



## **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 “GABRIEL MANCERA”**

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS  
EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF  
No. 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS”**

### **TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. EDUARDO CORTES CRUZ**

ASESOR:

**DR. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2021-3703-021

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 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.

## AUTORIZACIÓN DE TESIS

Vo. Bo.

---

**Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez**

Directora de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

Vo. Bo.

---

**Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano**

Coordinadora Clínica de educación e investigación en Salud

Vo. Bo.

---

**Dr. José Humberto Rojas Velazquez**

Profesor titular de la Residencia Médica en Medicina Familiar

Vo. Bo.

---

Dr. Nazario Uriel Arellano Romero

Asesor de Tesis



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



#### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.  
UMED FAMILIAR NÚM 2:

Registro COFERIS 17 CI 00 017 017

Registro COMBOÉTICA CONBIOÉTICA 00 CEI 003 20190403

FECHA: LIMA, 05 de abril de 2021

M.E. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS** 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-021

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

Dr. PAULA AVÁLOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mi asesor Dr. Nazario Uriel Arellano Romero, que me ayudó cuando más lo necesitaba, por su tiempo, esfuerzo, dedicación, y confianza, por darme la oportunidad de aprender de usted, por estar ahí.

A mis padres y hermanos, siempre me han impulsado a seguir adelante, que forjaron mi carácter, inculcaron valores para ser quien ahora soy, que por creencia o carencia nunca me dieron las cosas en las manos, que me permitieron caer para después levantarme, por darme esa libertad de volar sin ellos, aunque siempre estén cerca y porque siempre han creído en mí.

A mis amigos por ser esa motivación para seguir, estar para ayudarme o simplemente acompañarnos, recorrer esta aventura que ha sido la residencia.

## ÍNDICE GENERAL

1. Introducción .....	2
2. Marco teórico.....	3
2.1 Historia del VIH .....	3
2.2VIH .....	4
2.3 Depresión.....	8
2.4 Apoyo social como factor asociado .....	12
2.5 Depresión en Comunidad Lesbico-Gay-Bisexual-Transexual (LGBT).....	13
2.6 VIH y adherencia terapéutica depresión .....	13
2.7 Depresión y VIH.....	15
2.8 VIH y relaciones sexuales de riesgo 17 .....	17
3. Justificación.....	19
4. Planteamiento del problema .....	20
5.Objetivos.....	21
5.1 Objetivo general.....	21
5.2 Objetivos específicos. ....	21
6. Hipótesis .....	22
7. Material y métodos .....	23
7.1 Diseño de estudio .....	23
7.2 Lugar del estudio .....	23
7.3 Duración del estudio.....	23

7.4 Fuente de información.....	23
7.5. Tipo de muestreo.....	23
7.6. Calculo del tamaño de muestra .....	23
7.7 Población del estudio .....	24
8. Criterios de selección.....	25
8.1 Criterios de inclusión:.....	25
8.2 Criterios de exclusión:.....	25
8.3 Criterios de eliminación.....	25
9. Variables de estudio .....	26
10. Análisis de datos.....	32
11. Descripción general del estudio .....	33
12. Aspectos éticos.....	34
13. Recursos.....	39
14. Maniobras para evitar sesgos.....	40
15. Trascendencia.....	41
16. Resultados.....	42
17. Tablas y gráficos.....	44
18. Análisis de resultados .....	52
19. Conclusiones.....	54
20. Bibliografía.....	55
21. Anexos .....	61



## ABREVIATURAS

- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- **ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
- **CENSIDA:** Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA
- **BDI:** Inventario de Depresión de Beck
- **CDC:** Centers for Disease Control and Prevention
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **HSH:** Hombre que tiene sexo con otro hombre
- **UMF:** Unidad de Medicina Familiar
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- **ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- **EUA:** Estados Unidos de América
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición
- **DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
- **ART/TAR:** Tratamiento antirretrovirales
- **EFV:** Efavirenz
- **AZT:** Zidovudina
- **ddl:** Didanosina
- **ddC:** Zalcitabina
- **IESM-OMS:** Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
- **ITRAN:** Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos
- **INSTI:** Inhibidor de la integrasa
- **ITRANN:** Inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido
- **IP/r:** Inhibidor de la proteasa reforzado

## RESUMEN

### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS

<sup>1</sup>Eduardo Cortes Cruz, <sup>2</sup>N. Uriel Arellano Romero, <sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 28. <sup>2</sup>Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 28

**Introducción:** ONUSIDA-CENSIDA refieren que durante el 2019 en México hubo aproximadamente 15 mil casos nuevos de VIH/SIDA, y una prevalencia de casi 180 mil casos. En donde el factor de riesgo más importante para contraer VIH son practicar relaciones sexuales sin preservativo. Estadísticamente los pacientes más afectados son los pertenecientes a la comunidad homosexual, personas transgénero, transexuales y trabajadores sexuales. La depresión en pacientes VIH+ se asocia a un mal apego terapéutico, altas tasas de resistencia a antirretrovirales e inadecuada respuesta a tratamiento, lo que genera mayores gastos hacia el sistema de salud por cobertura de complicaciones prevenibles.

**Objetivo general:** Se determinó la prevalencia de depresión y sus factores asociados en pacientes VIH positivo derechohabientes de la UMF No. 28 del IMSS

**Material y método:** estudio analítico transversal en 58 personas donde se evaluó la prevalencia de depresión y la asociación de factores asociados (variables sociodemográficas, apoyo social, adherencia terapéutica), a través de: estudio epidemiológico VIH/SIDA, inventario de depresión de Beck, escala MOS y escala MMAS-4. Se realizó un ANOVA para variables numéricas, mientras que para las variables categóricas se utilizó una  $X^2$ .

**Recursos materiales e infraestructura:** Instrumento de recolección de datos sociodemográficos, instrumento de medición de apoyo social, expediente clínico electrónico, impresora y hojas de papel, lápiz o pluma. Sala de espera y consultorios de Medicina Familiar de la UMF 28.

**Resultados:** La edad mínima de la población en estudio fue de 20 años, con una edad máxima de 70 años, con una media de 36.5 años; el recuento de CD4, tuvo un mínimo de 127, con un máximo de 1670, con un promedio de 629.23; La media de carga viral fue de 21588.89, con una mínima de 39 y una máxima de 804309.

**Conclusiones:** Ninguna de las variables descritas en la metodología, obtuvo una  $p < 0.05$ , por lo que no encontramos relación ni asociación entre las mismas con algún estado de depresión de los pacientes.

**Palabras clave:** prevalencia, depresión, VIH, relaciones sexuales sin condón, HSH, carga viral, CD4, adherencia terapéutica, apoyo social.

## **1.- INTRODUCCIÓN**

El VIH se descubre en la década de los 80s en Estados Unidos de América, siendo la comunidad homosexual, la más afectada. En México en el año de 1983 se diagnostican los primeros casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, en 1991 se descubre la eficacia de los antirretrovirales, y es hasta 1996 cuando el tratamiento se adquiere por medio del sistema de salud mexicano a nivel nacional, brindando a los enfermos una esperanza de vida mas prolongada. La enfermedad por VIH ataca principalmente el sistema inmune, siendo mas precisos las células con receptores CD4+, deteriorando y disminuyendo paulatinamente la inmunidad del huésped volviéndolo mas propenso a infecciones oportunistas y al desarrollo de varios tipos de neoplasias. En la actualidad, continúa siendo un problema de salud a nivel mundial, afectando de una forma llamativa a la comunidad LGBT, se han estudiado varios factores de riesgo por el cual las personas con VIH tienen un mal apego terapéutico, altas tasas de resistencia a antirretrovirales, asociación con conductas sexuales de riesgo y proclividad al uso de drogas; los cuales son principalmente depresión, ansiedad, estigma social, bajo apoyo social y discriminación, entre otros.

La depresión es un trastorno del estado de animo que se caracteriza por tristeza, anhedonia, alteraciones del sueño, fatiga, disminución de la libido, pudiendo llegar a una sintomatología grave en donde se ve arriesgado la vida del individuo por intentos de autolisis o llegar hasta el suicidio. La depresión tiene la cualidad de afectar directamente la historia natural de cualquier enfermedad, en este caso contribuye a que el paciente presente un mal apego terapéutico, lo que genera resistencia a antirretrovirales; además, prácticas sexuales de riesgo, como no usar condón, lo que aumenta la transmisión de la enfermedad. En estudios internacionales, la depresión en personas con VIH es mas frecuente que en la población en general, a nivel nacional existe muy poca información sobre este tema. Del cual, si se toman medidas suficientes e importantes para una adecuada pesquisa de depresión, se podría mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como mejorar el apego terapéutico y disminuir la transmisión del VIH.

## **2.-MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Historia del VIH**

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se descubrió en los años 80s en Estados Unidos de América (EUA) con la aparición de infecciones oportunistas en la comunidad homosexual, siendo aislado hasta 1984 por dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur [1].

En México, durante la misma década, se identificó el primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) en 1983 “había médicos que se negaban a atender a los enfermos, el personal de hospitales amenazaba con parar los servicios, los enfermos no eran admitidos en los departamentos de urgencias, y se complicaba incluso su transporte en ambulancia o en camilla” [2]. Los pacientes no solo cursaban con un padecimiento grave, sino que también sufrían de acoso social, violencia física, prejuicios y prohibición de servicios. La atención era otorgada principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). No había forma de detener la evolución de la enfermedad, así pues, en los hospitales que atendían a este tipo de pacientes se limitaban a tratar las enfermedades oportunistas y neoplasias, al no contar con un tratamiento eficaz contra la infección [2].

En 1991, la Zidovudina (AZT) formó parte de los primeros antirretrovirales que se distribuyeron a nivel mundial, en 1993 su distribuyó por todo el país y hasta 1995 se utilizó en combinación con otros medicamentos, como la Didanosina (ddI) y Zalcitabina (ddC). En 1996 se observaron extraordinarios resultados con el tratamiento antirretroviral (TAR), dando la oportunidad en México, de ser el primer país en vías de desarrollo en contar inmediatamente con el tratamiento para VIH [2].

## 2.2 VIH

El VIH es un lentivirus, de la familia retrovirus, con dos cepas, 1 y 2; contiene material genético ARN el cual puede transformarse en ADN por medio de una enzima transcriptasa inversa, lo que le da la cualidad de mutar fácilmente entre persona a persona, haciendo imposible hasta el día de hoy poder realizar algún tratamiento farmacológico o vacuna contra el mismo. El VIH tiene afinidad por células del sistema inmune principalmente T CD4, así como monocitos, macrófagos y células dendríticas principalmente [1].

Una vez que el virus entra al organismo, por vía sexual, sanguínea o vertical, las células con receptor CD4+ son infectadas disminuyendo su recuento paulatinamente llevando al paciente a un estado grave de inmunosupresión dando paso a agentes oportunistas para provocar infecciones, siendo estas últimas de las principales causas de muerte en personas con VIH, la historia natural de la enfermedad finaliza con SIDA [3].

El SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados del VIH donde existe presencia de alguna de las siguientes<sup>[4]</sup>: candidiasis esofágica, toxoplasmosis cerebral, criptococosis meníngea., sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgking, criptosporidiosis intestinal crónica, candidiasis esofágica, traqueal, bronquial, coccidioidomicosis extrapulmonar, criptosporidiosis intestinal crónica, cáncer cervicouterino invasivo, criptococosis crónica intestinal, citomegalovirus en la retina o el hígado, el bazo, ganglios linfáticos, encefalopatía por vih, herpes simple con ulcera mucocutánea, histoplasmosis: diseminada, extrapulmonar, isosporidiosis crónica, linfoma Burkitt's, inmunoblástico o tener un recuento de T CD4 menor a 200 células/mm<sup>3</sup> [5]. Dependiendo de cada persona, la infección por VIH puede evolucionar a SIDA de 2 a 15 años en dado caso de no ser tratado [6].

El cuadro clínico del VIH depende de la etapa en la que se encuentre el paciente, puede ir desde ser asintomático hasta presentar algún cuadro gripal inespecífico.

Mientras que el sistema inmune se debilita, puede presentar inflamación de ganglios, fiebre, tos, pérdida de peso, entre otros; en dado caso de no tener ningún tratamiento se presentan enfermedades graves como las ya mencionados anteriormente [4].

La evaluación inicial del paciente con VIH para establecer un TAR adecuado sigue los siguientes pasos:

- Historia clínica completa.
- Examen físico completo, incluyendo IMC, signos vitales y circunferencia de cintura.
- Laboratorios: ELISA, cuenta linfocitaria, carga viral, biometría hemática completa, química sanguínea, serología para Hepatitis A, B y C, citomegalovirus, toxoplasma, VDRL, PPD
- Evaluación cardiovascular incluyendo si cuenta o no con factores de riesgo cardiovasculares, como por ejemplo tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias.
- Infecciones de transmisión sexual agregadas.
- Evaluación de infecciones oportunistas.
- Valoración psicológica y neurológica.
- Esquema de vacunación incluyendo Hepatitis A, B, influenza y neumococo.
- En mujeres citología cervical y colposcopia [7].

El TAR reduce la mortalidad y morbilidad asociadas al VIH sin importar el estadio en el que se encuentre el paciente, a parte de disminuir la transmisión del mismo. La supresión del virus retrasa y previene la resistencia farmacológica, preserva y mejora la cuantificación de los CD4+, da beneficios clínicos importantes [7].

El esqueleto farmacológico básico en el tratamiento del VIH consta de tres fármacos antirretrovirales, los cuales incluyen dos Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITRAN) y un Inhibidor de la integrasa (INSTI), un Inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITRANN) o un Inhibidor de la proteasa

reforzado (IP/r). Estos esquemas pueden lograr una carga viral RNA-VIH menor a 50 copias/mL en más del 75% de los casos en 48 semanas [7].

El VIH es completamente prevenible con el uso de preservativo, entre otros factores de protección, pero una vez que se contrae es incurable y su tratamiento genera altos costos económicos para el sistema de salud en todo el mundo, incluyendo obviamente al sistema de salud mexicano [8].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los factores de riesgo más importantes para contraer VIH son tener relaciones sexuales de riesgo (relaciones sexuales sin preservativo), contar con alguna otra infección de transmisión sexual, compartir agujas contaminadas para uso de drogas inyectables, transfusiones o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o procedimientos con cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado [6].

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA), en México se concentra la pandemia de VIH en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadores y trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectadas, personas transgénero, travestis y transexuales [8]. Estimaciones de ONUSIDA-CENSIDA en 2019 reportan que en México hubo una incidencia de 15,653 nuevas infecciones por el VIH y SIDA y un total de casos notificados de 179,640 personas VIH+/SIDA [9].

En el año 2003, en México, la Secretaría de Salud decreta que el tratamiento antirretroviral sea de acceso universal y gratuito [8]. Por lo que, derivado de esto, el Instituto Mexicano del Seguro Social atendió a un total de 37,274 derechohabientes VIH+ durante el año 2014; y de estos, se le garantizó un manejo con antirretrovirales al 91.5% [10], lo que implica un costo anual aproximado de \$44,997 por persona [8].

En el año 2016, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) cuantificó la prevalencia e incidencia de VIH en EUA, arrojando los siguientes datos:

- La prevalencia de VIH se estimó en 1,140,400 millones de personas, de las cuales:
  - 648,500 son hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
  - 298,700 son personas heterosexuales.
  - 131,00 son personas que adquirieron VIH por uso de drogas intravenosas.
  - 58,600 son HSH y que usan drogas intravenosas.
- La incidencia de VIH en el 2016 se estimó en 38,700 personas, de las cuales:
  - 26,400 son HSH.
  - 9,100 son heterosexuales.
  - 1,900 son personas que adquirieron VIH por uso de drogas intravenosas.
  - 1,200 son HSH y que usan drogas intravenosas [11].

Se tiene registrado que durante el periodo de 2010-2016, la incidencia de VIH en personas homosexuales y bisexuales se ha mantenido en 26,000 personas en promedio al año, en el mismo periodo, las personas mas afectadas son las de grupo de edad de 25-36 años [11].

Blackwell CW (2008, EUA) estudió la prevalencia de las relaciones sexuales vía anal sin condón (*sexo bareback*) determinando que, desde el año 2000, dicha tasa ha ido en aumento, siendo en la actualidad la principal causa de nuevas infecciones de VIH [12]. De acuerdo con lo publicado por Sheriff NS. et al, (2016, Unión Europea) el 40% de los casos nuevos diagnosticados de VIH en 13 ciudades de Europa fueron secundarios exclusivamente a relaciones sexuales sin preservativo [13].

Fletcher J (2018, EUA) reporta en sus investigaciones que la depresión y el uso de drogas durante el acto sexual favorecen relaciones sexuales de riesgo [14], lo que



nos confiere una mala adherencia a tratamiento antirretroviral, altas tasas de resistencia a antirretrovirales y aumento en las complicaciones del VIH [15].

La CDC indica que en el 2019, el 25% de nuevos casos de VIH en EUA ocurrieron en personas de entre 13 y 24 años de edad [16]. Tanney MR (2011, EUA) estudió a una población de adolescentes y adultos jóvenes con VIH, conformada por 186 participantes, de los cuales el 52% tenían datos clínicos de depresión [17]. Jeffries WL (2018, EUA) observó un incremento en la incidencia de VIH en hombres jóvenes, en comparación con los adultos mayores, debido a que los primeros son más propensos a tener relaciones sexuales pasivas sin condón. Del mismo modo, tienen mayor probabilidad a tener alguna otra infección de transmisión sexual y tienen menos probabilidades de cuantificarse en ellos una carga viral disminuida [18].

Paz G (2018, EUA) evaluó un compendio de 14 artículos sobre prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales, siendo la cifra mínima de 0.30% mientras que la máxima fue de 32.1% con una prevalencia promedio del 17.3% [19].

Actualmente no se encuentra en bibliografía científica estudios relacionados con trabajadores sexuales y VIH en México.

### **2.3 Depresión.**

La OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer (anhedonia), sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración [20]. Basados en datos de la OMS, durante el 2015 la depresión fue la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años de edad, en donde más de 300 millones de personas contaban con este padecimiento, un 4.44% de la población mundial [21].

La etiología de la depresión es aún compleja pudiendo ser multifactorial, tener un origen fisiológico, genético, hormonal, psicológico, biológico y social; como el estrés

con una evolución crónica en donde se incluyen factores sociales como desencadenantes [22].

En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el 2005 arrojó que la prevalencia de Depresión en la población en general es de 8.8%. Esto deriva en un incremento de la demanda de los servicios de salud así como un descenso en la productividad laboral [22].

En múltiples estudios internacionales se demuestra el aumento de la prevalencia de depresión en comunidades minoritarias, por ejemplo, en personas que se identifican como lesbianas, bisexuales u homosexuales, siendo un principal factor de riesgo la discriminación y el estigma hacia estas minorías [23].

La evaluación del paciente depresivo debe ser de forma integral para un correcto diagnóstico, valorando una historia clínica completa, condición física, entrevista psiquiátrica y uso racional de las escalas diagnósticas [24]. Los principales sistemas para diagnosticar depresión mayor son el DSM-5, CIE-10 y el Inventario de Beck.

Los criterios diagnósticos del DSM-V son los siguientes:

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes por al menos de dos semanas, al menos uno de los síntomas es (a) o (b):
  - a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo casi todos los días
  - b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo.
  - c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución del apetito
  - d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días Agitación o retraso psicomotor casi todos los días Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

- e. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
  - f. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días
  - g. Pensamientos de muerte recurrentes no solo miedo a morir.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social en lo social, laboral u otras áreas.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno psicótico.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaníaco [25].

Los criterios diagnósticos del CIE-10 son los siguientes:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
- C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Debiendo tener al menos cuatro de los siguientes:
- a. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar actividades que normalmente eran placenteras
  - b. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que generan una respuesta
  - c. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
  - d. Empeoramiento matutino del humor depresivo
  - e. Presencia de enlentecimiento motor o agitación
  - f. Pérdida moderada del apetito
  - g. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
  - h. Notable disminución del interés sexual.
- D. Criterios de gravedad:

- a) Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas
  - 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales por al menos dos semanas.
  - 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades placenteras
  - 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatiga
- b) Más uno o más de los siguientes:
  - 1. Pérdida de confianza y estimación de uno mismo
  - 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionado y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
  - 3. Pensamiento recurrente de muerte o suicidio
  - 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar
  - 5. Cambios de actividad psicomotriz, agitación o inhibición.
  - 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
  - 7. Cambios del apetito con alteración del peso corporal.

E. Categoría (de los criterios de gravedad):

- a. Leve: dos o tres síntomas de criterios “a”, el paciente está apto para continuar con sus actividades cotidianas.
- b. Moderado: dos síntomas del criterio “a” y síntomas de criterio “b” hasta sumar al menos 6 síntomas, tendrá dificultad para regresar a sus actividades diarias.
- c. Grave: debe haber los 3 síntomas de criterios “a” y síntomas de criterios “b” con un mínimo de 8 síntomas, estos pacientes presentan síntomas marcados y angustiantes principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Puede tener síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor y estupor grave [26].

El inventario de Beck es un instrumento creado en EUA y traducido por The Psychological Corporation y la Universidad de Complutense de Madrid, actualmente estandarizado para la población mexicana se utiliza para detectar y evaluar la depresión en pacientes con problemas médicos y en pacientes psiquiátricos cuyos problemas pueden ser asociados a al abuso de sustancias [27].

Es una de las medidas de depresión más utilizadas con adecuadas propiedades psicométricas, constituida por 25 ítems los cuales clasifican a la depresión en leve, moderada y severa [28].

#### **2.4 Depresión y Apoyo social como su factor asociado**

El apoyo social se define como aquellos recursos en los que se encuentra rodeado un paciente que favorecen el mantenimiento de relaciones sociales, bienestar del individuo dentro de una comunidad y adaptabilidad ante cualquier situación; teniendo como finalidad lograr un grado de satisfacción ante los requerimientos básicos de una persona, como por ejemplo autoestima, afecto, sentido de pertenencia, seguridad, identidad, aprobación, ayuda emocional, instrumental y económica. Las redes de apoyo más comunes y tradicionales son la familia, los amigos y los compañeros del trabajo [29].

Se desarrolla en tres esferas, la cognitiva, la afectiva y la conductual. La esfera cognitiva ofrece información al individuo para corregir concepciones erróneas y aclarar dudas acerca, por ejemplo de su enfermedad. La esfera afectiva hace frente a los sentimientos y emociones de las personas, haciendo factible manifestar preocupaciones, miedos y dificultades interpersonales. La esfera conductual ofrece estrategias para hacer frente a los problemas personales [29].

El apoyo social actualmente puede ser medido con el cuestionario MOS de apoyo social el cual fue creado por Sherbourne y Stewart en 1991 en pacientes con cáncer. Las técnicas de análisis fueron el alfa de Cronbach para la confiabilidad y el análisis factorial exploratorio. El estudio concluyó en un adecuado nivel de confiabilidad y

validez del instrumento para población hispana [30]. Dicho cuestionario está conformado por dos áreas: apoyo social estructural (un ítem de respuesta abierta) y apoyo social funcional (19 ítems de respuesta múltiple); y cuatro factores: apoyo emocional/ informacional, tangible o instrumental, interacción positiva y afectivo. Evalúa, por un lado, características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad (ítem 1); y, por el otro, los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (ítems 2 a 20) [30]. Ver Anexo 4.

## **2.5 Depresión en Comunidad Lesbico-Gay-Bisexual-Transexual (LGBT)**

Fredriksen-Goldsen KI (2011, EUA) evaluó sintomatología de depresión en personas pertenecientes a la comunidad LGBT mayores de 50 años de edad, encontrando una prevalencia de 31%, dos a tres veces más alta a diferencia de la reportada en la población en general en ese país [31]. Mientras que en un estudio de personas transexuales por Claes L. (2015, EUA) encontró una prevalencia de 57.7% de sintomatología de gravedad de depresión mayor en hombres transexuales, mientras que las mujeres transexuales tuvieron una prevalencia de 26.2%, en este mismo estudio se determinó que las personas transexuales jóvenes son las más afectadas con un mayor índice de depresión a diferencia de las personas transexuales adultas [32].

En México no se tiene registrada la prevalencia de personas transgénero en jóvenes, sin embargo se estima que es mayor al 1%. Estas personas tienen una mayor probabilidad de cursar con cuadros depresivos, intentos suicidas, abuso de drogas e infección por VIH siendo una de los principales factores de riesgo la marginación social [33].

## **2.6 VIH y Adherencia terapéutica**

La OMS define a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona logra que tome el medicamento, siga un régimen

alimentario y ejecute cambios del modo de vida con base en las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. El mal apego al mismo a largo plazo en enfermedades crónicas como VIH/SIDA, depresión, enfermedades cardiovasculares representa un problema de salud mundial que tiende a aumentar con el tiempo, dicho fenómeno es observado en todas las situaciones en las que puede ser administrado un medicamento independientemente de la enfermedad o del tipo de fármaco [15].

En estudios realizados por la OMS, se demuestra que en países desarrollados la adherencia terapéutica por parte de los pacientes es del 50%, siendo mucho menor en países en vías de desarrollo, arrojando cifras para VIH/SIDA del 37% al 83%. Siendo ésta misma la principal causa de no obtener los beneficios del medicamento, originando altas tasas de complicaciones médicas y psicosociales, reduciendo la calidad de vida de los pacientes, aparición de resistencia a fármacos y derroche de dinero en recursos [15].

El Test de Morisky-Green, es un cuestionario de cuatro ítems el cual es conocido y utilizado en la práctica clínica e investigación para valorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas, este test también es denominado *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) o *4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)*. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos. Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) sobre sus actitudes ante la medicación. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/ No [34]. Ver Anexo 5.

## 2.7 Depresión y VIH.

Los pacientes con VIH son más proclives de padecer depresión debido a múltiples mecanismos. Por ejemplo: daño directo en áreas subcorticales cerebrales, estrés crónico, aislamiento social, desmoralización, desesperanza, consumo de alcohol, pobre soporte social, baja autoestima e historia de enfermedad psiquiátrica; lo cual implica directamente comportamientos de pobre adhesión al tratamiento antirretroviral y progresión clínica de la enfermedad. Por lo que es indispensable monitorizar de forma cotidiana la sintomatología depresiva [1].

Tran BX (2018, Vietnam) incluye, aparte de los factores de riesgo ya mencionados, el del nivel socioeconómico, ya que factores sociales como el empoderamiento socioeconómico reducen la depresión entre los pacientes con VIH / SIDA, siendo más común la depresión en personas con bajos ingresos económicos [35].

En el mundo, existen estudios de prevalencia de depresión en personas que viven con VIH:

- Sánchez MD (2014, Perú) determinó una prevalencia de hasta el 43% [1].
- Pereira de Moraes M. y colaboradores (2017, Brasil) calcula una prevalencia del 32.5% [36].
- Patrick J. Murphy et al (2019, Reino Unido) determina la prevalencia de depresión en personas que viven con VIH+ hasta en un 27% [37].
- Jun Tao, et-al (2017, China) especifica que la prevalencia alcanza hasta un 36% [38].
- Babowitch JD et al (2017, EUA) estudia una prevalencia del 44.57% [39].

Si bien en el resto del mundo existe una amplia investigación de síntomas psiquiátricos en pacientes con VIH, en México es poca la información que se tiene, encontrándose sólo algunos artículos donde se reporta una prevalencia promedio del 30% de depresión en pacientes con VIH [40]. En poblaciones de pacientes VIH+, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre el recuento de CD4 y la prevalencia de depresión, como se observa en los resultados del estudio



realizado por Obiajulu OV (2014, Nigeria), el cual reportó una tasa de prevalencia de depresión por arriba del 54% en pacientes con menos de 150 células/m<sup>3</sup> [41], lo cual es consistente con lo reportado por Kaharuza F (2006, Uganda) quien demostró que en pacientes con menos de 50 CD4 tienen más probabilidades de estar deprimidos [42].

Con base en los datos estadísticos arrojados por CENSIDA en el 2018, en el procesos de adquisición, distribución y control de medicamentos e insumos para la atención del VIH/SIDA, arroja que Efavirenz (EFV) que es un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido, en combinación con un esqueleto de inhibidor de la transcriptasa inversa de nucleósidos, han sido los antirretrovirales más empleados por los sistemas de salud en todo México, siendo una de las primeras líneas de terapia antirretroviral para adultos infectados por VIH [43]. OMS proyecta que para este 2020 tendrá una participación de mercado de ART del 88% a nivel mundial. La disponibilidad de EFV genérico de bajo costo, pocas restricciones alimentarias y un perfil farmacocinético favorable lo convierte en una opción rentable en muchos sistemas de atención médica [44].

En el estudio realizado por Kai JC (2019, Reino Unido) más de la mitad de los 149 participantes VIH+ (55,7%) experimentó al menos un efecto adverso neuropsiquiátrico durante el primer mes de inicio del tratamiento. Los síntomas más frecuentes fueron depresión (24.2%), sueños vívidos (21.5%), mareos (19.5%), trastornos del sueño (16.1%) y fatiga (13.4%) [44].

Con base en la investigación realizada por De Santis JP et al (EUA 2016) en hombres mexicanos en la frontera de EUA-México determinó que más del 50% de los pacientes con VIH cuentan con síntomas depresivos en conjunto con factores sociales como pobreza, baja escolaridad, estigma por parte de la familia y comunidad y estado civil solteros [45].

## 2.8 VIH y Relaciones sexuales de riesgo

La CDC define a las conductas sexuales de riesgo como aquellas actividades que incluyan tener relaciones sexuales anales, vaginales u orales sin condón, tener múltiples parejas sexuales, tener parejas sexuales anónimas o tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o de drogas, dentro de las anteriores, las relaciones sexuales sin condon son las que otorgan una mayor probabilidad de contraer una infección de transmisión sexual [46].

Miltz AR et al, (2019, Reino Unido), citó algunas teorías psicológicas en donde trata de explicar cómo la depresión puede asociarse a tener relaciones sexuales sin preservativo, una de ellas se llama “Teoría cognitiva social”, la cual establece que la depresión impacta negativamente en la autoeficacia de cada persona, siendo ésta, la capacidad percibida de influir en los eventos y condiciones sociales de su propia vida [47].

El requerimiento principal para la disminución real del riesgo sexual es la autoeficacia percibida para obtener la seguridad sexual, con lo cual, la prevención del VIH requiere que las personas ejerciten influencia sobre su propio comportamiento y su ecosistema social [47]. Los esfuerzos sociales trazados para intervenir en la expansión del VIH se han centrado principalmente en informar al público sobre cómo se transmite esta enfermedad y cómo protegerse contra ella. Se asume que, si las personas están adecuadamente informadas sobre dicho peligro, tomarán las medidas necesarias de autoprotección. Un mayor conocimiento y conciencia de los riesgos para su salud son condiciones previas importantes para el cambio autodirigido [48].

Lamentablemente, la información por sí sola no precisamente ejerce mucha influencia en los hábitos que perjudican la salud. Para lograr un cambio autodirigido, las personas deben recibir no solo razones para modificar hábitos riesgosos, sino también los medios de comportamiento, los recursos y el apoyo social para hacerlo.

La autorregulación efectiva de la conducta no se logra con un acto de voluntad, requiere habilidades de automotivación y auto-orientación (Bandura, 1986). Existe una gran diferencia entre poseer habilidades autorreguladoras y poder usarlas de manera efectiva y consistente en circunstancias difíciles. El éxito requiere una fuerte confianza en uno mismo, en la eficacia de uno para practicar el control personal [48].

Otra teoría asociada es la teoría del escape cognitivo, menciona que las personas pueden responder ante amenazas (como el riesgo de transmisión de VIH) escapando de nuestra autoconciencia racional y no percatarnos de nuestros actos, las personas con depresión podrán involucrarse en el escapismo como una herramienta psicológica para afrontar situaciones de riesgo, como la amenaza del VIH [47].

Las personas pueden enfrentar estados de ánimo negativos al tratar de escapar de la conciencia cognitiva, reduciendo su atención a resultados más inmediatos y placenteros. El concepto de escape cognitivo puede encontrarse al enmarcar el uso de sustancias como una forma específica de afrontamiento evitativo. Al combinar drogas con sexo para escapar de la conciencia del riesgo de VIH tenían más probabilidades de participar en actividades de riesgo sexual [49].

Babowitch JD et al (2017, EUA) evaluó la asociación entre síntomas de depresión y relaciones sexuales sin preservativo en HSH VIH+. Dentro de sus resultados se observó que los pacientes con diagnóstico de depresión moderada, a diferencia de los pacientes con depresión leve o depresión mayor, tienen mayor número de prácticas sexuales de riesgo, siendo la disminución de la libido y la anhedonia un factor protector relativo [39].

### 3. JUSTIFICACION

Si bien, en el mundo existen antecedentes bibliográficos de la prevalencia de depresión en personas que viven con VIH, no hay investigaciones recientes en México. Por ende, existe una gran deficiencia de conocimiento sobre este tema.

La importancia de esto radica en que la depresión en estos pacientes les confiere un alto riesgo de mal apego a tratamiento provocando alta resistencia a antirretrovirales, progresión clínica de la enfermedad, aumento en la tasa de suicidios, incremento de la demanda de los servicios de salud y un descenso en la productividad. Con base en estadísticas realizadas por la OMS, se dice que los trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad le cuestan a todo el mundo un billón de dólares al año [50] y con base en la Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), en México, hasta 9 mil millones de pesos al año por ausentismo laboral secundario a depresión [42].

El deterioro del sistema inmunológico, provocado por el VIH, puede ser frenado de forma satisfactoria con apoyo de un adecuado apego al tratamiento antirretroviral, evitando múltiples complicaciones en la salud del paciente, las cuales generan altos costos económicos para el sistema de salud en todo el mundo, incluyendo obviamente al sistema de salud mexicano; así como también, mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH de forma rotunda. En este proyecto de investigación se recabará información por medio de herramientas ya validadas y usadas en múltiples trabajos de investigación, para poder evaluar la prevalencia de depresión en pacientes VIH+. Si se corrobora la hipótesis de trabajo, habrá elementos para iniciar manejo farmacológico y/o psicoterapéutico según sea el caso, en los pacientes que lo ameriten.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como se ha mencionado con anterioridad, en México, el VIH es un importante problema de salud el cual va en aumento año tras año. Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende aproximadamente a 37 mil pacientes con VIH anualmente y de los cuales casi el 100% se encuentra bajo tratamiento antirretroviral. Esto, en cifras económicas representa miles de millones de pesos invertidos por el sistema de salud mexicano.

Como segundo tema de relevancia sabemos que la depresión afecta de forma importante la salud de los pacientes, influyendo de forma directa en un mal apego terapéutico en enfermedades crónico-degenerativas; ocasionando resistencia a antirretrovirales en el caso del VIH, falla en el tratamiento y aumento de las complicaciones propias, generando a su vez ausentismo laboral redundando en pérdidas económicas para el país.

El motivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de depresión en pacientes VIH+, y su asociación con variables como orientación sexual, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, estado civil, relaciones sexuales de riesgo, cuantificación de CD4, carga viral, apoyo social y apego terapéutico, si la hipótesis de trabajo resulta afirmativa y se encuentra una alta prevalencia de depresión en la población de estudio, podremos hacer mayor énfasis en el manejo psicológico y psiquiátrico de cada uno de nuestros pacientes para poder mejorar su estilo de vida, referir a los pacientes con depresión a las estancias correspondientes, evitar la transmisión de la enfermedad, disminuir la incidencia de la misma y disminuir los gastos del instituto asociados a su atención.

##### **4.1.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de depresión y sus factores asociados en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general:**

1. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS

### **5.2 Objetivos específicos:**

1. Determinar la asociación de depresión y orientación sexual en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
2. Determinar la asociación entre depresión y recuento de CD4 en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
3. Determinar la asociación entre depresión y carga viral en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
4. Determinar la asociación entre depresión y apoyo social en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
5. Determinar la asociación entre depresión y apego terapéutico en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
6. Determinar la asociación entre depresión y relaciones sexuales sin preservativo en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
7. Determinar la asociación entre depresión y manejo antirretroviral en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
8. Determinar la asociación entre depresión y trabajo sexual en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
9. Determinar la asociación entre depresión y estado civil en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS
10. Determinar la asociación entre depresión y edad en pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS

## **6. HIPÓTESIS**

### **6.1 Hipótesis alterna (Ha)**

La prevalencia de depresión en personas con VIH derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS será directamente proporcional a la presencia y severidad de factores asociados (homosexuales, recuento CD4 disminuido, carga viral elevada, nulo apoyo social, mal apego terapeutico, con o sin manejo antirretroviral asi como trabajadores sexuales) estimando un porcentaje superior al 35%.

### **6.2 Hipótesis nula (Ho)**

La prevalencia de depresión en personas con VIH derechohabientes de la UMF No.28 del IMSS no tendrá relación con los factores presuntamente asociados (homosexuales, recuento CD4 disminuido, carga viral elevada, nulo apoyo social, mal apego terapeutico, con o sin manejo antirretroviral asi como trabajadores sexuales) y no superará el 35% de la población estudiada.

## **7. MATERIAL Y MÉTODO**

### **7.1 Diseño del estudio:**

Estudio epidemiológico, analítico, transversal.

### **7.2 Lugar en donde se realizará el protocolo:**

1. Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Del Valle”. Av. Gabriel Mancera 800, esquina. San Borja, Colonia del Valle, CP: 03100 Alcaldía Benito Juárez Ciudad de México, México.

### **7.3 Duración del estudio:**

Este estudio será realizado desde el momento en que sea aprobado por parte de los Comités pertinentes, hasta Enero del 2021.

### **7.4 Fuente de información:**

- Inventario de depresión de Beck II
- Estudio epidemiológico VIH / SIDA elaborado en la atención inicial.
- Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido
- Escala de adherencia a la medicación de Morisky 4 items (MMAS-4)

### **7.5 Tipo de muestreo**

- Muestreo: No probabilístico por conveniencia. Debido a que la población universo, que cumple con los criterios de inclusión, es relativamente baja, se decide este tipo de muestreo como ejercicio, pero al final se trabaja con la población total.

**7.6 Cálculo del tamaño de muestra:** Se obtuvo a través de un estudio probabilístico por conveniencia, por lo que el tamaño mínimo de muestra se calculó a través de la fórmula para población finita:



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

Donde:

- a) N: Tamaño de la muestra.
- b) p: Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia. proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- c) q: Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p= 0.95).
- d) Z: Valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza, 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- e) d: Nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio. (1%)

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = (58)(1.96^2)(0.05)(0.95) / (0.05^2)(58-1) + (1.96^2)(0.05)(0.95)$$

$$n = 2.1167216 / 0.0057 + 0.0364952$$

$$n = 2.1167216 / 0.04211952$$

$$n = 50.2551216$$

Tomando en cuenta que la muestra calculada pudiera considerarse reducida, pese a emplear intervalo de confianza del 1%, se decide ejecutar el proyecto contemplando al 100% de la población universo n=58.

### 7.7 Población de estudio:

1. Pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF No.28 que cumplan los criterios de inclusión.

## **8. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **8.1 Criterios de inclusión:**

- Pacientes VIH+ derechohabientes de la UMF28
- Pacientes mayores 18 años en adelante.
- Que sepan leer y escribir

### **8.2 Criterios de exclusión:**

- Pacientes con discapacidad visual o auditiva.
- Paciente con diagnóstico de retraso mental o discapacidad intelectual.
- Pacientes con trastornos del estado de ánimo diagnosticados con anterioridad.
- Pacientes sin diagnóstico de otra patología crónico-degenerativa.

### **8.3 Criterios de eliminación:**

- Pacientes que no llenen los cuestionarios en su totalidad
- Encuestas mal llenadas.

## 9. VARIABLES DEL ESTUDIO:

Usa este cuadro para poder definir mejor tus variables como te lo piden en tus observaciones.

Variable sociodemograficas	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador
<b>Sexo</b>	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos <sup>34</sup>	Fenotipo	Cualitativa	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento <sup>[53]</sup>	Número de años al realizar la encuesta	Cuantitativa	Discontinua	Años cumplidos
<b>Estado civil</b>	Conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, con carácter de pertenencia y permanencia <sup>[54]</sup>	Su situación civil reportada al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	0. Soltero 1. Unión libre 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>Definición Teórica</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicador</b>

<b>Depresión</b>	Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. [23]	Se define con más de 17 puntos en el inventario de depresión de Beck de acuerdo con la opción correspondiente. [52]	Ordinal	Cualitativa	Puntuación Nivel de depresión 0. 1-10: Estos altibajos son considerados normales. 1. 11-16: Leve perturbación del estado de ánimo. 2. 17-20: Estados de depresión intermitentes. 3. 21-30: Depresión moderada. 4. 31-40: Depresión grave. + 40: Depresión extrema. [52]
------------------	--	---	---------	-------------	--

<b>Recuento CD4</b>	El conteo de linfocitos T CD4 positivos, mediante citometría de flujo, es considerado parte esencial de la atención médica y un parámetro para estadificar la enfermedad, sirve como guía en el tratamiento clínico en pacientes con VIH [58].	Se determina con base en los valores reportados en el apartado "Recuento de CD4" en el estudio epidemiológico de VIH/SIDA	Continuo	Cuantitativo	Número de células por mililitro.
<b>Orientación sexual</b>	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros [60].	Se determina el apartado "Sexualidad", de acuerdo con la opción correspondiente, del estudio epidemiológico.	Nominal	Cualitativo	1) Homosexual 2) Heterosexual 3) Bisexual
<b>Carga viral</b>	La carga viral es un marcador predictivo del tiempo de progresión a SIDA independientemente del número de linfocitos CD4+ [57]	Se determina con base en los valores reportados en el apartado "Carga Viral" en el estudio epidemiológico de VIH/SIDA	Nominal	Cuantitativo	Número de copias por mililitro.

<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>	<b>DEFINICIÓN TEÓRICA</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>Virus de Inmunodeficiencia Humana</b>	Virus ARN que puede ingresar a un huésped por vía sexual, sanguínea o vertical uniéndose al receptor CD4 y deteriora paulatinamente el sistema inmunológico del paciente, favoreciendo infecciones oportunistas y desarrollo de múltiples cánceres [1].	Se define como un ELISA y Western Blot positivo (reactivo)	Nominal	Cualitativo	1.- Reactivo 2.- No reactivo
<b>Conductas sexuales de riesgo</b>	Actividades que incluyan tener relaciones sexuales anales, vaginales u orales sin condón, tener múltiples parejas sexuales, tener parejas sexuales anónimas o tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o de drogas, dentro de las anteriores, las relaciones sexuales sin condón [46]	Se determina respondiendo de forma afirmativa al cuestionamiento: ¿Practica relaciones sexuales vaginales, anales, u orales sin condón(au	Nominal	Cualitativa	0. Siempre 1. casi siempre 2.- casi nunca 3. nunca

		nque sea de forma esporádica )?			
<b>Trabajo sexual</b>	De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se denomina trabajo sexual a toda actividad sexual llevada a cabo por una persona, cuyo objetivo sea el de obtener dinero o bienes a cambio del servicio prestado (relaciones sexuales), sea de forma regular u ocasional [56].	Se determina al responder de forma afirmativa en el estudio epidemiológico de VIH/SIDA a la pregunta: ¿Es o ha sido trabajador de sexo comercial?	Nominal	Cualitativo	0.-Si 1.-No
<b>Terapia antirretroviral</b>	Fármacos antirretrovirales (ARV) que controlan la replicación viral, disminuyen la activación inmune y preservan y/o restauran el sistema inmune en gran parte de los pacientes, aproximando la esperanza de vida cada vez más a la de la población general. [59].	Se determinar a con base en el apartado de “Tratamiento con antirretrovirales” en el estudio epidemiológico de VIH/SIDA	Nominal	Cualitativo	0.- Biktarvy 1.- Truvada 2.-Atripla

<b>Apoyo social</b>	Se define como aquellos recursos en los que se encuentra rodeado un paciente que favorecen el mantenimiento de relaciones sociales, bienestar del individuo dentro de una comunidad y adaptabilidad ante cualquier situación [29].	Se define con la sumatoria de cada uno de los items de la Escala MOS, de acuerdo con la opción correspondiente.	Ordinal	Cualitativo	0) Máximo 1) Medio 2) Mínimo.
<b>Adherencia terapéutica</b>	Grado en que el comportamiento de una persona logra que tome el medicamento, siga un régimen alimentario y ejecute cambios del modo de vida con base en las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria [15].	Se define con la sumatoria de cada uno de los items de la escala MMAS-4, de acuerdo con la opción correspondiente.	Ordinal	Cualitativo	0.-Con adherencia terapéutica 1.-Sin adherencia terapéutica



## 10. ANALISIS DE DATOS

La información obtenida se revisó y capturó utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23. Una vez codificadas las variables y construida la base de datos se analizó la información en tres etapas:

### 1) Análisis univariado:

Variables cualitativas: se expresaron como frecuencias simples y proporcionales.

Variables cuantitativas: mediana y medidas de dispersión (distribución no normal probada estadísticamente con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov)

2) Análisis bivariado: Variables independientes cuantitativas: se aplicó U de Mann Withney con base a la distribución de estas variables utilizando Chi cuadrada de Pearson o Prueba exacta de Fisher como pruebas de contraste de hipótesis de variables categóricas entre grupos. Para la asociación se calcularon razón de momios de prevalencia con intervalos de confianza al 95% para conocer la asociación entre variables. Considerando un valor de  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

3) Análisis multivariado: Para construir un modelo de regresión logística a partir de análisis bivariado se seleccionaron las variables independientes que resultaron estadísticamente significativa en el análisis bivariado o aquellas variables clínicamente importantes y que explican el trastorno depresivo en los pacientes.

## **11.-DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

1. Posterior a la aceptación del protocolo en el Comité Local de Investigación se invitó a participar a este estudio a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, captando a los pacientes en su consulta de seguimiento en la UMF No.28.
2. Se otorgó y recabó el consentimiento informado firmado por el paciente y se le explicaron los beneficios de participar.
3. En un periodo de aproximadamente 30 minutos en total se informó al paciente de forma clara, concreta y veraz las intenciones de este protocolo de investigación, en dado caso de aceptar se otorgó el consentimiento informado y se aplicaron los siguientes cuestionarios:
  - a. Inventario de depresión de Beck II (10 minutos)
  - b. Estudio epidemiológico VIH / SIDA que se realizo en el momento del diagnostico (10 minutos)
  - c. Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido (5 minutos)
  - d. Escala de adherencia a la medicación de Morisky 4 items (5 minutos)
4. El entrevistador usó como medida de prevención, durante la entrevista equipo de protección personal.
5. En caso de identificar trastornos del estado de ánimo se envió al servicio de medicina familiar para tratamiento especializado.
6. Se retroalimentó a los médicos familiares a cargo de los pacientes quienes participaron en el estudio con los datos obtenidos para la aplicación de éstos en los diferentes programas de salud.

## **12. ASPECTOS ÉTICOS**

En el presente proyecto el procedimiento se apega al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Primero, Capítulo uno, Artículo 17. La investigación se considera con riesgo mínimo ya que se realizarán encuestas sobre aspectos psicológicos de diagnóstico, en este caso depresión. Se cita dicho párrafo:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Debido a que los pacientes con VIH se consideran vulnerables por la alta incidencia de discriminación se considera el artículo 29 del capítulo II de la investigación en comunidades:

Artículo 29.- en las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este reglamento.

Tratándose de comunidades que por sus condiciones económicas o sociales, se encuentren en situación de vulnerabilidad, entre ellas, las comunidades y pueblos indígenas, se requerirá además, que el comité de ética en investigación de la institución a la que pertenece el investigador principal, opine favorablemente la realización de la investigación.

Los artículos 21 y 22, título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I disposiciones comunes nos hablan sobre:

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;
- Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud;
- Fracción reformada DOF 02-04-2014
- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en sus apartados 3 y 6. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses. En su apartado 23 menciona. 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.

En el Artículo 20 se menciona lo siguiente: La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación.

Se debe asegurar que la comunidad reciba un nivel razonable de beneficios adicionales.

Consideramos pertinente que los beneficios obtenidos de la investigación no deberían ser compartidos con la población o comunidad que participo en el estudio, sino que se deben de extender a todos aquellos que conforman parte de esta comunidad, ya sea que hayan o no participado. De igual forma, aclarar que estos beneficios no solo deben de darse durante el tiempo que dura la investigación, si no que se tienen que extender por un periodo más allá de la duración del estudio.

Tambien, se apega a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos: Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles; la carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un protocolo de investigación y todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismo.

Con base en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas pauta 1 la justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas.

La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza. Además, los investigadores y patrocinadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente. Lo anterior se cumple perfectamente en este protocolo de investigación.

**12.1 Aspectos de bioseguridad:** Por las características y diseño del estudio no existen aspectos de bioseguridad correspondientes.

**12.2 Conflictos de interés:** Declaro que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

### **13.- RECURSOS:**

- Humanos.
  - Médico Residente.
    - Dr. Cortes Cruz Eduardo
  - Asesor Clínico y Metodológico
    - Dr. Arellano Romero Nazario Uriel
- Materiales.
  - Se usará la sala de biblioteca de la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera”
  - Computadora.1 Laptop.
  - Copias 1,228
  - Lápices.20 Lápices No 2.
  - Plumas. 20 plumas.
  - Hojas. 1,300 hojas blancas
  - Consentimiento Informado. 58 copias
- Económicos.
  - El presente trabajo no tiene financiamiento institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles serán financiados por el alumno.
- Factibilidad.
  - Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF 28 “Gabriel Mancera”, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidieron participar en el estudio, los cuestionarios se hicieron de manera directa a los pacientes en un lapso no mayor a 35 minutos, al terminar la muestra necesaria se analizarán los resultados y se dará una conclusión.



## 14.-MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS

Los posibles sesgos para considerar en este estudio son los siguientes:

- Errores en el registro de la información plasmada en los instrumentos a aplicar.
  - Maniobra para evitar sesgo: doble verificación de la información en el momento de registrar los datos.
- Malinterpretación de la información.
  - Maniobra para evitar sesgo: Los resultados serán corroborados con apoyo de un asesor metodológico especializado en desarrollar proyectos de investigación.
- Registrar dos veces la información.
  - Usaremos como identificador de cada paciente el número de seguridad social para evitar doble registro de los pacientes.
- Sesgo de selección:
  - Maniobra para evitar sesgo: Al abordar al paciente se corroborará que cumpla con los criterios de selección al solicitarle Cartilla de citas o INE para corroborar edad, a su vez se obtendrá el estudio epidemiológico de VIH/SIDA donde se recaba la información sobre fecha de diagnóstico de VIH, recuento linfocitario, carga viral y tratamiento antirretroviral actual.
- Sesgo de no respuesta:
  - Maniobra para evitar sesgo: la aplicación de los instrumentos dura menos de una hora, por lo que no corremos el riesgo de que el paciente pierda el interés en nuestra investigación.
- Sesgo de pérdidas de seguimiento:
  - Este estudio es transversal, por lo que no se corre riesgo de que ya no volvamos a encontrar al paciente en un segundo tiempo.

## **15.- TRASCENDENCIA:**

La importancia de esta investigación reside en que la depresión y la infección por el VIH generan altos gastos económicos en los sistemas de salud a nivel mundial y claramente a nivel nacional. Dichos gastos generados por el VIH, se pueden disminuir mejorando el apego terapéutico, evitando así múltiples complicaciones y resistencia a antirretrovirales. Hay suficiente evidencia científica que respalda nuestra hipótesis sobre cómo la depresión puede repercutir de forma directa a todas las enfermedades, incluyendo al VIH. Con esta investigación se pretende recopilar información por medio de herramientas validadas para evaluar la prevalencia de depresión en personas con VIH+ y de esta manera poder otorgarles manejo farmacológico y/o psicoterapéutico a los pacientes que lo requieran.

## 16. RESULTADOS

Se realizó un estudio analítico transversal con una población de 58 pacientes para evaluar la prevalencia de depresión y la asociación de factores asociados a través de estudio epidemiológico VIH/SIDA, inventario de depresión de Beck, escala MOS y escala MMAS-4.

La edad mínima de la población en estudio fue de 20 años, con una edad máxima de 70 años, con una media de 36.5 años; el recuento de CD4, tuvo un mínimo de 127, con un máximo de 1670, con un promedio de 629.23; La media de carga viral fue de 21588.89, con una mínima de 39 y una máxima de 804309. (Tabla 1)

En cuanto a la distribución del apoyo social, 8 pacientes (13.8%) tuvieron un apoyo mínimo, 38 pacientes (65.5%) un apoyo medio y 12 pacientes (20.7) un apoyo máximo. (Tabla 2) (Gráfico 1)

Se distribuyeron a los pacientes por apego al tratamiento, de los 58 pacientes, 31 de ellos (53.4%) tuvieron apego al tratamiento, mientras que los 27 restantes (46.6%) no tuvieron apego al tratamiento. (Tabla 3) (Gráfico 2)

Se realizó la distribución por estado civil; 48 pacientes (82.8%) son solteros, 8 pacientes (13.8%) están en unión libre y 2 pacientes (3.4%) están casados. (Tabla 4) (Gráfico 3)

En cuanto a su orientación sexual, 5 pacientes (8.6%) se refirieron bisexuales, 46 pacientes (79.3%) homosexuales y los 7 restantes (12.1%) heterosexuales. (Tabla 5) (Gráfico 4)

Se realizó la distribución acorde al manejo antirretroviral; 28 pacientes (48.3%) toman Bictegravir, 14 pacientes (24.1%) utilizan Truvada y 16 pacientes (27.6%) ingieren Atripla, (Tabla 6) (Gráfico 5)

Se distribuyeron los casos por relación con un trabajo sexual, 57 pacientes (98.3%) no tienen un trabajo sexual, mientras que 1 paciente (1.7%) si tiene trabajo sexual. (Tabla 7) (Gráfico 6)

En cuanto a la distribución de los pacientes por grado de depresión, 34 pacientes (58.6%), están en un estado normal, 7 pacientes (12.1%) tienen un estado de depresión leve, 2 pacientes (3.4%) tienen depresión grado intermedio, 13 pacientes (22.4%) tienen un grado de depresión moderado y 2 pacientes (3.4%) tienen un estado de depresión grave. (Tabla 8) (Gráfico 7)

Se buscó una asociación de las variables apoyo social, apego terapéutico, estado civil, orientación sexual, manejo antirretroviral y trabajo social, como factores de riesgo para depresión en la población estudiada; ninguna de las variables mencionadas obtuvo una significancia ( $p < 0.05$ ) para decir que si es un factor de riesgo. (Tabla 9)

En cuanto a las variables numéricas, edad, recuento de CD4 y carga viral, en búsqueda de saber si son un factor de riesgo a algún estado de depresión, ninguna tiene una sig.  $<$  del 0.05, por lo cual ninguna es un factor de riesgo para depresión. (Tabla 11)

## 17. GRÁFICOS Y TABLAS

TABLA 1.

Distribución de las Variables Numéricas					
Tipo de Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	58	20.0	70.0	36.500	10.2191
Recuento CD4	58	127.0	1670.0	629.293	267.6948
Carga viral	58	39.0	804309.0	21588.897	117261.9662

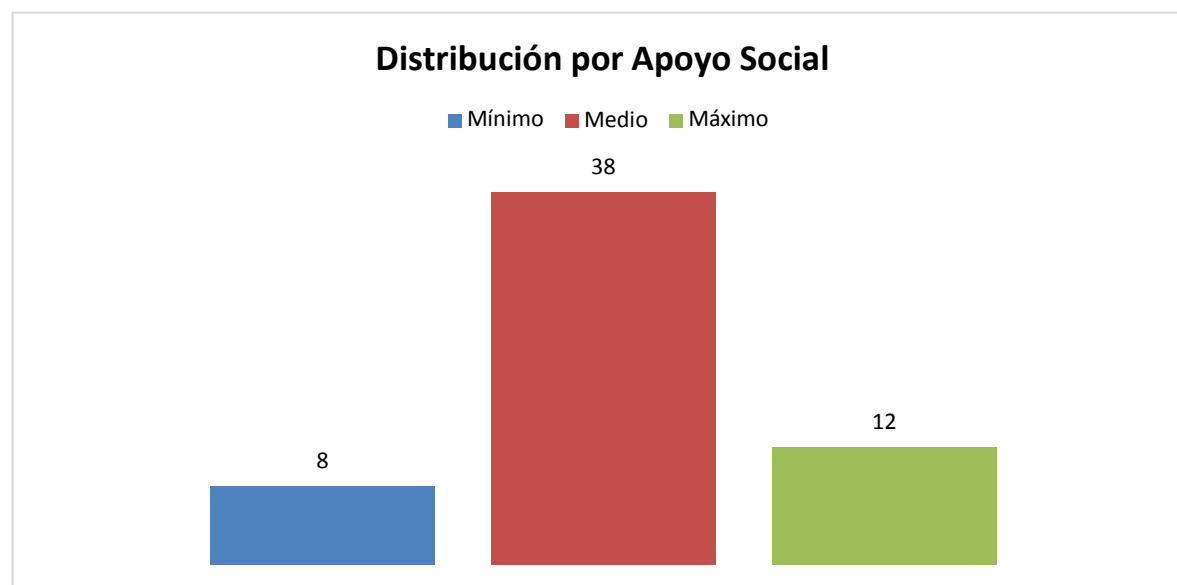
Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 2.

Distribución por Apoyo Social				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínimo	8	13.8	13.8	13.8
Medio	38	65.5	65.5	79.3
Máximo	12	20.7	20.7	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 1.



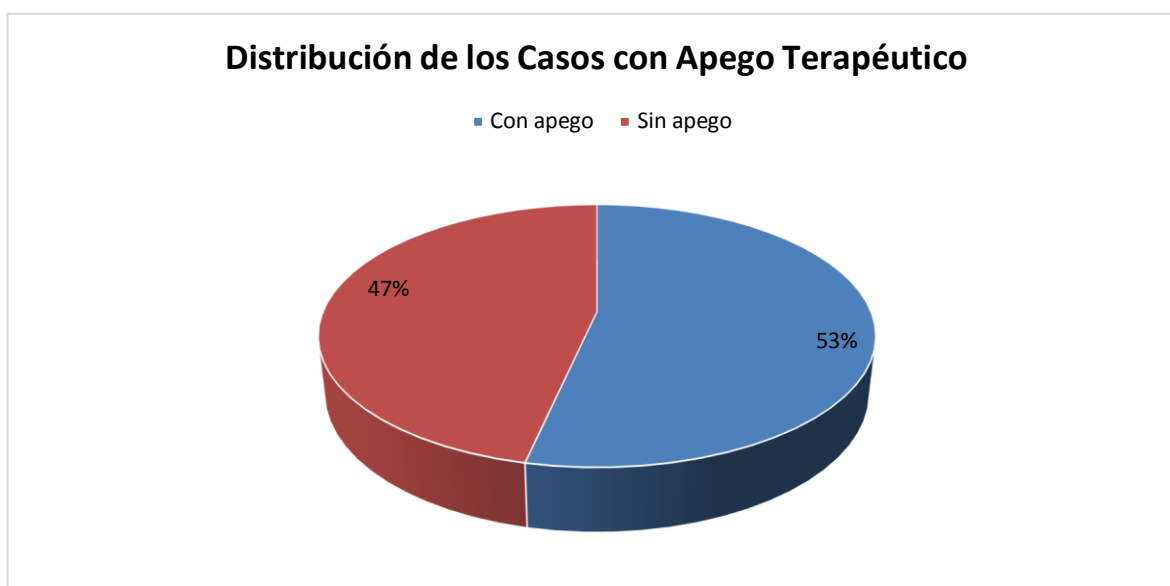
Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 3.

<b>Distribución de los Casos con Apego Terapéutico</b>				
<b>Tipo</b>	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con apego	31	53.4	53.4	53.4
Sin apego	27	46.6	46.6	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 2.



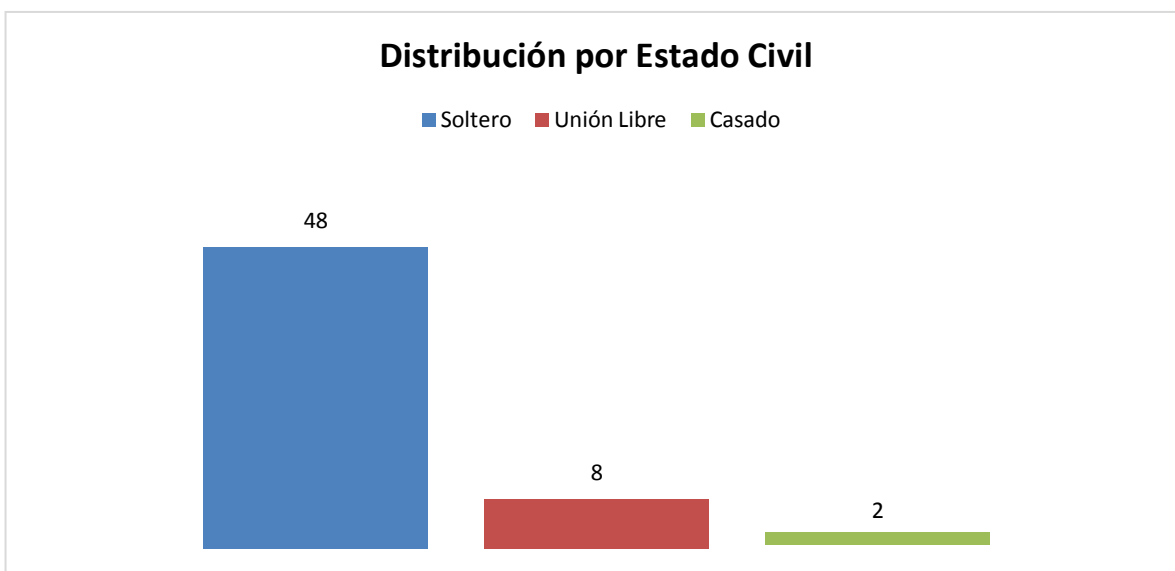
Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 4.

<b>Distribución por Estado Civil</b>				
<b>Tipo</b>	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	48	82.8	82.8	82.8
Unión Libre	8	13.8	13.8	96.6
Casado	2	3.4	3.4	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 3.



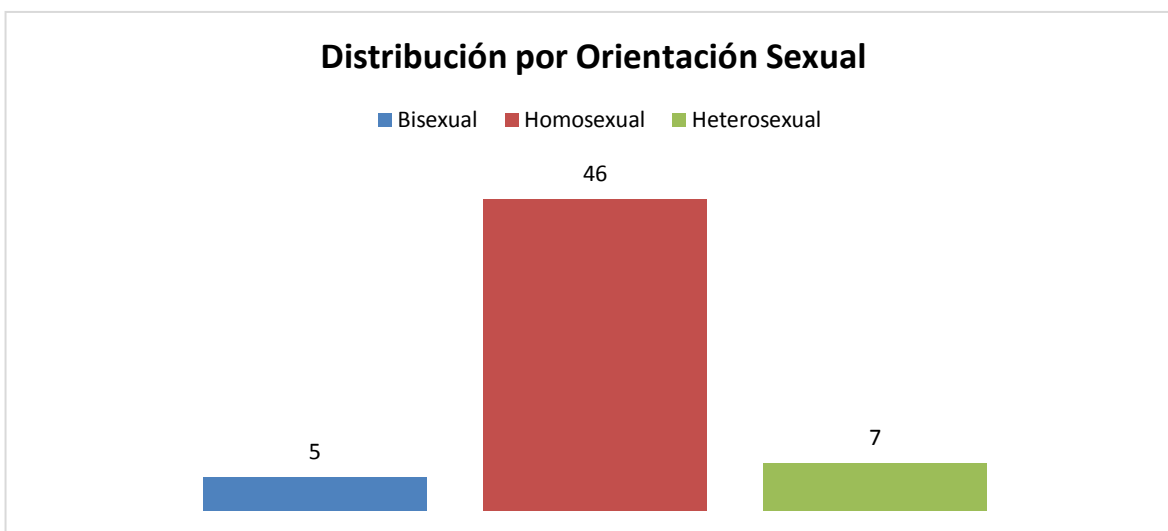
Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 5.

<b>Distribución por Orientación Sexual</b>				
<b>Tipo</b>	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bisexual	5	8.6	8.6	8.6
Homosexual	46	79.3	79.3	87.9
Heterosexual	7	12.1	12.1	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 4.



Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

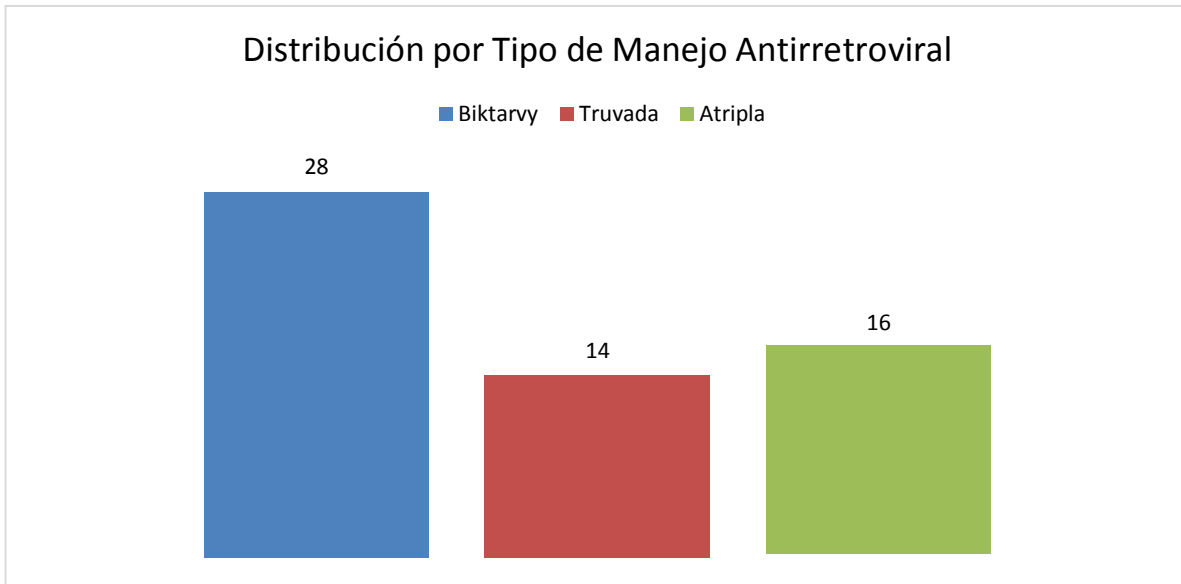
TABLA 6.

<b>Distribución por Tipo de Manejo Antirretroviral</b>				
<b>Tipo</b>	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Biktarvy	28	48.3	48.3	48.3
Truvada	14	24.1	24.1	72.4
Atripla	16	27.6	27.6	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.



GRAFICO 5.



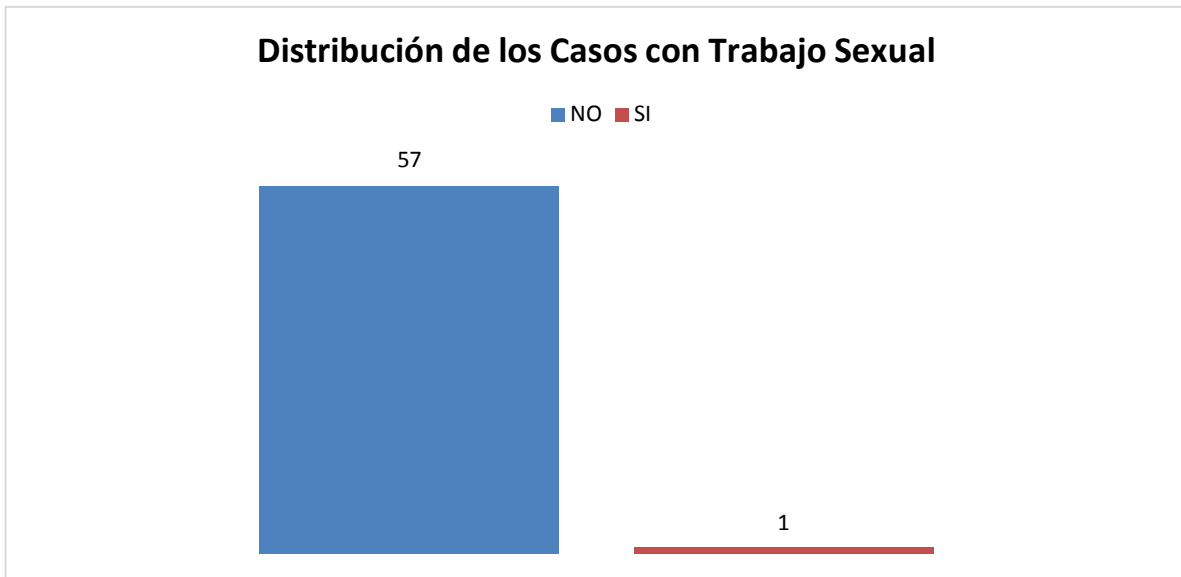
Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 7.

Distribución de los Casos con Trabajo Sexual				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	57	98.3	98.3	98.3
SI	1	1.7	1.7	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 6.



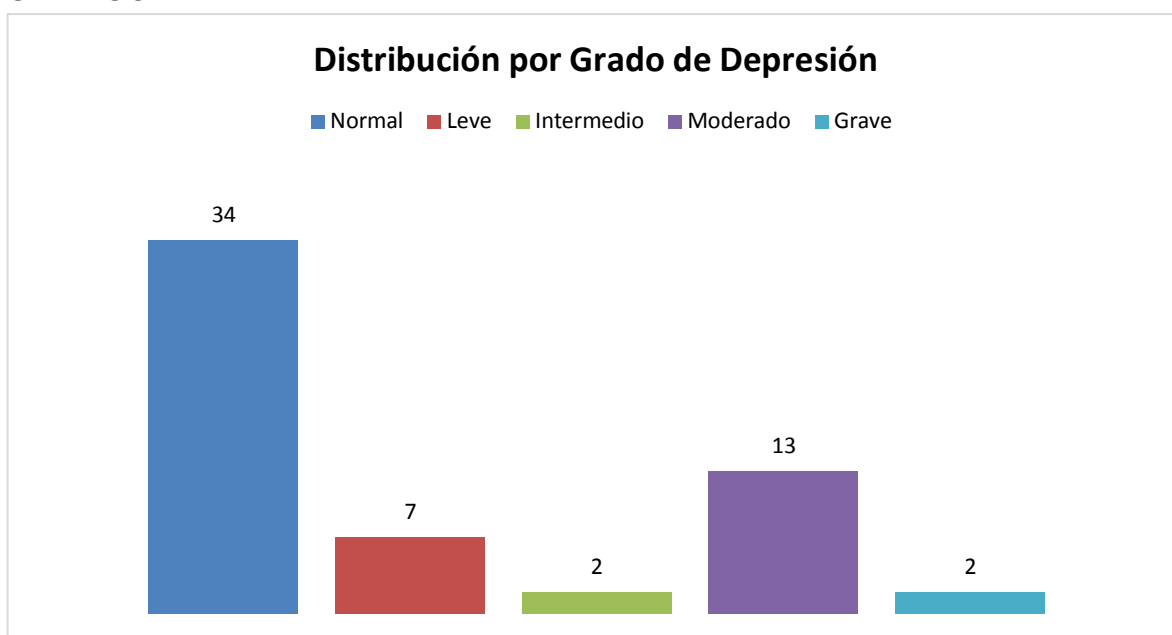
Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX

TABLA 8.

Distribución por Grado de Depresión				
Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	34	58.6	58.6	58.6
Leve	7	12.1	12.1	70.7
Intermedio	2	3.4	3.4	74.1
Moderado	13	22.4	22.4	96.6
Grave	2	3.4	3.4	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 7.



Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 9.

Distribución de los Factores de Riesgo Asociados a Depresión								
Tipo de Variable		Depresión					X <sup>2</sup>	p
		Normal	Leve	Intermedio	Moderado	Grave		
Apoyo social	Mínimo	6	0	0	2	0	12.17	0.14
	Medio	23	6	2	7	0		
	Máximo	5	1	0	4	2		
Apego terapéutico	SI	19	3	1	6	2	2.42	0.65
	NO	15	4	1	7	0		
Estado civil	Soltero	27	5	2	12	2	4.7	0.78
	Unión Libre	6	1	0	1	0		
	Casado	1	1	0	0	0		
Orientación Sexual	Bisexual	4	0	0	1	0	8.53	0.38
	Homosexual	27	4	2	11	2		
	Heterosexual	3	3	0	1	0		
Manejo Antirretroviral	Biktarvy	15	4	2	5	2	5.96	0.65
	Truvada	9	2	0	3	0		
	Atripla	10	1	0	5	0		
Trabajo sexual	NO	34	7	2	12	2	3.52	0.47
	SI	0	0	0	1	0		

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 10.

Distribución de las Variables Numéricas en Relación con el Tipo de Depresión									
Tipo de Variable		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Edad	Normal	34	37.97	11.94	2.05	33.81	42.14	20.00	70.00
	Leve	7	38.29	7.87	2.97	31.01	45.56	27.00	49.00
	Intermedio	2	34.00	1.41	1.00	21.29	46.71	33.00	35.00
	Moderado	13	32.62	6.70	1.86	28.57	36.67	23.00	49.00
	Grave	2	33.00	2.83	2.00	7.59	58.41	31.00	35.00
	Total	58	36.50	10.22	1.34	33.81	39.19	20.00	70.00
Recuento CD4	Normal	34	640.00	316.04	54.20	529.73	750.27	127.00	1670.00
	Leve	7	547.71	231.48	87.49	333.63	761.80	333.00	974.00
	Intermedio	2	621.50	30.41	21.50	348.32	894.68	600.00	643.00
	Moderado	13	647.08	160.75	44.58	549.94	744.22	350.00	862.00
	Grave	2	625.00	318.20	225.00	-2233.90	3483.90	400.00	850.00
	Total	58	629.29	267.69	35.15	558.91	699.68	127.00	1670.00
Carga viral	Normal	34	36458.82	152311.68	26121.24	-16685.23	89602.88	39.00	804309.00
	Leve	7	181.86	249.26	94.21	-48.67	412.39	39.00	697.00
	Intermedio	2	39.00	0.00	0.00	39.00	39.00	39.00	39.00
	Moderado	13	855.92	1760.62	488.31	-208.01	1919.85	39.00	5645.00
	Grave	2	39.00	0.00	0.00	39.00	39.00	39.00	39.00
	Total	58	21588.90	117261.97	15397.25	-9243.57	52421.36	39.00	804309.00

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

TABLA 11.

Distribución de las Variables Numéricas en Relación con el Tipo de Depresión						
Tipo de Variable		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Entre grupos	329.0	4.0	82.3		
Edad	Dentro de grupos	5623.5	53.0	106.1	.8	.5
	Total	5952.5	57.0			
	Entre grupos	54753.2	4.0	13688.3		
Recuento CD4	Dentro de grupos	4029896.9	53.0	76035.8	.2	.9
	Total	4084650.0	57.0			
	Entre grupos	18171452740.7	4.0	4542863185.2		
Carga viral	Dentro de grupos	765599564474.7	53.0	14445274801.4	.3	.9
	Total	783771017215.4	57.0			

Fuente: Departamento de UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA" del IMSS en la CDMX.

## 18. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El VIH es un lentivirus, de la familia retrovirus, con dos cepas, 1 y 2; contiene material genético ARN el cual puede transformarse en ADN por medio de una enzima transcriptasa inversa, lo que le da la cualidad de mutar fácilmente entre persona a persona, haciendo imposible hasta el día de hoy poder realizar algún tratamiento farmacológico o vacuna contra el mismo. El VIH tiene afinidad por células del sistema inmune principalmente T CD4, así como monocitos, macrófagos y células dendríticas principalmente [1].

El SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados del VIH donde existe presencia de alguna de las siguientes[4]: candidiasis esofágica, toxoplasmosis cerebral, criptococosis meníngea., sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgking, criptosporidiosis intestinal crónica, candidiasis esofágica, traqueal, bronquial, coccidioidomicosis extrapulmonar, criptosporidiosis intestinal crónica, cáncer cervicouterino invasivo, criptococosis crónica intestinal, citomegalovirus en la retina o el hígado, el bazo, ganglios linfáticos, encefalopatía por vih, herpes simple con ulcera mucocutánea, histoplasmosis: diseminada, extrapulmonar, isosporidiosis crónica, linfoma Burkitt's, inmunoblástico o tener un recuento de T CD4 menor a 200 células/mm<sup>3</sup> [5]. Dependiendo de cada persona, la infección por VIH puede evolucionar a SIDA de 2 a 15 años en dado caso de no ser tratado [6].

El inventario de Beck es un instrumento creado en EUA y traducido por The Psychological Corporation y la Universidad de Complutense de Madrid, actualmente estandarizado para la población mexicana se utiliza para detectar y evaluar la depresión en pacientes con problemas médicos y en pacientes psiquiátricos cuyos problemas pueden ser asociados a al abuso de sustancias [27].

Es una de las medidas de depresión más utilizadas con adecuadas propiedades psicométricas, constituida por 25 ítems los cuales clasifican a la depresión en leve, moderada y severa [28].

Los pacientes con VIH son más proclives de padecer depresión debido a múltiples mecanismos. Por ejemplo: daño directo en áreas subcorticales cerebrales, estrés crónico, aislamiento social, desmoralización, desesperanza, consumo de alcohol, pobre soporte social, baja autoestima e historia de enfermedad psiquiátrica; lo cual implica directamente comportamientos de pobre adhesión al tratamiento antirretroviral y progresión clínica de la enfermedad. Por lo que es indispensable monitorizar de forma cotidiana la sintomatología depresiva [1].

Tran BX (2018, Vietnam) incluye, aparte de los factores de riesgo ya mencionados, el del nivel socioeconómico, ya que factores sociales como el empoderamiento socioeconómico reducen la depresión entre los pacientes con VIH / SIDA, siendo más común la depresión en personas con bajos ingresos económicos [35].

Se realizó un estudio analítico transversal con una población de 58 pacientes para evaluar la prevalencia de depresión y la asociación de factores asociados a través de estudio epidemiológico VIH/SIDA, inventario de depresión de Beck, escala MOS y escala MMAS-4; mediante los instrumentos X2 se buscó asociación de las variables cualitativas con la depresión, y se realizó un ANOVA para las variables cuantitativas.

No se encontró una asociación entre las distintas variables, tanto cualitativas (apoyo social, apego al tratamiento, antirretroviral usado, preferencias sexuales, trabajo sexual) como cuantitativas (edad, carga viral, recuento de linfocitos CD4) con presentar algún estado de depresión con las escalas utilizadas para su valoración de los pacientes, ya que no hay significancia ( $p < 0.05$ ) al momento de realizar los test estadísticos.

## **19. CONCLUSIONES.**

La edad media de la población estudiada fue de 36.5 años, con un recuento de linfocitos CD4 promedio de 629.23; La media de carga viral fue de 21588.89.

El 65.5% de los pacientes tienen un apoyo máximo, mientras solo el 13.8% de los pacientes tuvieron un apoyo mínimo.

El 53.4% de los pacientes tuvieron apego al tratamiento, manejándose el 48.3% con Bictegravir, 24.1% utilizan Abacavir y 27.6% ingieren Atazanvir.

EL 82.8% son solteros, el 13.8% están en unión libre y 3.4% están casados.

En cuanto a su orientación sexual, 8.6% se refirieron bisexuales, 79.3% son homosexuales y el 12.1% de los pacientes son heterosexuales.

El 58.6% están en un estado de ánimo normal, el 12.1% de los pacientes presentan un estado de depresión leve, el 3.4% tienen un estado de depresión grado intermedio, 22.4% tienen un grado de depresión moderado y 3.4% tienen un estado de depresión grave.

Ninguna de las variables descritas en la metodología, obtuvo una  $p < 0.05$ , por lo que no encontramos relación ni asociación entre las mismas con algún estado de depresión de los pacientes

## 20.-BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sánchez MD, Tomateo D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. Rev Neuropsiquiar. 2014; 77(2): 70–7.
- 2.- CENSIDA. 30 años del VIH-SIDA, perspectivas desde México. [Internet]. 2011. [Citado 12 julio 2020]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30anosdelvihsida.pdf>
- 3.- Torruco U. Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. Rev la Fac Med la UNAM. 2016; 59(1): p.36–41.
- 4.- WHO. VIH/SIDA. [Internet]. 2020. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
- 5.- Guía, de, Práctica, Clínica. Diagnostico y referencia oportuna del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2008.
- 6.- WHO. VIH/SIDA, Datos y cifras. [Internet]. 2020. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 7.-Guía, de, Práctica, Clínica. Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por el VIH. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017.
- 8.- Chertorivski S, Gonzáles F, Miranda F. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. 2012.
- 9.- CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH / SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA. 2016.
- 10.- Guía, de, Práctica, Clínica. Tratamiento Antirretroviral del paciente adulto con infección por el VIH. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017.
- 11.- CDC. HIV among gay and bisexual men. [Internet]. 2015. [Citado 11 julio 2020]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-msm-508.pdf>
- 12.- Blackwell, C. Men Who Have Sex With Men and Recruit Bareback Sex Partners on the Internet: Implications for STI and HIV Prevention and Client Education. Am J Mens Health. 2008; 2(4): p.306-313.



- 13.- Sherriff N, Jones A, Mirandola M, Gios L, Marcus U. Factors related to condomless anal intercourse between men who have sex with men: results from a European bio-behavioural survey. *J Public Health*; 2020; 42(2): p.1–13.
- 14.- Fletcher J, Swendeman D, Reback C. Associations between Major Depressive Episode, Methamphetamine Use Disorder Severity, and Engagement in Sexual Risk-Taking among Methamphetamine-using Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav.* 2018; 22(5): p.1461–1466.
- 15.- WHO. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. [Internet]. Ginebra. 2003. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- 16.- CDC. HIV among youth. [Internet] 2019. [Citado 11 julio 2020] Disponible en : [https:// www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html](https://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html)
- 17.- Tanney M, Naar-King S, MacDonnel K. Depression and stigma in high-risk youth living with HIV: a multi-site study. *J Pediatr Health Care.* 2012;26(4): p.300-305.
- 18.- Jeffries W, Greene K, Paz-Bailey G, McCree DH, Scales L, Dunville R, et al. Determinants of HIV incidence disparities among young and older men who have sex with men in the united states. *AIDS Behav.* 2018; 22(7): p.2199-2213.
- 19.- Paz G, Noble M, Salo K, Tregear SJ. Prevalence of HIV Among U.S. Female Sex Workers: Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav.* 2016; 20(10): p. 2318-2331.
- 20.- WHO. Depresión. [Internet]. 2020. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- 21.- WHO. Disease burden and mortality estimates. [Internet]. 2020. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)
- 22.- Pérez, E. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Bioméd.* 2017; 28(2): p.89-115.
- 23.- Scott R, Lasiuk G, Norris C. Sexual orientation and depression in Canada. *Can J Public Heal.* 2016;107(6): p.545–9.
- 24.- Yiru Fang. *Depressive Disorders: Mechanisms, Measurement and Management.* China: Springer; 2019

- 25.- American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. EUA: Editorial Médica Panamericana; 2014
- 26.- WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, 10<sup>a</sup> edition. [Internet]. 2018. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- 27.- Jurado S. La estandarización del inventario de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 1998; 21(3): p.26-31.
- 28.- González D, Rodríguez A, Reyes, I. Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*. 2015; 38(4): p.237–244.
- 29.- Suarez M. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med la Paz*. 2011; 17(1): p.60-67
- 30.- Baca D. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Rev IIPSI*. 2016; 19 (1): p.177-190
- 31.- Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Emler CA, Muraco A, Erosheva EA, Hoy-Ellis CP. The aging and health report: disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. [Internet] 2011. [Citado 12 julio 2020]. Disponible en: <https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/LGBT%20Aging%20and%20Health%20Report%20final.pdf>
- 32.- Claes L, Bouman WP, Witcomb G, Thurston M, Fernandez F, Arcelus J. Non-Suicidal Self-Injury in Trans People: Associations with Psychological Symptoms, Victimization, Interpersonal Functioning, and Perceived Social Support. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015;12(1): p.168–179.
- 33.- Castilla MF. Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2018;75(1): p. 7-14.
- 34.- Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018; 59( 3 ): p.163-172.
- 35.- Tran B, Dang A, Truong N, Ha G, Nguyen H, Do H, et al. Depression and quality of life among patients living with HIV/AIDS in the era of universal treatment access in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12): p.1–14.
- 36.- De Moraes R, Casseb J. Depression and adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive men in São Paulo, the largest city in South America: Social and psychological implications. *Clinics*. 2017;72(12): p.743–749.
- 37.- Murphy J, Garrido H, Mulcahy F, Hevey D. HIV-related stigma and optimism as predictors of anxiety and depression among HIV-positive men who have sex

with men in the United Kingdom and Ireland. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2018;30(9): p.1173–1179.

38.- Tao J, Wang L, Kipp A, Qian H, Yin L, Ruan Y, et al. Relationship of Stigma and Depression Among Newly HIV-Diagnosed Chinese Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav*. 2017;21(1): p.292–299.

39.- Babowitch J, Mitzel L, Vanable P, Sweeney S. Depressive Symptoms and Condomless Sex Among Men Who Have Sex with Men Living with HIV: A Curvilinear Association. *Arch Sex Behav*. 2018;47(7): p.2035–2040.

40.- Piña J, Dávila M, Sánchez J, Togawa C, Cázares O. Association between stress and depression levels and treatment adherence among HIV-positive individuals in Hermosillo. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 23(6): p. 377–383.

41.- Olisah V, Adekeye O, Sheikh T. Depression and CD4 cell count among patients with HIV in a Nigerian University Teaching Hospital. *Int J Psychiatry Med*. 2014;48(4): p.253–61.

42.- Kaharuza F, Bunnell R, Moss S, Purcell D, Bikaako W, Wamai N, et al. Depression and CD4 cell count among persons with HIV infection in Uganda. *AIDS & Behavior*. 2006;10(4): p.105-111.

43.- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Procesos de Adquisición, Distribución y Control de Medicamentos e Insumos para la Atención del VIH/SIDA. 2017.

44.- Law J, Butler L, Hamill M. Predictors of discontinuation of efavirenz as treatment for HIV, due to neuropsychiatric side effects, in a multi-ethnic sample in the UK. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2020; 36(6): p.459-466.

45.- Woodward E. The Role of Social Support and Negative Affect in Medication Adherence for HIV-infected Men who Have Sex With Men. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012; 23(5): p.388–396.

46.- CDC. VIH/SIDA y ETS - Enfermedades de transmisión sexual. [Internet]. 2019. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/vih/stdfact-hiv-and-stds-s.htm>

47.- Miltz A, Rodger A, Lepri A, Sewell J, Nwokolo N, Allan S, et al. Investigating Conceptual Models for the Relationship Between Depression and Condomless Sex Among Gay, Bisexual, and Other Men Who have Sex with Men: Using Structural Equation Modelling to Assess Mediation. *AIDS Behav*. 2020; 24(1): p.1793-1806.

- 48.- DiClemente R, Peterson J. Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. Springer-Boston MA. 1994; 16(3): p.89-116.
- 49.- Mckirnan D, Ostrow D, Hope B. Sex, drugs and escape: A psychological model of HIV-risk sexual behaviors. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 1996;8(6): p.655–70.
- 50.- WHO. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. [Internet]. 2016. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- 51.- WHO. IESM-OMS, Informe sobre sistema de salud mental en México. [Internet]. 2011. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1)
- 52.- Muscas C. Special section on applied measurements for power systems. IEEE Trans Instrum Meas. 2011;60(9):3006.
- 53.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: España; 2018 [citado 28 junio 2020]. Disponible en <https://dle.rae.es/edad>
- 54.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: España; 2018 [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estado-civil>
- 55.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: España; 2018 [citado 28 junio 2020]. Disponible en <https://dle.rae.es/escolaridad>
- 56.- Cortés E, Barella D, Nicté F, Guzmán A, Claire M, Galassi J, et al. Las y los trabajadores sexuales y sus derechos humanos ante el VIH. Bolivia Hoy. 2019(3); p.337–340.
- 57.- González J, Rodríguez M, Mateos M. Determinación de la carga viral del VIH-1. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2011;29(3): p.47–50.
- 58.- Noda A, Vidal L, Pérez J, Cañete R. Interpretación clínica del conteo de linfocitos T CD4 positivos en la infección por VIH. Rev Cubana Med. 2013;52(2): p.118–27.
- 59.- Bernal F. Farmacología De Los Antirretrovirales. Rev Médica Clínica Las Condes. 2016;27(5): p.682–697.

60.- American Psychological Association. Orientación sexual e Identidad de genero. [Internet]. 2020. [citado 28 junio 2020]. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/sexua>

## 21.-ANEXOS:

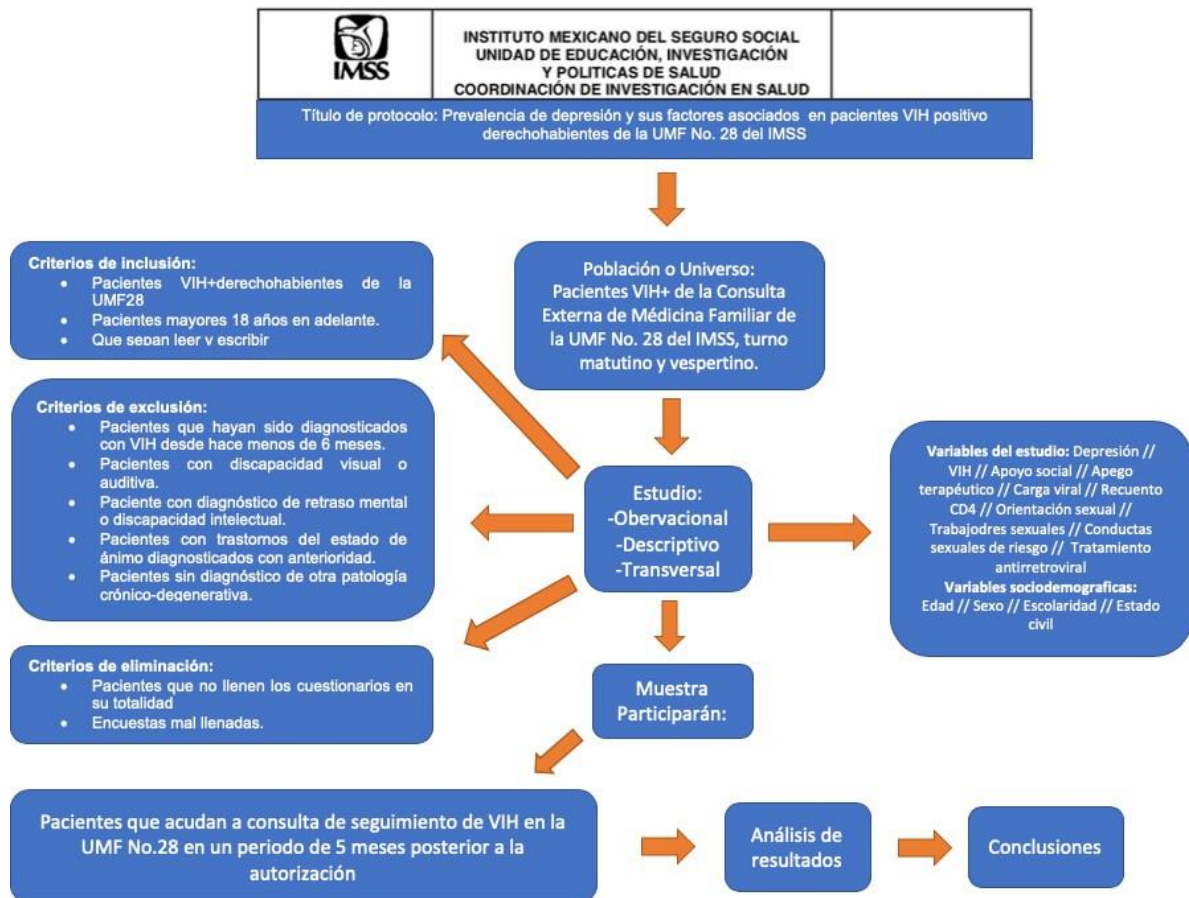
### ANEXOS 1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

#### Título de protocolo: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS

Presenta: Eduardo Cortes Cruz Médico residente de 2° año de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97374488

Asesor: Dr. Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513. Unidad de Medicina Familiar No.28



## **ANEXOS 2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

### **INSTUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

#### **Título de protocolo: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS**

Presenta: Eduardo Cortes Cruz Médico residente de 2° año de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97374488

Asesor: Dr. Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513. Unidad de Medicina Familiar No.28

#### **1. Tristeza**

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

#### **2. Pesimismo**

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mi.
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 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 este 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 mi 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. Querría 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.

## **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 propias 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 mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

#### **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 energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

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

#### **17. Irritabilidad**

0. No estoy tan 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.
1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
2. Mi apetito es mucho menor que antes.
3. No tengo apetito en absoluto.

#### **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. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

•		Puntuación	Nivel de depresión
•	1- 10	•	Estos altibajos son considerados normales
•	11- 16	•	Leve perturbación del estado de ánimo
•	17- 20	•	Estados de depresión intermitentes
•	21- 30	•	Depresión moderada
•	31- 40	•	Depresión grave
•	+40	•	Depresión extrema [22]

**Duración del cuestionario 5 a 10 minutos**

# ANEXOS 3. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO VIH / SIDA

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### Título de protocolo: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOAHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS

Presenta: Eduardo Cortes Cruz Médico residente de 2º año de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97374488

Asesor: Dr. Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513. Unidad de Medicina Familiar No.28

VIH/SIDA 2010-1

**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH / SIDA**

CLASIFICACIÓN: SEROPOSITIVO  SIDA

---

**I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

No. AFILIACIÓN: CURP: FOLIO: NO. DE EXPEDIENTE:

**NOMBRE:** Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

**FECHA DE NACIMIENTO:** Estado de nacimiento Jurisdicción de nacimiento

**MUNICIPIO:** de nacimiento **EDAD:** Años Meses Días **SEXO:** Masculino ( ) Femenino ( ) **ESTADO CIVIL:** SOLTERO (-) CASADO (-) VIUDO (-) DIVORCIADO (-) SEÑALADO (-)

**OCUPACIÓN:** (Actual o última) **ESCOLARIDAD:** (último año aprobado)

**RESIDENCIA ACTUAL:** Jurisdicción Sanitaria Calle Municipio Localidad Colonia C.P. Delegación para IMSS

Entre qué calles y qué calle: **ES MIGRANTE:** MIGRANTE NACIONAL ( ) MIGRANTE E. U. S. ( ) MIGRANTE OTRO: ( )

**ANTERIOR LUGAR DE RESIDENCIA POR MÁS DE SEIS MESES A PARTIR DE 1980** (Si son diferentes al habitat y se han durado más de 6 meses)

ES UN CASO BINACIONAL: ( ) ( ) ( ) ( ) ES INDIGENA: ( ) ( ) ( ) ( )

**HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?** **HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL:** ( ) ( ) ( )

---

**II INFORMACIÓN INSTITUCIONAL**

Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad

Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) Nombre del Médico Notificante

**FECHA DE NOTIFICACIÓN:** Día Mes Año

---

**III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**1. SERUALIDAD**

A. Ha tenido relaciones sexuales con: Hombres ( ) ( ) ( ) ( ) Mujeres ( ) ( ) ( ) ( ) NO APLICA ( )

B. A partir de 1980 ha tenido relaciones sexuales con:  
 Homosexuales ( ) ( ) ( ) Trabajadores del sexo comercial ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
 Prostitución ( ) ( ) ( ) ( ) Trabajadores del sexo comercial ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
 Hombres sexuales ( ) ( ) ( ) Personas Transgénero ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
 Migrantes ( ) ( ) ( ) ( ) Usuarios Drogas Intravenosas/Inyectables ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
 Retiro de Centros de Readaptación Social ( ) ( ) ( ) ( )  
 Personas con VIH/SIDA ( ) ( ) ( ) ( )  
 Recipientes de transfusión sanguínea o de transfusión de órganos/tejidos ( ) ( ) ( ) ( )

C. Es o ha sido trabajador del sexo comercial: ( ) ( ) ( ) ( ) NO APLICA ( )

D. Es una persona transgénero: ( ) ( ) ( ) ( )

E. Fue víctima de violación sexual: Recibió quimioprofilaxis ( ) ( ) ( ) Fecha de inicio: Día Mes Año Fecha de que ocurrió: Día Mes Año Fecha de seroconversión a VIH: Día Mes Año  
 Cuántas horas después de la violación: \_\_\_\_\_ Duración de la Quimioprofilaxis: \_\_\_\_\_

2. HA SIDO TRANSFUNDIDO: No. UNIDADES TRANSFUNDIDAS DESPUÉS DE 1980

UNIDAD 1: Día Mes Año Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad  
 Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

UNIDAD 2: Día Mes Año Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio Localidad  
 Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

3. ES HEMOFÍLICO: ( ) ( ) ( ) ( )

4. ES USUARIO(A) DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES: ( ) ( ) ( ) ( )

5. HA DONADO SANGRE: ( ) ( ) ( ) ( )

6. HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: ( ) ( ) ( ) ( )

TIPO DE INTERVENCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: Día Mes Año Clave Unidad Estado/Delegación Jurisdicción Sanitaria Municipio  
 Institución Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)

7. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: ( ) ( ) ( ) ( ) FECHA DE EXPOSICIÓN: Día Mes Año

EXPOSICIÓN A: SANGRE ( ) ( ) SECRECIONES ( ) ( ) RESULTADO DE PRUEBA BASAL: \_\_\_\_\_ ESPECÍFICA \_\_\_\_\_ FECHA DE SEROCONVERSIÓN A VIH: \_\_\_\_\_

RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS: ( ) ( ) ( ) ( ) FECHA: \_\_\_\_\_ CUANTAS HORAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN: \_\_\_\_\_ DURACIÓN DE LA QUIMIOPROFILAXIS: \_\_\_\_\_

9. ¿SUSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL? (Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)

¿ALGUNO DE LOS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

	MADRE	PADRE
1. FALTA DE VIHEDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. FALTA DE VIHEDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. BIBEVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. HERRA BUCAL, INFECCIÓN POR VIH/IDA O PRÁCTICAS DE RIESGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. SAS DE UNA PAREJA SEXUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. TRANSFUNDIDO DESPUÉS DE 1980	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. HEMOFILIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. DONACIÓN DE SANGRE REINDENTADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE Y SECRECIONES CON VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V MECANISMO DE TRANSMISIÓN:** ( ) Sexual ( ) parenteral ( ) Intrauterino ( ) Transfusión ( ) Donación de sangre

( ) Drogas intravenosas/inyectables ( ) Ocupacional ( ) Perinatal ( ) Desconocido

NOTA: ÚNICAMENTE PERSONAL MÉDICO REGISTRARÁ Y MANEJARÁ LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMATO. LA INFORMACIÓN DE VIH/SIDA ES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENVIARSE EN SOBRE CERRADO.

VI ANTECEDENTES CLINICOS																																																																																																																																																																																																	
FECHA DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				TUVO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON TB ACTIVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				CURP DE LA PERSONA CON TB <input type="text"/>																																																																																																																																																																																									
FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DE SIDA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				TIENE SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TB ACTIVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SE LE HA REALIZADO DETECCIÓN ANUAL DE TB LATENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																									
Estado de residencia al inicio <input type="text"/>				SE LE OFRECÍO DETECCIÓN DE TB <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				TIPO DE ESTUDIO REALIZADO <input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> RX DE TORAX																																																																																																																																																																																									
FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE SIDA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				FECHA DE REALIZACIÓN DE LA DETECCIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				RESULTADO DE LA DETECCIÓN <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO																																																																																																																																																																																									
INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE SIDA <input type="text"/>				RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				POR CUÁNTO TIEMPO SERÁ ADMINISTRADA <input type="text"/> Meses																																																																																																																																																																																									
NOMBRE (Hospital, Clínica, Otras) <input type="text"/>				FECHA DE INICIO DE QUIMIOPROFILAXIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				ES UN CASO DE TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																									
INSTITUCIÓN (ESPECIFICAR) <input type="text"/>				LOCALIZACIÓN DE LA TB <input type="checkbox"/> INTRA-MONAR <input type="checkbox"/> EXTRA-MONAR				FECHA DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																																																																									
MUNICIPIO <input type="text"/>				ESTADO <input type="text"/>				RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TB <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																									
<b>INFECCIONES</b> CANDIDIASIS: Esofágica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Traqueal, bronquial y/o pulmonar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orolingual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vulvovaginal > 1 mes o refractaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CITOMEGALOVIRUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CRYPTOSPORIDIASIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CRYPTOCOCCOSIS EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEPATITIS: B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HERPES: SIMPLE de más de 1 mes, bronquial o esofágico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZOSTER: recurrente o en dos dermatomas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HISTOPLASMOISIS: DISEMINADA O EXTRAPULMONAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INFECCIONES BACTERIANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MICOBACTERIOSIS ATÍPICA: avium <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Diseminada o extrapulmonar) kansasii <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEUMONÍA POR P. JIROVECI (P. carinii) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEPTICEMIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BACTEREMIA RECURRENTE POR SALMONELLA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOISIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ISOSPORIDIASIS DE MAS DE 1 MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTRONGLIDOSIS EXTRAINTestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>TUBERCULOSIS</b> CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO <input type="text"/> ALGUNO DE SUS HIJOS ESTÁ INFECTADO CON VIH <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI NO ESTÁ EMBARAZADA SE LE OFRECÍO ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL MÉTODO <input type="text"/> SI ESTÁ EMBARAZADA, NÚMERO DE GESTA <input type="text"/> SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH Y EMBARAZO <input type="text"/> RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES <input type="text"/> COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL <input type="text"/> EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIENE CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																													
								<b>NEUROLOGICOS</b> COMPLEJO DEMENCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DISFUNCIÓN MOTORA CENTRAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEUROPATIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RETINOPATIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOISIS, HERPES O CITOMEGALOVIRUS CEREBRAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>EMBARAZO</b> RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH Y EMBARAZO <input type="text"/> RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES <input type="text"/> COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL <input type="text"/> EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIENE CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																					
																<b>NEOPLASIAS</b> SARCOMA DE KAPOSI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE HODGKIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LINFOMA NO HODGKIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DISPLASIA O CÁNCER CERVICOUTERINO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>TRATAMIENTO</b> RECIBIÓ ANTIRRETROVIRALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>UNIDAD TRATANTE</b> Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) <input type="text"/> CLAVE DE LA UNIDAD <input type="text"/> INSTITUCIÓN <input type="text"/> ESTADO <input type="text"/> JURISDICCIÓN <input type="text"/> MUNICIPIO <input type="text"/> LOCALIDAD <input type="text"/>																																																																																																																																																																													
																								<b>OTRAS</b> ANGIOMATOSIS BACILAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LEUCOPLAQUIA PILOSA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONDILOMAS GENITALES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LINFADENOPATIA GENERALIZADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIPERPLASIA PULMONAR LINFOIDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEUMONIA Y/O INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANEMIA, TROMBOCITOPENIA O NEUTROPENIA > 1 MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE DESGASTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PERDIDA DE PESO > AL 10%, O FALTA PARA CRECER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIARREA DE MÁS DE 1 MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FIEBRE DE MÁS DE 1 MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otras: (especifique) 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>				<b>ESTADO ACTUAL</b> AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN, EL PACIENTE SE ENCUENTRA: VIVO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FECHA DE LA DEFUNCIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN <input type="text"/>																																																																																																																																																																					
																																<b>LABORATORIO</b> <b>Detección Inicial:</b> ELISA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Aglutinación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Detección Repetida:</b> ELISA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Aglutinación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Confirmatoria:</b> Western blot <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PCR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Western blot para IgA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CD4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % Carga Viral <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Copias/ml																																																																																																																																																																	
																																				<b>IX OBSERVACIONES</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																																													
																																								<b>X CONTACTOS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE (apellido, primer, segundo, nombre)</th> <th colspan="2">SEXO</th> <th rowspan="2">EDAD</th> <th rowspan="2">Relación con el Paciente</th> <th rowspan="2">CURP</th> <th colspan="4">LABORATORIO</th> <th colspan="2">EDO ACTUAL</th> <th colspan="2">NOTIFICADO</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>F</th> <th>Pos:</th> <th>Neg:</th> <th>Ind:</th> <th>Sin IgA:</th> <th>VIVO</th> <th>MUERTO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				NOMBRE (apellido, primer, segundo, nombre)	SEXO		EDAD	Relación con el Paciente	CURP	LABORATORIO				EDO ACTUAL		NOTIFICADO		M	F	Pos:	Neg:	Ind:	Sin IgA:	VIVO	MUERTO	SI	NO																																																																																																																														
																																													NOMBRE (apellido, primer, segundo, nombre)	SEXO				EDAD	Relación con el Paciente	CURP	LABORATORIO				EDO ACTUAL		NOTIFICADO																																																																																																																																						
																																												M		F	Pos:	Neg:	Ind:				Sin IgA:	VIVO	MUERTO	SI	NO																																																																																																																																								
FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE <input type="text"/>																																																																																																																																																																																																	

Duración del cuestionario 10 minutos.

## **ANEXOS 4. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO**

**INSTUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Título de protocolo: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS**

Presenta: Eduardo Cortes Cruz Médico residente de 2° año de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97374488

Asesor: Dr. Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513. Unidad de Medicina Familiar No.28

1.- Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que ocurre). Número de amigos íntimos o familiares: \_\_\_\_\_

2.- La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyos cuando lo necesita?

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesitas hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas, domesticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

#### ❖ EVALUACION

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
Apoyo emocional	40	42	8
Apoyo instrumental	20	15	4
Apoyo de interacción social positiva	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	9
Índice global	95	57	19

CONTENIDO	ITEMS	PUNTUACIÓN MÁXIMA	MEDIA	MÍNIMA
Apoyo emocional	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19	40	24	8
Apoyo material o instrumental	2, 3, 12 y 15	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	7, 11, 14 y 18	20	12	4
Apoyo afectivo referido a expresión de amor y cariño	6, 10 y 20	15	9	3
Índice global		95	57	19

- **Duración del cuestionario 5 minutos.**

**ANEXOS 5. TEST ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TEST DE MORISKY - GREEN (ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE MORISKY 4 ITEMS (MMAS-4))**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Título de protocolo: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS**

Presenta: Eduardo Cortes Cruz Médico residente de 2° año de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97374488

Asesor: Dr. Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513. Unidad de Medicina Familiar No.28

- 1.-¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- 2.-¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- 3.-Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
- 4.-Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/ No [12].

**Duración del cuestionario 5 minutos.**

## 16.6 ANEXO 6. CRONOGRAMA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Título de protocolo: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS

Presenta: Eduardo Cortes Cruz Médico residente de 2° año de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97374488 Asesor: Dr. Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513. Unidad de Medicina Familiar No.28

TEMA / FECHA	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE 2020	FEB 2020	MAR 2021	ABR 2021
ELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACION	XX	XX										
INTRODUCCION		XX	XX	XX								
MARCO TEORICO		XX	XX	XX								
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				XX								
PREGUNTA DE INVESTIGACION				XX								
JUSTIFICACION				XX								
OBJETIVOS				XX								
HIPOTESIS				XX								
MATERIAL Y METODOS				XX								
• DISEÑO DE ESTUDIO				XX								
• TAMAÑO DE MUESTRA				XX								
• POBLACION DE ESTUDIO				XX								
CRITERIOS DE SELECCION				XX								
VARIABLES DE ESTUDIO				XX								
DESCRIPCION DEL ESTUDIO (ESTRATEGIA)				XX								
RECOLECCION DE DATOS										XX	XX	XX
CONSENTIMIENTO INFORMADO					XX							
ANALISIS ESTADISTICO										XX	XX	XX
ASPECTOS ETICOS					XX							
FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO					XX							
CONFLICTO DE INTERESES						XX						
RECURSOS						XX						
CRONOGRAMA	XX	XX	XX	XX	XX	XX						
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS			XX	XX								
ANEXOS					XX	XX						
INCORPORACION AL SIRELCIS				XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	
APROBACION DEL SIRELCIS									XX	XX		
XX REALIZADO	XX EN PROCESO					XX PENDIENTE						



## 16.7 ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	No existe
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28, localizada en Calle Gabriel Mancera 800 esq. San Borja entre eje 6 sur, Angel Urraza, Col del Valle Centro, 03100 Ciudad de México, CDMX. En el periodo programado de Noviembre 2020 a Enero 2021
Número de registro institucional:	PENDIENTE
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El investigador me ha informado que en el mundo existen personas que viven con VIH y depresión al mismo tiempo, y esto hace que las personas no se tomen sus medicamentos de forma correcta, que la enfermedad empeore rápidamente, que los medicamentos dejen de funcionar y que aumente el número de personas que se quitan la vida ellas mismas. Todo esto se podría prevenir si tratáramos de forma oportuna a la depresión.</p>
Procedimientos:	Se realizarán los siguientes cuestionarios: Inventario de depresión de Beck; para ver que tan deprimidas están las personas, Estudio epidemiológico VIH / SIDA: para conocer información importante del paciente, Cuestionario MOS: para ver que tan apoyado se siente el paciente con la sociedad. Escala de Morisky: para ver como se toma su medicamento. Duración Promedio de 30 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Quizá puedo presentar un poco de molestia como malestar o tristeza al tener que responder preguntas que puedan llegar a tocar mis sentimientos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de identificar datos compatibles con depresión se hará la referencia como apoyo en atención integral al paciente, incluyendo la disponibilidad de recibir tratamiento médico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Con base en el puntaje del cuestionario de Beck se informará al paciente en el momento de la entrevista y referenciarlo a los servicios pertinentes de la UMF 28 comprometiéndolos a proporcionar la información sobre el resultado de las encuestas realizadas. En dado caso que se requiera, el tratamiento podrá ser farmacológico, terapia por parte de psicología o referencia a psiquiatría.
Participación o retiro:	Se me informa que mi participación es voluntaria y que, si decido retirarme o no participar, continuaré teniendo acceso a los servicios de salud u otras prestaciones que recibo en el IMSS. Así mismo puedo hacer las preguntas que desee al inicio o a lo largo del estudio a la persona encargada del estudio. Soy libre de retirarme o no contestar encuestas en el momento que yo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado de este.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica)	Se dará tratamiento oportuno y ayuda psicológica
Beneficios al término del estudio	Se me ha informado que al finalizar el estudio se agradecerá mi participación, dependiendo de los resultados, podré recibir atención médica oportuna, psicológica y/o psiquiátrica; y me podré retirar con pleno conocimiento de los resultados obtenidos.
<input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.	
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigadora o Investigador Responsable:	Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". Tel: 55 34 16 19 5 e-mail: nazario.arellano@imss.gob.mx
Colaboradores:	Cortes Cruz Eduardo Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28, Matrícula 97374488, celular 55 59817043, correo electrónico: dreduardocortescruz@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comiteeticainv@imss.gob.mx](mailto:comiteeticainv@imss.gob.mx) , [comiteeticainv@imss.gob.mx](mailto:comiteeticainv@imss.gob.mx)

Cortes Cruz Eduardo

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1  
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2  
Nombre, dirección, relación y firma  
Clave: 28 10-009-013

**16.8 ANEXO 8: CARTA DE NO INCONVENIENTE  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,  
INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Título de protocolo: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS**

Presenta: Eduardo Cortes Cruz Médico residente de 2° año de la especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97374488

Asesor: Dr. Arellano Romero Nazario Uriel. Cargo: Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar Matrícula: 98374513. Unidad de Medicina Familiar No.28



GOBIERNO DE  
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN CIUDAD DE MÉXICO 37 SUR  
Jefatura de Prestaciones Médicas  
HQR 1 "Carlos MacGregor Sánchez Navarro"

"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria"

Ciudad de México, a 01 de Julio de 2020

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
Delegación D.F. Sur

PRESENTE

Por medio del presente, manifiesto que NO EXISTE INCONVENIENTE en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVO DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 28 DEL IMSS", en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador principal Dra. Nazario Uriel Arellano Romero, Matrícula 98374513, y colaborador Médico Residente Dr. Eduardo Cortes Cruz Matrícula 97374488.

Se realizará un estudio analítico transversal en 58 personas para evaluar la prevalencia de depresión y la asociación de factores asociados (edad, escolaridad, sexo, apoyo social, adherencia terapéutica en pacientes VIH+), a través de los siguientes instrumentos: estudio epidemiológico VIH/SIDA, inventario de depresión de Beck, escala de MOS y la escala de MMAS-4.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente:

Dra. Katia Gabriela Cruz Nunez  
Directora UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

