾

3. En Ciudad Juárez en el año 2014 se efectuó una investigación analítica de tipo transversal descriptiva realizada en el centro ambulatorio de prevención y atención de SIDA e ITS (CAPASITS) en la que se estudiaron 252 pacientes, la prevalencia en la depresión encontrada en esta investigación fue de 20.6%. 9.9% fue leve, 6.7% moderada y el 4% fue grave. ⁽³⁴⁾

ENFOQUE TERAPÉUTICO

Los trastornos depresivos son cíclicos, aproximadamente la mitad de los episodios depresivos se resuelven dentro de los primeros 12 meses sin tratamiento. Sin embargo, existe evidencia de que los tratamientos basados en el uso de antidepresivos y la psicoterapia son fundamentales para acelerar el tiempo de recuperación y por consiguiente reducción de la morbilidad por depresión mayor. ⁽³⁵⁾

Es importante tener en cuenta las posibles interacciones entre los fármacos antirretrovirales como los inhibidores de la proteasa (IP), los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI, por sus siglas en inglés) y los fármacos antidepresivos (**Tabla 1**); los IP así como los NNRTI se metabolizan principalmente a través del sistema enzimático hepático, P450 3A, y de manera secundaria a través de P450 2D6, interactuando con medicamentos que también se metabolizan mediante este sistema, como los antidepresivos. ⁽³⁶⁾

Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) se consideran medicamentos de primera línea para el tratamiento de la Depresión en el VIH por su perfil de efectos secundarios más favorable en comparación con los antidepresivos tricíclicos ⁽³⁷⁾

Sertralina, escitalopram y citalopram son considerados de primera elección. El

tratamiento con antidepresivos se inicia mejor con dosis más bajas y con una titulación más lenta en pacientes que viven con VIH para evitar complicaciones, especialmente en aquellos con enfermedad avanzada o regímenes de medicación complejos. ⁽³⁸⁾

Tabla 1. Acción y efectos adversos de los distintos grupos de antidepresivos.

Grupo	Mecanismo de acción	Fármacos	Efectos Adversos
ISRS	Inhibición de SERT	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram	Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial
IRSN	Inhibición de SERT y NAT	Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran	Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
IRND	Inhibición de NAT y DAT	Bupropión (anfebutamona)	Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial.
ISRN	Inhibición de NAT	Reboxetina, atomoxetina	Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual
AMT	Agonismo MT1/MT2	Agomelatina	Náusea, mareo, somnolencia, cefalea
A α 2	Antagonismo α -2	Mirtazapina	Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión
AIRS	Inhibición de SERT y antagonismo 5HT 2A/2C	Trazodona	Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, sedación, hipotensión
IMAO	Inhibición de MAO	Isocarboxazida, fenelzina, selegilina, tranilcipromina	Sequedad de boca, náuseas, diarrea o estreñimiento, cefalea, somnolencia, insomnio, hipotensión, disminución del deseo sexual, aumento de peso,

			parestesias
ATC	Inhibición de SERT y NAT	Amitriptilina, imipramina, desipramina	Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
MM	Inhibición de SERT, agonista 5-HT 1A/1B/1D, antagonista 5-HT7	Vortioxetina	Náusea, cefalea, mareo, boca seca

AIRS: antagonista de serotonina e inhibidor de recaptura de serotonina; AMT: agonista de receptores de melatonina; ATC: antidepresivo tricíclico; α_2 : antagonista de receptores α_2 de noradrenalina; DAT: transportador de dopamina; IRND: inhibidor de recaptura de noradrenalina y dopamina; IRSN: inhibidor de recaptura de serotonina y noradrenalina; ISRN: inhibidor selectivo de recaptura de noradrenalina; ISRS: inhibidor selectivo de recaptura de serotonina; MAO: monoaminoxidasa; MM: antidepresivo multimodal; MT: receptor de melatonina; NAT: transportador de noradrenalina; SERT: transportador de serotonina; 5HT: serotonina

Un coadyuvante del tratamiento farmacológico son las intervenciones psicoterapéuticas que pueden ofrecer una ventaja como la terapia cognitiva conductual para el manejo del estrés la cual parece ser particularmente efectiva para disminuir los síntomas depresivos. ⁽³⁹⁾

IV. JUSTIFICACIÓN

A pesar de todos los grandes esfuerzos y avances que se han obtenido en los últimos años, la infección por VIH sigue teniendo serias consecuencias sanitarias, demográficas y económicas no solo en México sino a nivel mundial.

En el 2019 México reportó 179,640 casos notificados de personas que viven con VIH. Mientras que en Hidalgo se reportan 939 hombres y 219 mujeres, con un total de 1,158 personas obteniendo una proporción de casos de 1.2% a nivel nacional.

Entre los factores individuales que afectan la adhesión al tratamiento antirretroviral, se ha destacado la presencia de trastornos depresivos, los cuales influyen en la toma de decisiones para iniciar y mantener el Tratamiento anti retro-viral (TARV). Condicionando una mala calidad de vida a mediano y largo plazo. En México se estima que la depresión se presenta en aproximadamente del 16 – 36% de los pacientes que viven con VIH, dependiendo del grupo poblacional.

Este estudio es crucial ya que podrá definir la prevalencia de depresión en personas que viven con VIH en el HGZMF No.1 IMSS Pachuca Hidalgo, esto con el fin de sentar las bases para mejorar la terapéutica empleada, optimizar la calidad de vida, evitar futuras complicaciones y disminuir los gastos en vano de este oneroso tratamiento.

Esta investigación es franqueable por la sencillez del acceso a los derechohabientes que viven con VIH atendidos en la consulta externa del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo además de que al ser un estudio observacional no representa un costo elevado para su realización.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el VIH forma parte de la realidad de todos los seres humanos. A nivel mundial, se reportaron 38 millones de personas diagnosticadas. En México existen 179,640 casos notificados. El estado de Hidalgo presenta un total de 1,158 personas, de las cuales 939 son hombres y 219 mujeres. El Instituto Mexicano del seguro social atiende un total de 60 mil personas a nivel nacional.

La infección por VIH está caracterizada por ser una enfermedad infecciosa y crónica, presentando diversas situaciones agravantes, condicionadas por las respuestas psicosociales que provienen tanto del enfermo como de su entorno. Es aquí cuando el estado mental y emocional se ve afectado, debido a que los pacientes deben lidiar con una serie de estresores socioculturales, económicos y psicológicos enfrentando cuestiones sumamente conflictivas, iniciando por el sentimiento de culpa y venganza contra sí mismo, y contra la persona que posiblemente lo contagió; tratos discriminatorios a nivel laboral, familiar, en el sistema de salud y en el sistema social. Síntomas que al agravarse pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza los cuales llevan a depresión.

La depresión es el principal trastorno psiquiátrico que aqueja a los pacientes que viven con VIH. En México se estima que el 16 – 36% de las personas la padece. Al ser comparada con la población no portadora refleja cifras con valores de tasas de hasta dos veces mayores.

Como médicos de primer nivel es prioritario establecer un diagnóstico oportuno de la depresión, así como investigar los factores psicosociales asociados en el transcurso de la enfermedad con el fin de crear redes de apoyo eficaces y una terapéutica integral, que abarque también el enfoque psicológico y emocional del paciente, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de infectología del HGZMF No.1, IMSS Pachuca, Hidalgo?

VI. HIPÓTESIS

La prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de Infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo, se encuentra dentro del 16 al 36% reportado en la literatura

HIPÓTESIS ALTERNA (Ha):

La prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de Infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo, se encuentra por abajo del 16 al 36% reportado en la literatura

HIPÓTESIS NULA (H0):

La prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de Infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo, se encuentra por arriba del 16 al 36% reportado en la literatura

VII. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el grado de depresión en los pacientes que viven con VIH.
2. Estimar el nivel de depresión por sexo de los pacientes que viven con VIH.
3. Establecer el perfil sociodemográfico de los pacientes que viven con VIH.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Transversal, Prolectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes derechohabientes de 18 a 80 años, ambos sexos con diagnóstico de VIH.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes derechohabientes del IMSS, de 18 a 80 años, ambos sexos, que viven con VIH y que acuden a la consulta externa de infectología del HGZMF No. 1 IMSS Pachuca Hidalgo, durante el periodo establecido del estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se obtuvo una muestra de 92 pacientes, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, con un nivel de confianza del 95%.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Pacientes derechohabientes del IMSS.
2. Pacientes diagnosticados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
3. Que acudan a la consulta externa de infectología del HGZ MF No.1 IMSS Pachuca Hidalgo en el periodo en que se realizará el estudio.
4. Pacientes que acepten voluntariamente participar en la investigación y que hayan firmado el consentimiento informado.
5. Con edad entre 18 a 80 años de edad.
6. Ambos sexos.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con deterioro neurológico.
2. Pacientes con trastorno neurológico mayor como Demencia, enfermedad de Alzheimer o esquizofrenia.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que deseen retirarse de la investigación.
2. Encuestas incompletas o ilegibles.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
HIV	VIH es la sigla correspondiente a "virus de la inmunodeficiencia humana". Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia" de la persona infectada.	Seroestatus (positivo / negativo): Término para referirse a la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en la sangre del paciente para el diagnóstico de la enfermedad por VIH. Un estatus seropositivo indica que la persona está infectada con el virus.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Seroestatus Positivo Seroestatus Negativo

VARIABLE DEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
DEPRESIÓN	Conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.	La CIE-10 clasifica la depresión dentro los trastornos del humor o afectivos divididas en 4 categorías – mínima, leve, moderada y grave. De acuerdo al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.	Cualitativa	Ordinal	Depresión mínima Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Grave

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Número de años vividos hasta el momento del registro.	Cuantitativa	Continua de Intervalo	18-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años 80 años
SEXO	Conjunto de las peculiaridades anatómicas internas y externas que caracterizan los individuos dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Características, fenotípicas del individuo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
ORIENTACIÓN SEXUAL	Patrón de atracción sexual, erótica, emocional y amorosa de una persona definida por su sexo.	Atracción sexual identificada y reconocida por el individuo al momento del registro.	Cualitativa	Nominal	1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual 4. Transexual 5. Pansexual
ESCOLARIDAD	Período de tiempo en que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Grado académico alcanzado por el individuo hasta el momento del registro.	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnica 6. Licenciatura 7. Maestría 8. Doctorado
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Se refiere al estado marital. Como el estado que cada individuo guarda con relación a las leyes de matrimonio del país.	Cualitativa	Nominal	1. Casado/a 2. Soltero/a 3. Unión libre 4. Divorciado/a 5. Separado/a 6. Viudo/a
OCUPACIÓN	Actividad diferenciada, condicionada y caracterizada por un conjunto articulado de funciones, tareas y operaciones, que constituyen las obligaciones atribuidas al trabajador, destinadas a la obtención de productos o prestación de servicios.	Actividad que realiza cotidianamente y que determina su sustento económico o la ausencia de este.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Jubilado • Desempleado • Profesionista
RELIGIÓN	Conjunto de creencias, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Se refiere a la creencia religiosa que suele profesar en el periodo en que se realiza el estudio.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Anglicana • Evangélica • Testigo de Jehová • Mormona • Otra

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el HGZMF No. 1 previa autorización por los comités de ética en investigación y de investigación en salud, se acudió al consultorio de infectología, para identificar a los pacientes que viven con HIV que acudían a consulta durante el periodo del estudio; sin distinción de sexo, mientras esperan consulta se les invito a pasar al área de medicina preventiva, contemplando medidas de distanciamiento social y cuidados de protección personal, con la finalidad de explicar detalladamente los objetivos de la investigación puntualizando el carácter voluntario y la confidencialidad. Una vez que aceptaron participar, se les solicito su consentimiento por escrito y se procedió a la aplicación del cuestionario “Inventario de Depresión de Beck-II”. Toda vez que se obtuvo el total de la muestra se procedió al vaciado de la información en una base de datos en Excel para su posterior análisis estadístico.

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se generó una base de datos en el software Microsoft Excel 2017 para la captura de datos, posteriormente la información se exporto y analizó con el paquete estadístico spss Statics 23. Se realizó estadística descriptiva; para las variables cualitativas se calcularon razones y proporciones y para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos). Se aplicó la prueba estadística “ji cuadrada” en donde el nivel de significancia establecida fue $p < 0.05$.

IX. ASPECTOS ÉTICOS

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)

Para la recolección de datos se aplicaron las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION EN SALUD

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Fracc. II. Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de

investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros,

INVESTIGACIÓN DE RIESGO MÍNIMO.

ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN

La información recabada en los documentos fuente fue de carácter confidencial (fue manejada mediante folios) y de uso exclusivo de los investigadores, fue ordenada, clasificada y será archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de dos años. Con base en el Art. 16 Fracción I de la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

LA DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adaptada por la 64ª asamblea general, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Introducción: El presente trabajo cumple con los criterios de la Ley de Helsinki en la última actualización.

1.- La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios

Principios generales

3.- La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4.- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5.- El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10.- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y

jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

11.- La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13.- Los grupos que están sobre presentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14.- El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15.- Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse

claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal

X. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos Humanos: Para la realización de este protocolo se contó con un asesor clínico especialista en Infectología, un asesor metodológico especialista en Epidemiología; ambos con amplia experiencia en el tema y que han participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista residente en medicina familiar Dr. Omar González Quezada con experiencia e interés en el tema.

Recursos Físicos: Infraestructura del HGZMF No. 1

Recursos Materiales: Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas, encuestas (Inventario de Depresión de Beck-II), paquete estadístico. Hojas blancas.

Recursos Financieros: Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

FACTIBILIDAD: Esta investigación fue franqueable por la sencillez del acceso a los derechohabientes que viven con VIH atendidos en la consulta externa de infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo además de que al ser un estudio observacional no represento un costo elevado para su realización.

XI. RESULTADOS

Se analizaron una total de 92 encuestas de derechohabientes con diagnóstico de VIH atendidos en el HGZMF No.1, Pachuca Hidalgo, con un rango de edad de 18 a 72 años y una media de 35 ± 10.2 años.

En cuanto a la distribución por sexo se identificó que el 92.4% (n=85) eran hombres y solo el 7.6% (n= 7) mujeres, como se puede observar en la ilustración 1. Se observó que el 39.1% eran profesionistas, el 25% habían terminado la preparatoria y el 18.5% la secundaria, ilustración 2.

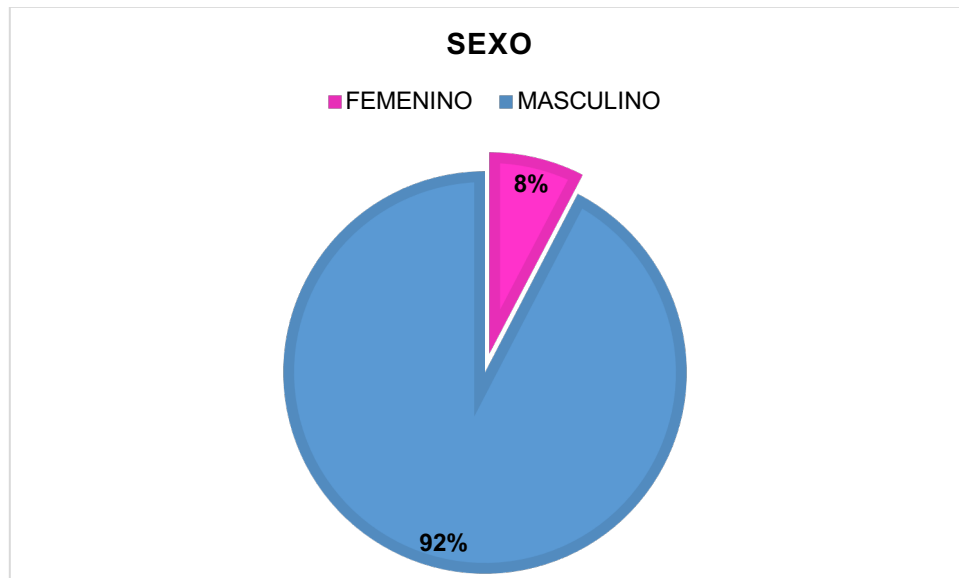


Ilustración 1. Clasificación por sexo de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

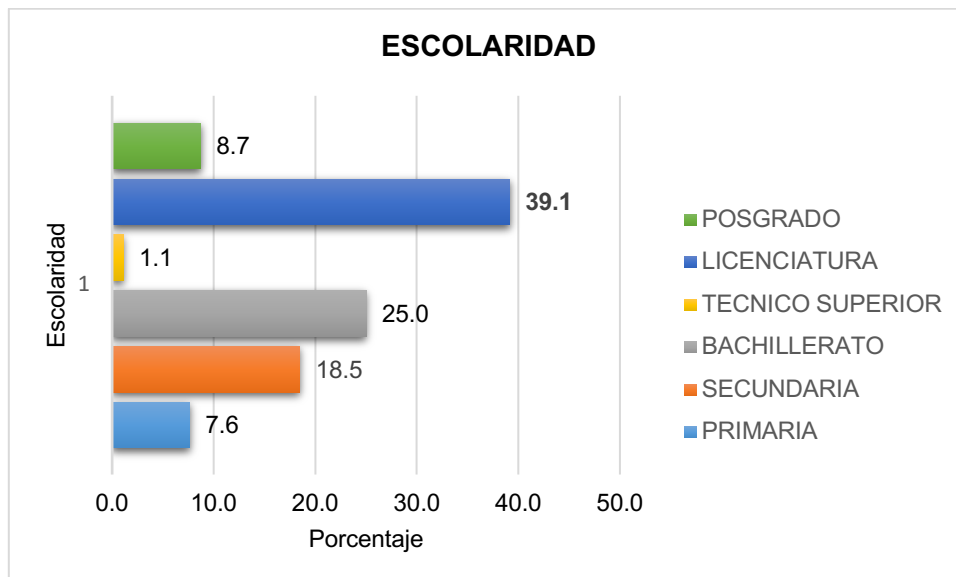


Ilustración 2. Escolaridad de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

En relación con el estado civil se pudo identificar que el 75% de la muestra eran solteros, el 17.8% casado y el 4.4% Vivian en unión libre, como se observa en la ilustración 3. Así mismo se identificó que el 46.7% se desempeñaban como empleados, el 39.4% eran profesionistas y el 9.8% tenían un empleo independiente, como se muestra en la ilustración 4.

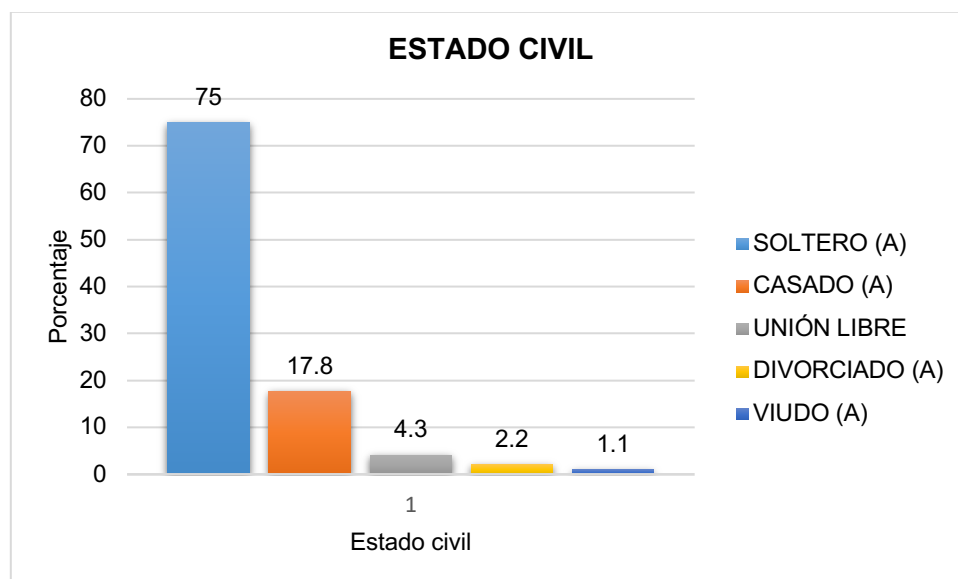


Ilustración 3. Estado civil de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

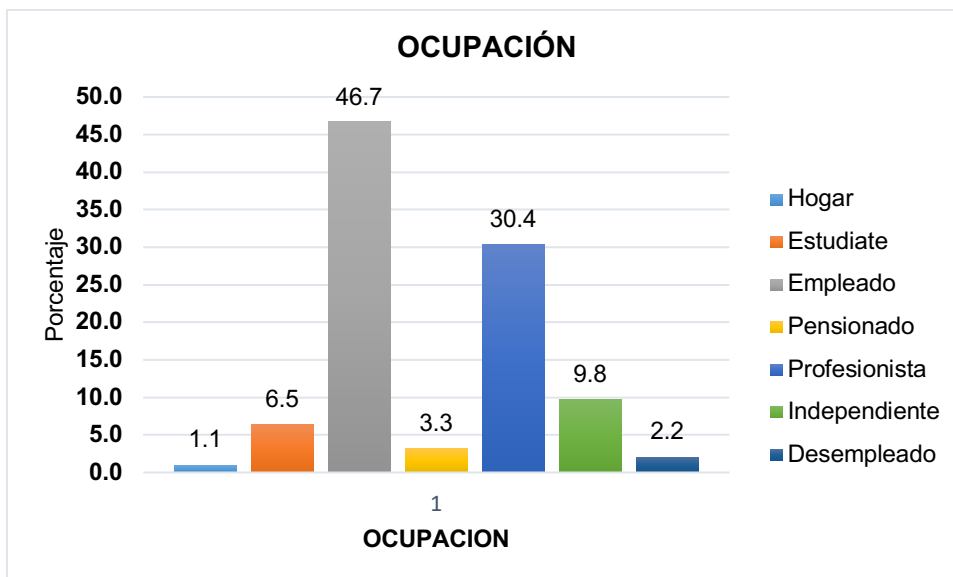


Ilustración 4. Ocupación de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

En lo que a la preferencia sexual respecta, pudimos identificar que el 72.2% (n= 67) tenía orientación a la homosexualidad, el 23.9% era heterosexual y solo un 3.3% bisexual. (Ilustración 5)

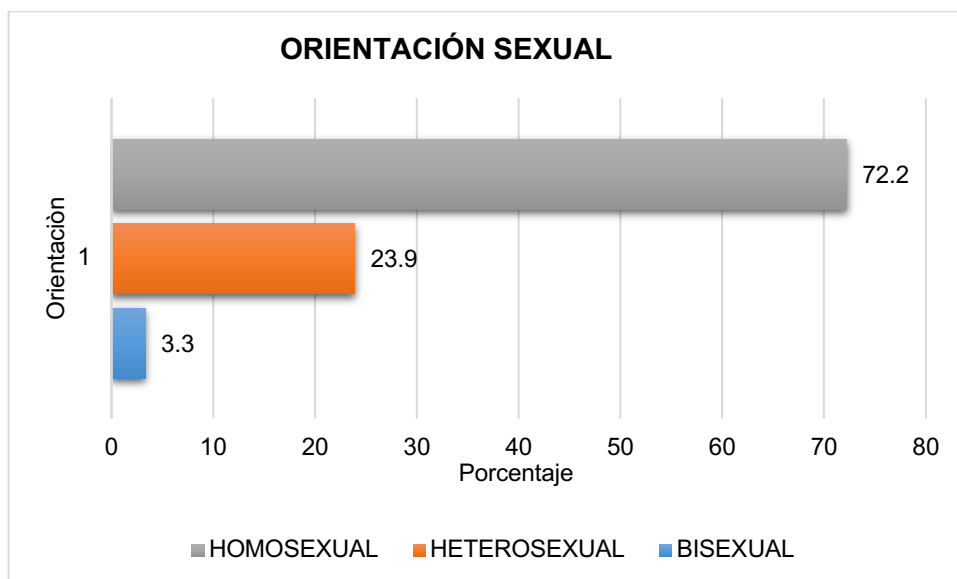


Ilustración 5. Orientación sexual de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

En nuestros hallazgos observamos que acuerdo con el puntaje arrojado por Inventario de Depresión de Beck-II, la prevalencia para depresión en nuestra población fue del 23.9%, como se puede observar en la ilustración 6. En este contexto, y de acuerdo con la escala de ponderación del instrumento utilizado se identificó una mayor proporción para la depresión leve (12%) y para la depresión grave (7.6%) como se observa en la ilustración 7.

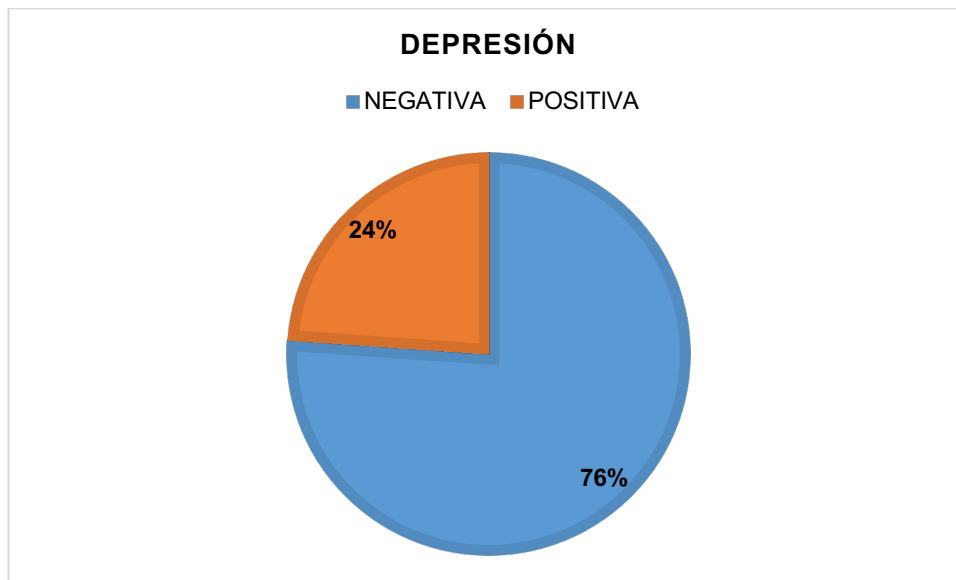


Ilustración 6. Prevalencia de depresión de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

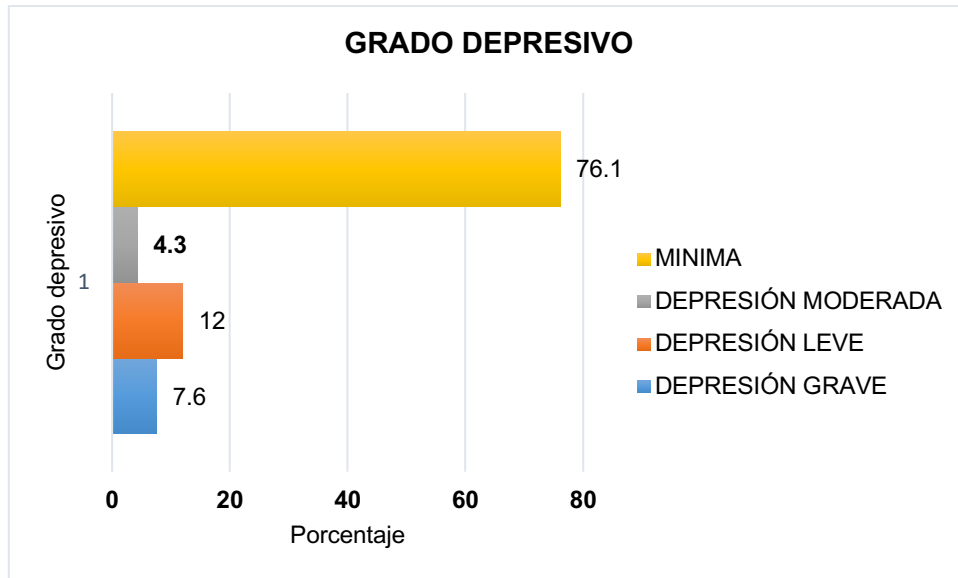


Ilustración 7. Grado depresivo de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

Se identificó que existe una mayor proporción de depresión para el sexo masculino (92.4%) respecto al femenino (7.6%), como se observa en la ilustración 8 Sin embargo, no se encontró asociación estadística entre ambas variables ($p=0.411$).

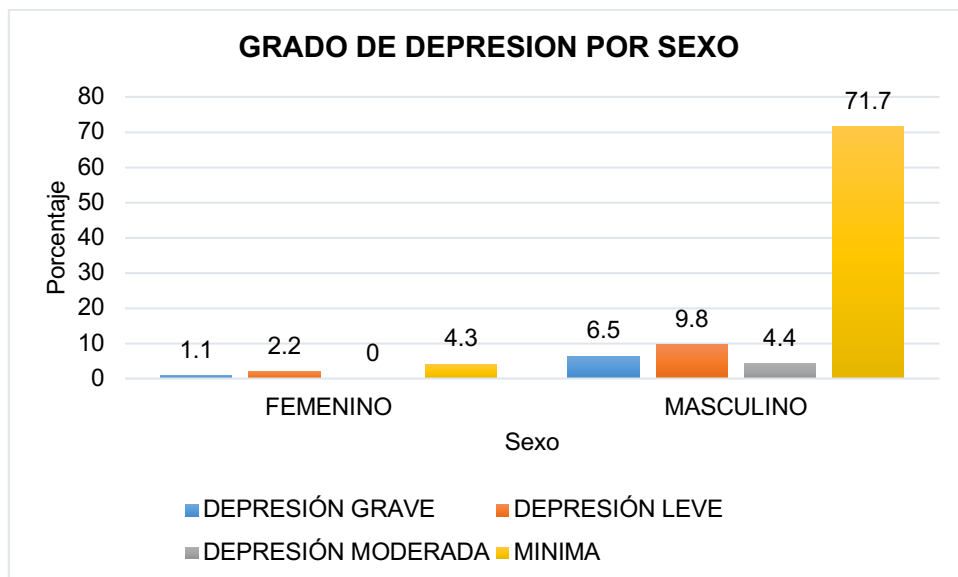


Ilustración 8. Grado depresivo por sexo de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

Así mismo se observa una mayor tendencia para los niveles depresivos en aquellos pacientes con orientación homosexual (depresión leve y grave en el 10% y 5% respectivamente) y en aquellos pacientes con mayor escolaridad como posgrado (depresión leve y moderada en el 6.5% y 2.2% respectivamente) como se observa en las ilustraciones 9 y 10.

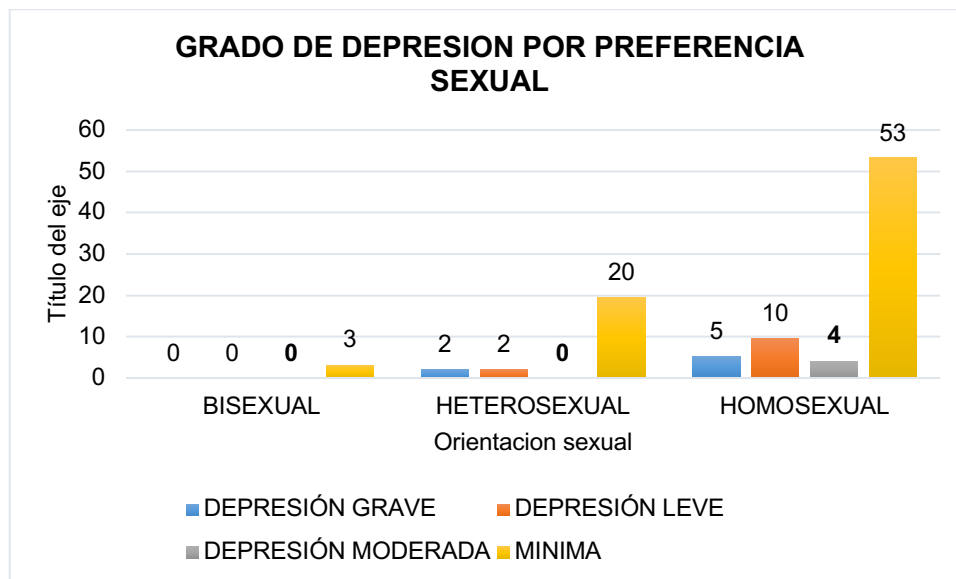


Ilustración 9. Grado depresivo por orientación sexual de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

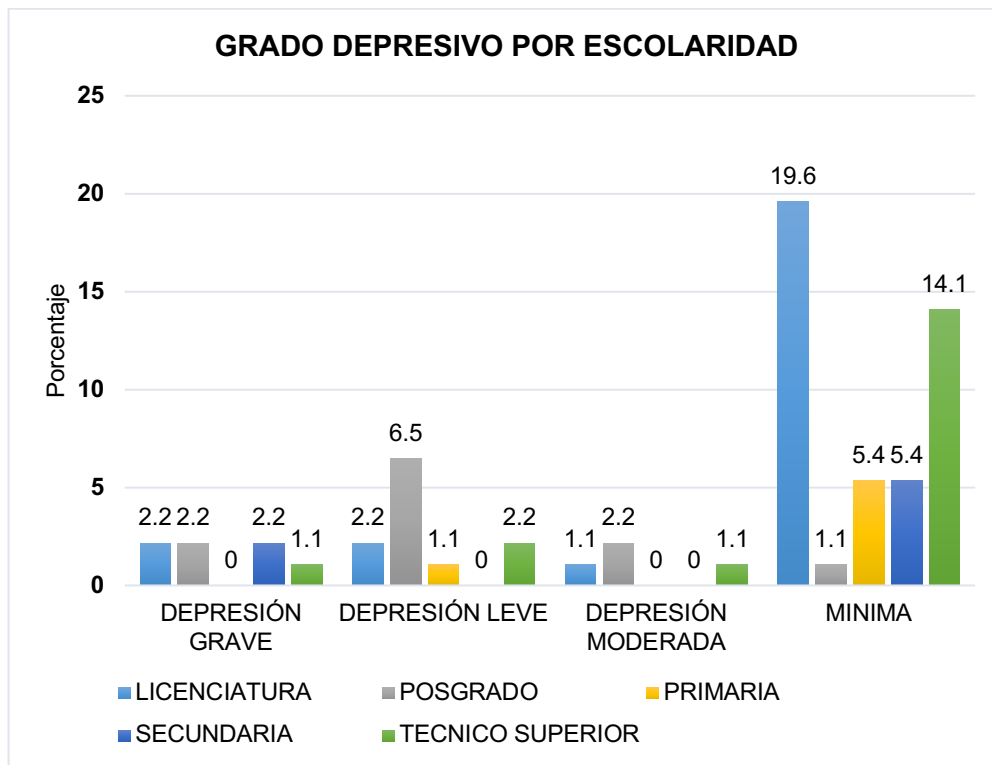


Ilustración 10. Grado depresivo por escolaridad de pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No. Pachuca, Hgo.

Al aplicar la prueba estadística ji cuadrada para la asociación entre el grado depresivo y las variables sociodemográficas, no se identificó asociación estadísticamente significativa con ninguna variable como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. – Tabla de contingencia asociación estadística para el grado depresivo presente en pacientes con VIH atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.	
VARIABLE	P valor
Sexo	NS (p= 0.411)
Estado civil	NS (p= 0.393)
Escolaridad	NS (p= 0.734)
Ocupación	NS (p= 0.649)
Orientación sexual	NS (p= 0.832)

XII. DISCUSION

Como es bien sabido el VIH es una enfermedad desgastante por su propio proceso biológico y la cual condiciona la calidad de vida de quien la padece. En este sentido se ha observado que con frecuencia existe cierta afectación en el emocional del paciente debido a la cantidad de estresores socioculturales, económicos y psicológicos a los cuales se ve enfrentado.

Se ha descrito que la depresión es una de las afectaciones psicológicas más frecuentes en este tipo de pacientes. De acuerdo con algunos autores como Jennifer Soto & Jocelyn Cruz la prevalencia de depresión encontrada en su estudio a pacientes con diagnóstico de VIH fue de 20.6% dato que se asemeja a la prevalencia encontrada en nuestra investigación (23.9%).⁽³⁴⁾

En nuestro estudio, se hallaron mayores proporciones de depresión en hombres al igual que lo reportado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz , en donde de igual manera se evidenció una mayor frecuencia de estados depresivos en el sexo masculino.⁽³³⁾ Así mismo se pudo identificar que nuestra media de edad encontrada (35 años) es ligeramente más baja a la reportada por otros estudios como el de Cardona Duque y cols., quienes reportan una media de edad de 38 años y a la reportada por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (39.5 años).^(32, 33)

Por otro lado y a pesar de que en nuestro estudio no se halló asociación estadística entre variables sociodemográficas como el estado civil, la escolaridad, la orientación sexual se pudo identificar que existe una mayor proporción de depresión en aquellos pacientes con escolaridad superior (posgrado) lo cual podría asociarse con una mayor comprensión sobre la enfermedad; ahora bien, se ha documentado que la orientación sexual es otro de los factores desencadenantes de los episodios depresivos debido al estigma social y en nuestros hallazgo pudimos observar que existe una mayor tendencia para los grados de depresivos en pacientes con orientación homosexual como lo describen algunos autores.^(7,9,11)

Finalmente es importante recalcar que, aunque los resultados de nuestro estudio son de gran utilidad para sentar las bases de la prevalencia de depresión en pacientes con VIH atendidos en el HGZMF No1, Pachuca, Hgo., se tuvieron algunas limitantes ya que no se incluyeron en nuestra cedula de recolección variables como la religión, si se cuenta o no con apoyo familiar, el tiempo de evolución de la enfermedad y el modo de transmisión, las cuales podrían ampliar el panorama sobre el estatus psicosocial de los derechohabientes con VIH atendidos en nuestra institución.

XIII. CONCLUSIONES

Como se ha podido observar y de acuerdo con nuestros hallazgos, la presencia de episodios depresivos en el paciente con VIH es frecuente y está asociada a factores tanto demográficos como socioculturales.

En nuestros hallazgos pudimos evidenciar que, en nuestra población, los factores sociodemográficos como el sexo en donde específicamente ser hombre y tener una escolaridad superior ocuparon las mayores proporciones entre los pacientes con estados depresivos. Así mismo, dentro de los factores psicosociales, la orientación sexual encaminada la homosexualidad fue la que más tendencia tuvo en cuanto a la depresión leve y moderada, a pesar de no haber encontrado asociación estadísticamente significativa entre estos factores y la población de estudio.

La prevalencia encontrada fue de 23.9%, cifra que se asemeja a lo reportado por otros autores y la cual nos permite finalizar aceptando nuestra hipótesis de trabajo, identificando que: “La prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de Infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo, se encuentra dentro del 16 al 36% reportado en la literatura.”

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Nanni M, Caruso R, Mitchell, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV Infected Patients: A Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0530-4>
2. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). FACT SHEET – GLOBAL AIDS UPDATE 2019. UNAIDS. 2109. Ginebra (Suiza). Sidibe M. [Consultado 14 Julio 2020]. Disponible: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
3. Dirección general epidemiológica. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do. trimestre del 2019. Gobierno de México. 2019. [Consultado 14 Julio 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Garantiza IMSS acceso a medicamentos antirretrovirales para su población derechohabiente con VIH. IMSS. 2019. Ciudad de México (México) [Consultado 14 Julio 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201907/223>
5. Department of health and human services. [Citado Enero 2019]. Disponible: <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/27/92/hiv-and-mental-health>
6. Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016; 34(1): 53.e1–53.e14. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.07.018>

7. Anguiano L, Uribe R, Pérez D. Correlación entre afrontamiento y autoestima en personas con VIH de la región de los ríos, Tabasco México. *ESJ*. 2017; 13 (18): 140–147. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n18p140>
8. Newcomb M, Bedoya A, Blashill J, Lerner J, O’Cleirigh, C, Pinkston M. Description and Demonstration of Cognitive Behavioral Therapy to Enhance Antiretroviral Therapy Adherence and Treat Depression in HIV-Infected Adults. *Cogn Behav Pract*. 2015; 22(4): 430–438. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.001>
9. McIntosh R, Hurwitz B, Antoni M, Gonzalez A, Seay J, Schneiderman N. Cognitive vulnerability for depression in HIV. *Ann Behav Med*. 2015; 49(3): 420–433. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623323/>
10. Bengtson A, Pence B, Gaynes B, Quinlivan B, Heine A, O’Donnell J. Improving depression among HIV-infected adults: transporting the effect of a depression treatment intervention to routine care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017; 73 (4), 482–488: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5085843/>
11. Kim, M. H., Mazenga, A. C., Yu, X., Devandra, A., Nguyen, C., Ahmed, S., et al. (2015). Factors associated with depression among adolescents living with HIV in Malawi. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0649-9>
12. Delgado R, Perez M, Julca N, Obregon G, Julca J. Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. *Av.Psicol*. 2017 ; 25(1): 59–71. <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/R.DELGADO.pdf>
13. Mendoza M. Hasta 178 mil pesos, costo del tratamiento contra VIH. *PUBLIMETRO*. 2019. <https://www.publimetro.com.mx/mx/economia/2016/11/30/178-mil-pesos-costo-tratamiento-vhi.html>
14. Magidson J, Seitz-Brown C, Safren S, Daughters S. Implementing behavioral activation and life-steps for depression and HIV medication adherence in a

- community health center. *Cogn Behav Pract.* 2014; 21(4): 386–403.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238929/>
15. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data - Risk factors. 2009. [Consultado 14 Julio 2020]. Disponible: https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/
 16. Humans Rights Campaing. Las personas Transgenero y el VIH. Lo que sabemos. 2020. [Consultado 14 Julio 2020]. Disponible: <https://www.hrc.org/resources/las-personas-transgenero-y-el-vih-lo-que-sabemos>
 17. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). UNAIDS. Cero discriminación relacionada con el VIH contra las mujeres y las niñas. 2019. Ginebra (Suiza). Sidibe M. [Consultado 14 Julio 2020]. Disponible: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/2020_ZeroDiscrimination_spotlight
 18. Zamudio A, Aguilar S, Avila J. Deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH/sida y síndrome de fragilidad. *Gac Med Mex.* 2017; 153 (5): 598-607. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76184>
 19. Rodkjaer L, Gabel C, Laursen T, Slot M, Leutscher P, Christensen N. Simple and practical screening approach to identify HIV-infected individuals with depression or at risk of developing depression. *HIV Med.* 2016; 17(10):749-757. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27186956>
 20. Caballero Suarez N.P., Rodríguez Estrada E., Candela Iglesias M., Reyes Terán G. Comparison of levels of anxiety and depression between women and men living with HIV of a Mexico City clinic. *Salud Mental.* 2017;40(1):15-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58249958003>
 21. Gardner, L. I., Marks, G., Shahani, L., Giordano, T. P., Wilson, T. E., Drainoni, M. L., et al. (2016). Assessing efficacy of a retention in care intervention among HIV patients with depression, anxiety, heavy alcohol consumption and

- illicit drug use. *Aids*, 30(7), 1111–1119.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26760454>
22. Breet E, Kagee A, Seedat S. HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: Does social support play a mediating or moderating role?. *AIDS Care*. 2014; 26(8):947-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666226>
23. Emadi-Kouchak H, Mohammadinejad P, Asadollahi-Amin A, Rasoulinejad M, Zeinoddini A, Yalda A. Therapeutic effects of minocycline on mild-to-moderate depression in HIV patients: A double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Int Clin Psychopharmacol*. 2016; 31 (1): 20-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26465919>
24. Cherenack EM, Sikkema KJ, Watt MH, Hansen NB, Wilson PA. Avoidant Coping Mediates the Relationship Between Self-Efficacy for HIV Disclosure and Depression Symptoms Among Men Who Have Sex with Men Newly Diagnosed with HIV. *AIDS Behav*. 2018 Oct; 22 (10): 3130-3140. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29372454>
25. Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. HIV infection and depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 69 (1), 96–109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24552630>
26. Kesby JP, Markou A, Semenova S. The effects of HIV-1 regulatory TAT protein expression on brain reward function, response to psychostimulants and delay-dependent memory in mice. *Neuropharmacology*. 2016 Oct; 109: 205-215. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27316905>
27. Chaves Filho A. J. M., Carvalho Lima C. N., Mendes Vasconcelos S. M., Freitas de Lucena D., Maes M., Macedo D. IDO chronic immune activation and tryptophan metabolic pathway: A potential pathophysiological link between depression and obesity (2018), *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 80 (2018) 234–249.
28. Tymchuk S, Gomez D, Koenig N, Gill M, Fujiwara E. Power C. Associations between Depressive Symptomatology and Neurocognitive Impairment in HIV/AIDS. *Can J Psychiatry*. 2018 May; 63(5):329-336.

29. Heckman T, Heckman D, Anderson T, Bianco J, Sutton M, Lovejoy T. Common Factors and Depressive Symptom Relief Trajectories in Group Teletherapy for Persons Ageing with HIV. *Clin Psychol Psychother.* 2017; 24(1): 139–148. <https://doi.org/10.1002/cpp.1989>
30. Beltrán M, Hernández L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Ter Psicol.* 2012; 30 (1): 5-13. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
31. Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II. COP. 2013. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
32. Cardona D, Medina O, Herrera S, Orozco P. Depression and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindio, Colombia, *Rev haban cienc méd.* 2015. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1208/1522>
33. Teva I, Paz M, Hernandez J, Buela G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA . *Salud Mental.* 2005; 28 (5): 40-49. <http://www.redalyc.org/pdf/582/58252806.pdf>
34. Soto J, Cruz J. Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Handbook -©ECORFAN.* 2014. <https://www.ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T-IV/ARTICULO%201.pdf>
35. Pence B, Gaynes B, Adams J, Thielman N, Heine A, Mugavero M. The effect of antidepressant treatment on HIV and depression outcomes: Results from a randomized trial. *Aids.* 2015; 29(15): 1975–1986. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000797>
36. Sin N, DiMatteo M. Depression Treatment Enhances Adherence to Antiretroviral Therapy: A Meta-Analysis. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24234601>
37. Perez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2017; 60 (5):

- 7-16. <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>
38. Slabbert, F.N., Harvey, B.H., Brink C, Lubbe M. The impact of HIV / AIDS on compliance with antidepressant treatment in major depressive disorder : A prospective study in a South African private healthcare cohort. *AIDS Res Ther.* 2015; 12: 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4397684/>
39. Kennard B, Brown L, Hawkins L, Risi A, Radcliffe J, Emslie G, et al. Development and implementation of health and wellness CBT for individuals with depression and HIV. *Cogn Behav Pract.* 2014 May;21(2):237-246. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24795524>

XV. ANEXOS

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)		
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH, ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGÍA DEL HGZMF NO. 1, IMSS, PACHUCA HIDALGO.		
Nombre del estudio:	NO APLICA	
Patrocinador externo (si aplica):	HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca, Hidalgo, a	
Lugar y fecha:	R-	
Número de registro institucional:	R-	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>JUSTIFICACION: La depresión es la enfermedad psicológica más frecuente que se presenta en las personas que viven con VIH. Afectar negativamente la calidad de vida e incluso lleva a una disminución en el cumplimiento del tratamiento.</p> <p>OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes que viven con VIH, atendidos en consulta externa de infectología del HGZMF No. 1, IMSS, Pachuca Hidalgo.</p>	
Procedimientos:	Su participación en la presente investigación consiste en contestar un cuestionario llamado "Inventario de Depresión de Beck-II", lo cual le llevará aproximadamente de 15 a 20 minutos, los datos obtenidos nos permitirán conocer la presencia de depresión.	
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera de riesgo mínimo, de acuerdo con la Ley General de Salud en materia de Investigación, ya que no conlleva ningún daño a su salud; sin embargo, algunas preguntas le pueden generar incomodidad. En caso de presentar dudas o alguna inquietud, podrá externarla al encuestador, quien le brindará apoyo en todo momento.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Su participación en la presente investigación es voluntaria y no recibirá pago por participar en ella; en caso de detectar algún grado de depresión (leve o moderada), se le agendará cita a la consulta externa de medicina familiar, para su valoración y manejo inmediato. En caso de detectar depresión severa se le acompañará al área de urgencias para recibir atención prioritaria y solicitar apoyo por parte de psiquiatría.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se compromete a proporcionarle información actualizada que se genere de la presente investigación, aunque esto influya en su permanencia en el estudio.	
Participación o retiro:	Su participación en la presente investigación es absolutamente voluntaria y conserva el derecho de no aceptar participar o retirarse en el momento que usted considere conveniente, sin que con ello se afecte la atención médica que se recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	
Privacidad y confidencialidad:	La información generada en la presente investigación será utilizada con fines científicos, puede publicarse la información, pero no sus datos personales, los cuales serán manejados con estricta confidencialidad, se le asignarán un número de folio para garantizar su privacidad.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigadora o Investigador Responsable:	Dr. Barragán Pelcastre Omar / HGZMF No. 1 / Matrícula: 99134457 / Teléfono 771 414 2907	
Colaboradores:	Dr. Sánchez Espinoza Benjamín / HGZMF No. 1 / Matrícula: 10981853 / Teléfono 771 143 5814 Dr. González Quezada Omar / HGZMF No. 1 / Matrícula: 98130635 / Teléfono 771 206 6903	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo CP 42088 Teléfono: 771 3 78 33 ó comunicarse con Dra. Alicia Ceja Aladro, Teléfono: 771 220 7844. Correo electrónico: alceal22@gmail.com		
_____ Nombre y firma del participante	_____ González Quezada Omar Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
Clave: 2810-009-013		

Instrumento de recolección de datos



CEDULA DE RECOLECCIÓN

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ Y MF No. 1 PACHUCA HIDALGO.



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH, ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA DE INFECTOLOGÍA
DEL HGZMF NO. 1, IMSS, PACHUCA HIDALGO.

CÉDULA DE RECOGIDA DE DATOS

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). FOLIO: _____
Nombre: _____ Estado civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Preferencia sexual: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas concluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el Apetito).

1. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Estoy triste todo el tiempo.
3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo.

0. No siento que estoy siendo castigado.
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica.

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas.

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2. Quería matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: Beck Depression Inventory (second edition)
Traducido y adaptado con permiso
1996, 1987 by Aaron T. Beck by the Psychological Corporation, USA
Todos los derechos reservados.
1. Adaptación: Lic. Maria Elena Brenlla

_____ Subtotal Página 1

Continúa atrás...

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). (...Continuación)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas concluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el Apetito).

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés.

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión.

0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización.

0. No siento que yo no sea valioso.
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

15. Pérdida de energía.

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3. No tengo suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño.

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

Puntuación:

0-13: Mínima Depresión

14-19: Depresión Leve

20-28: Depresión Moderada

29-63: Depresión Grave

17. Irritabilidad

0. No estoy más irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga.

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo.

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 1

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje Total

Cronograma de actividades

2020											2021	
MES	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb		
Planeación del proyecto												
Realizado												
Revisión, selección de la bibliografía												
Realizado												
Elaboración del protocolo												
Realizado												
Presentación al CLIES												
Realizado												
Realización de correcciones												
Realizado												
Recolección de información												
Realizado												
Análisis de los resultados												
Realizado												
Conclusiones												
Realizado												
Otras actividades												
Realizado												

	Actividad programada
	Actividad realizada