



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
No. 32, GUASAVE, SINALOA**

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
No. 32, GUASAVE, SINALOA.**

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

PRESENTA:

DRA. MONTOYA FLORES LEDIN YASBEK

GUASAVE, SINALOA.

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32, GUASAVE,
SINALOA.**

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

PRESENTA:

MONTOYA FLORES LEDIN YASBEK

**DR. EDI SAMUEL ESPINOZA ASTORGA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32,
GUASAVE, SINALOA.**

**DR. OMAR IVÁN DURÁN GÁLVEZ
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32,
GUASAVE, SINALOA.**

**MC. DRA. PAULA FLORES FLORES.
DIRECTOR DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN SALUD
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1
CULIACAN SINALOA.**

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No 32
Guasave, Sinaloa
HOJA DE APROBACIÓN



Dr. Martin de Jesús Ahumada Quintero.
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No 32, IMSS
GUASAVE, SINALOA



Dr. José Francisco Espinoza Rubio.
ASESOR DE TESIS



Dr. Edi Samuel Espinoza Astorga.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS



Dr. Omar Iván Durán Gálvez.
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD IMSS HGZ CMF No 32

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32, GUASAVE,
SINALOA.**

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

PRESENTA:

MONTOYA FLORES LEDIN YASBEK.

AUTORIZACIONES




**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2501
H GRAL REG NUM 1, SINALOA

FECHA 22/10/2015

DRA. LEDIN YASBEK MONTOYA FLORES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.32, GUASAVE, SINALOA.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-2501-64

ATENTAMENTE

DR.(A). GILBERTO AMEZQUITA ROMERO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2501

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS.

A mi esposo, mis hijos, por ser parte importante de mi vida, por el apoyo incondicional, por el amor, la paciencia y su comprensión.

A mis padres y hermanos por estar siempre apoyándome en todo.

A mis amigos que vivimos juntos esta experiencia maravillosa Saida, Lolita, César, Lorenzo, Brian, Christian y Tuason, gracias por todo su apoyo, el mejor y único equipo.

A mi amiga Charis que me dio todo su apoyo y cariño.

A mis maestros por la paciencia, dedicación y sus enseñanzas.

Al resto de médicos adscritos que sin duda han sido de gran ayuda para mi formación.

INDICE

Abreviaturas	8
Relación de tablas y gráficas	9
I.- Resumen	11
II.- Marco teórico	13
A- Antecedentes científicos.....	13
B- Antecedentes históricos.....	19
III.-Planteamiento del problema	42
IV.- Justificación	45
V.- Objetivos	47
A.- General.....	47
B- Específicos.....	47
VI.- Metodología	48
A.- Tipo de estudio.....	48
B- Diseño de investigación.....	48
C.- Población, lugar y tiempo de estudio.....	48
D.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	48
E.- Criterios de selección.....	48
E.1.- Criterios de inclusión.....	48
E.2- Criterios de exclusión.....	49
E.3.- Criterios de eliminación.....	49
F.- Variables.....	49
F.1.- Tipo de variables.....	49
F.2.- Operacionalidad de variables.....	50
G.- Instrumento de recolección de datos.....	52
H.- Método o procedimiento para captar la información.....	56
I.- Análisis estadístico.....	56
J.- Recursos.....	56
J.1.- Recursos humanos.....	56

J.2.- Recursos materiales.....	57
VII.- Aspectos éticos.....	58
VIII.- Resultados.....	59
IX.- Discusión.....	70
X.- Conclusión.....	72
XI.- Bibliografía.....	73
XII.- Anexos.....	76
A.- Instrumento de recolección de datos.....	76
Anexo 1.- Encuesta directa.....	76
Anexo 2.- Escala de HAMILTON.....	78
Anexo 3.- Escala de ZUNG.....	80
Anexo 4.- Escala de GRAFFAR.....	81
Anexo 5.- Test FACES III.....	82
B.- Consentimiento informado.....	83

ABREVIATURAS.

VIH- Virus de Inmunodeficiencia Humana.

SIDA- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

BDI- Inventario de depresión de Beck.

CES-D- Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos.

HATQoL- Targeted Quality of Life.

DNA - ADN- Ácido desoxirribonucleico.

RNA - ARN- Ácido ribonucleico.

ELISA- Enzimoimmunoanálisis de adsorción).

CD4- Linfocitos T CD4.

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

VHH-8- Virus Herpes Humano tipo 8.

TAR- TARAA - Terapia Antirretroviral.

ARV- Antirretroviral.

HAART- Terapia Antirretroviral de gran actividad.

HLA- Antígenos leucocitarios humanos.

HPTN- Estudio clínico que examina la terapia antirretroviral.

AZT- Azidotimidina.

FDA- Food and Drug administration.

INTR- Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa.

IP- Inhibidores proteasa.

OMS- Organización Mundial de la Salud.

ONU- Organización de las Naciones Unidas.

ONUSIDA- Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

DSM- Diagnostic and statistical Manual.

HDRS- Hamilton Depression Rating Scale.

RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS.

	Pág.
Tabla de operacionalidad de variables	50
Gráfico 1- Distribución del sexo de los pacientes con VIH/SIDA.	59
Gráfico 2 – Distribución en la edad en pacientes con VIH/SIDA.	60
Gráfico 3 – Distribución del estado civil en pacientes con VIH/SIDA.	60
Gráfico 4 - Distribución de escolaridad en pacientes con VIH/SIDA.	61
Gráfico 5 – Distribución en ocupación en pacientes con VIH/SIDA.	62
Gráfico 6 - Frecuencia de religión en pacientes con VIH/SIDA.	63
Gráfico 7 - Frecuencia de comorbilidades en pacientes con VIH/SIDA.	63
Gráfico 8 - Frecuencia de alcoholismo en pacientes con VIH/SIDA.	64
Gráfico 9 - Frecuencia de tabaquismo en pacientes con VIH/SIDA.	64
Gráfico 10 - Frecuencia de drogas en pacientes con VIH/SIDA.	65
Gráfico 11- Distribución de tiempo de evolución en pacientes con VIH/SIDA.	65

Gráfico 12 - Frecuencia del nivel socioeconómico en pacientes con VIH/SIDA.	66
Gráfico 13 - Frecuencia de distribución de la disfunción familiar en con VIH/SIDA.	67
Gráfico 14 - Frecuencia de distribución de la disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.	67
Gráfico 15 – Evaluación de depresión con escala de Zung en pacientes con VIH/SIDA.	68
Gráfico 16 – Evaluación de depresión con escala de Hamilton en pacientes con VIH/SIDA.	69

I.- RESUMEN.

Título- Depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

Introducción- El HIV/SIDA junto con los problemas mentales, contribuyen a engrosar el número de las enfermedades agobiantes de los países en desarrollo. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud estima que en general, el porcentaje de enfermedades mentales en pacientes HIV/ SIDA es muy alto; la depresión se destaca entre ellas por su alta prevalencia. Después de más de tres décadas de descubierto el virus de la inmunodeficiencia humana, causante del sida, mucho se ha investigado sobre esta enfermedad, tanto desde el punto de vista médico, como desde sus implicaciones psicológicas y sociales. Los estudios han demostrado una alta prevalencia de depresión en las personas viviendo con VIH, con importante repercusión en el desarrollo de la enfermedad, y también ha sido registrado como una de las principales causas de consulta psiquiátrica y de suicidio. En el caso de los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección.

Objetivo- Describir frecuencia de la depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

Metodología- Se efectuó en un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo. Se evaluó con escala de Hamilton y escala de Zung.

Resultados- El estudio se realizó en 33 personas con VIH/SIDA, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa. De la muestra se encontró más personas en la edad de 41 a 50, 11 personas (33.33%), predominando en hombres en un 57.57%, solteros en un 54.54%, escolaridad de preparatoria completa de 21.21%, en ocupación son empleados en un 30.30%,

todos profesan una religión 100%, sin comorbilidades en un 63.63%, el 69.69% no ingieren bebidas alcohólicas, tabaquismo negativo en 81.81%, en un 39.39% de más de 5 años de evolución, en un nivel socioeconómico medio de un 54.54%. En base al Faces III se encuentran el mayor número en familias no relacionadas 66.66%, caótica (42.42%), encontrando disfuncionalidad familiar. En la escala de Zung el rango mayor fue en depresión moderada con 18 (54.54%) 6 (18.18%) femeninos y 12 (36.36%) masculinos. La escala de Hamilton es mayor en depresión severa 14 (42.42%) sujetos y también de predominio masculinos 8 (24.24%) sujetos.

Conclusiones- Se concluye que todos los pacientes del Hospital General Zona con Medicina Familiar No. 32 Guasave, Sinaloa si cursan con depresión. Predominando en la escala de Zung en depresión moderada, y en escala de Hamilton depresión severa.

Palabras clave- Depresión, VIH, SIDA.

II- MARCO TEORICO.

A- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Gaviria y cols. (2009) Colombia, realizaron una investigación que tuvo como diseño un estudio descriptivo transversal correlacional mediante encuesta. Su objeto de estudio: Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/SIDA. Participaron en este estudio 92 pacientes voluntarios entre los 23 a 68 años con una media de edad de 39.4, de ambos géneros, la mayor parte de los participantes fueron hombres (84.8%) y sólo un 15.2% fueron mujeres. En relación al estrato socioeconómico, un porcentaje mayor (64.1%) se agrupa en el nivel 2 y 3 (medio-bajo). En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los sujetos tiene estudios superiores (46.7%), seguido de estudios básicos en secundaria (41.3%) y primaria (12.0%). A nivel de la variable ocupación, se observó que la mayoría realiza una actividad laboral ya sea formal e informal (66.3%) y el resto se ubicó en las categorías desempleado (19.6%), estudiante (3.3%) y otros (10.9%). Respecto al estado civil, alrededor de una tercera parte de la muestra (77.2%) está ubicada en la categoría de solteros. Por último, en los pacientes con VIH/SIDA se encontró que tenían más de dos años de tiempo de diagnóstico de enfermedad. Se utilizó la Escala de Estrategias de Coping Modificada validada en Colombia por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006), para evaluar la ansiedad y la depresión se utilizaron las escalas auto-aplicadas de Zung y para evaluar la depresión se utilizó la Escala Auto-aplicada de Depresión de Zung (1965), Self-Rating Depresión Scale. Los pacientes con VIH/SIDA no presentaron niveles clínicamente significativos de ansiedad y depresión. Igualmente en otros estudios desarrollados en Colombia se han encontrado resultados similares en enfermos crónicos, tanto en VIH/SIDA como en otras enfermedades crónicas. Los datos colombianos que reportan bajos niveles de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA y en enfermedades crónicas son en cierto sentido paradójicos en comparación con los estudios

epidemiológicos recientes sobre salud mental con población general colombiana donde se han encontrado altos niveles de ansiedad y depresión.

En conclusión, los factores psicosociales y sociodemográficos como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, la ocupación, el estado civil, la percepción de apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas, las enfermedades psiquiátricas o psicológicas antes y después del diagnóstico de la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras, pueden en algunos casos, permitir o no a los pacientes con VIH/SIDA afrontar la enfermedad para lograr la adaptación y el bienestar de su salud general (3).

En este estudio C. Wolff y cols. (2010) en Santiago de Chile, también realizaron un estudio de investigación de tipo meta-análisis, donde el objetivo principal era Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH. En una muestra de pacientes infectados por VIH en control, con representatividad nacional, se encontró una prevalencia de depresión de 36% durante el último año. En América Latina, los reportes provienen de Brasil, donde Noqueira y cols., y Antakly de Melo y Malgebier, observaron una prevalencia puntual de depresión de 21,8% en una muestra mixta y de 25,8% en una muestra compuesta sólo por mujeres, respectivamente. Lo descrito para la población general, los pacientes con mayor riesgo de desarrollar depresión son los de sexo femenino, aquellos con menor nivel educacional y socioeconómico, los desempleados o en condiciones de inestabilidad laboral, los no casados ni emparejados, y aquellos que no cuentan con una red de apoyo social.

La depresión suele ser sub-diagnosticada y sub-tratada lo cual se debe tanto a la reticencia por parte de los pacientes a revelar su sintomatología depresiva como

de los médicos clínicos a consultar por la misma, a la dificultad en distinguir el cuadro de las complicaciones propias del VIH y a la poca experiencia que existe en tratar la depresión en los pacientes con infección por VIH. Es imperativo que los profesionales de la salud que trabajan con pacientes infectados por el VIH estén atentos frente a este problema se incorporen en su práctica clínica la búsqueda activa de síntomas depresivos. Una estrategia posible de utilizar sería el tamizaje periódico de síntomas depresivos mediante algún instrumento estandarizado, tal como el Inventario de depresión de Beck (BDI) 54 o la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) 55, que han sido ampliamente utilizados en pacientes infectados por VIH, lo que permite identificar a aquellos pacientes que requieren mayor evaluación y eventual tratamiento antidepressivo (4).

A si mismo Gatti y cols. (2011) Kanye, Botswana, África, realizaron un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo realizado durante los meses de agosto-octubre de 2009. Su objetivo fue: Prevalencia de depresión en pacientes HIV/SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kenia, Botswana, África. El total fue de 200 pacientes de ambos sexos. Todos los individuos respondieron a una encuesta sociodemográfica, Inventario de Beck, y firmaron consentimiento para el trabajo. La relación entre las variables se realizó mediante la prueba estadística. Se encontró que el 79.5% de pacientes con HIV/SIDA tenían depresión. El 16.5% presentaba depresión leve; el 7.5% tuvo depresión clínica, el 16% presentó depresión moderada, mientras que el 23% tenía depresión severa, y el 16.5% presentó depresión extrema. Se encontró que el 82% de los hombres tenían depresión, mientras que el 78.4% de las mujeres la tenían a nivel clínico. No se encontró asociación entre la depresión y las siguientes variables sociodemográficas: sexo, nacionalidad, religión, estado civil, si está tomando medicación antirretroviral, si posee alguna enfermedad, que podría manifestarse con algunos de los síntomas de la depresión. Se evidenció un alto porcentaje de

incidencia de ideación suicida en pacientes HIV/SIDA. De los 200 pacientes encuestados, 77 personas manifestaron tener ideas suicidas, que representa el 38,5% de la muestra, de los cuales el 0,5% tenía niveles normales de depresión, el 2% tenía depresión leve, el 0,5% manifestó depresión clínica, el 6,5% tuvo depresión moderada, el 14,5% evidenció depresión severa y el 14,5% tenía depresión extrema. El 45,9% de los hombres poseían ideas suicidas, y el 35,3% de las mujeres las tenían. En este estudio se demuestra que existe un alto porcentaje de depresión entre los pacientes infectados, atendidos en Botswana con HIV/SIDA. El presente trabajo presentó algunas limitaciones, propias de las personas a las que fueron dirigidas las encuestas. Esto se entiende porque la encuesta fue hecha oralmente de manera personal, considerando el estado depresivo de muchos de los pacientes que por ende, poseían desgano. Por otra parte, no hubo mucha colaboración por parte de los pacientes HIV/SIDA, ya que muchos se negaron a realizar las encuestas, algunos de los cuales desconfiaban que el gobierno estuviera implicado. El idioma Setswana también fue otra de las limitaciones, ya que los cuestionarios fueron hechos en inglés solamente, y no hubo enfermeras con voluntad de ayudar con la traducción (2).

Por otro lado, Reis y cols. (2011) San Paulo Brasil, realizaron un estudio de investigación cuantitativo de corte trasversal, su objeto de estudio fue: Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/SIDA. Se trata de un estudio realizado en 228 personas viviendo con HIV/SIDA en un municipio del estado de Sao Paulo, durante 2007 y 2008. Los objetivos fueron investigar la intensidad de los síntomas de depresión en individuos con HIV/SIDA atendidos en dos unidades de referencia en Ribeirao Preto, SP, y comparar la calidad de vida con los diferentes grados de intensidad de los síntomas de depresión en esos individuos, según el género. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas individuales, utilizando el Inventario de Depresión de Beck y HIV/AIDS Targeted Quality of Life (HATQoL). Se detectaron 63 (27,6%) individuos con

síntomas de depresión (leve, moderado y grave). Las mujeres presentaron síntomas de intensidad más grave de depresión que los hombres. Individuos con síntomas depresivos presentaron menores puntajes de calidad de vida que individuos con ausencia de esos síntomas, con diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios/medianos en la mayoría de los dominios del HATQoL. Los datos también comprobaron el impacto negativo de la depresión en todos los dominios del HATQoL, excepto, en los dominios Confianza en el Médico y Preocupación con el Sigilo. Se observó que cuanto mayor es la intensidad de los síntomas depresivos, peores son los puntajes de calidad de vida. Estudios realizados en Porto Alegre-RS con la población atendida en una unidad básica de salud y con personas viviendo con el HIV/SIDA también encontraron resultados semejantes, evidenciando que la presencia de síntomas depresivos parece, de hecho, perjudicar la calidad de vida en muchas de las dimensiones evaluada. Los profesionales de la salud deben ofrecer asistencia integral a las personas con HIV/SIDA, valorizando los síntomas depresivos y promoviendo la promoción de la salud mental de las personas viviendo con el HIV/SIDA (6).

Segovia Chávez (2012) en Monterrey N.L. México, llevó a cabo un estudio en dos fases: la primera fase cualitativa y la segunda cuantitativa, ambos estudios son de carácter descriptivo-correlacional con diseños ex post facto transversales. Con objetivo: Discriminación en mujeres con VIH/SIDA y su relación con depresión e ira. Se utilizó para medir la depresión, El Inventario de Depresión de Beck, segunda edición, Steer & Brown (1996), con la adaptación al español de Sanz, Perdigón & Vázquez (2003). Los promedios de ira y depresión en estas mujeres infectadas por VIH son bajos. La depresión claramente se halla fuera de rango clínico. Así estas mujeres que recibieron su diagnóstico entre 3 o 4 años antes de la encuesta se han adaptado bien a su ambiente, no padeciendo niveles altos de ira ni depresión, ni temiendo o quejándose de discriminación frecuente. El estudio cualitativo nos muestra que sí existe percepción de discriminación su nivel es bajo,

al igual que de afecto negativo (depresión e ira) en estas mujeres que llevan entre 3 o 4 años viviendo con un diagnóstico positivo de VIH. Para que todo esto conlleve menos pensamientos depresivos se requiere entrenar y fomentar la asertividad en la persona (5).

A si mismo Nhamba y cols. (2014) Angola, África, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, su objeto de estudio fue Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola, el estudio se realizó en 100 personas con VIH residentes en los municipios de Huambo y Bailundo, el estado depresivo se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck y se aplicó una entrevista con preguntas cerradas, el resultados presentó predominio del sexo femenino y la mayor parte de la población estudiada tenía bajo nivel de instrucción. Los síntomas depresivos de varias intensidades estuvieron presentes en 33 pacientes (33 %) de ambos sexos. Las conclusiones fue que en la población estudiada la frecuencia de depresión fue relativamente baja con predominio de mujeres, personas jóvenes, con apoyo social y no asociada al empleo, al estado civil, ni a la escolaridad. Se recomienda el incremento de estudios en este contexto sociocultural considerando el impacto de la epidemia del VIH en esa parte del continente africano (1).

Cruz Islas (2015) México D.F., realizó un estudio descriptivo, transversal y probabilístico, el objetivo fue efecto de la depresión en la discapacidad en hombres con VIH en una clínica especializada. El estudio presento 26% (N= 58) de la muestra presento depresión según el punto de corte establecido para esta población especial, mientras que el 74% (N=165) no la presento. Dentro de los sujetos que presentaron depresión el 17.9% presento síntomas leves, el 21.5% síntomas moderados y el 9.9% síntomas severos. La media del puntaje del inventario de Beck fue de 7 con una D.E.= 6.4, puntaje mínimo de 0 y máximo de 29. La depresión incrementa la probabilidad de tener discapacidad en 31.18 momios. Es innegable la relación que tiene la depresión en las enfermedades

crónicas como el VIH. Diversos factores contribuyen, tanto psicosociales, conductuales y biológicos, generando discapacidad en los individuos (7).

B- ANTECEDENTES HISTORICOS.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (8). La infección por VIH, sin una intervención terapéutica adecuada, evoluciona a SIDA y muerte (21).

El virus de la inmunodeficiencia humana es un lentivirus de la familia retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (8,20). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años (8). El VIH, como otros retrovirus, depende de una enzima exclusiva, la transcriptasa inversa (polimerasa de DNA dependiente de RNA) para multiplicarse dentro de las células del hospedador (20,23). El genoma de VIH contiene genes para tres proteínas básicas y al menos cinco proteínas reguladoras diferentes (23). El virus común del SIDA (23). Existen dos tipos llamados VIH-1 y VIH-2 (8,22). El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental (8,23).

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos (8,21).

El virus se trasmite por semen, líquidos sanguíneos y vaginal, órganos en trasplante y leche materna, en las siguientes circunstancias: actividad sexual no protegida (coito anal o vaginal) y, en casos raros, sexo oral con la persona infectada. Penetración de sangre infectada en el organismo (por transfusiones o jeringas/ agujas compartidas por usuarios de drogas intravenoso). Lesión por pinchazo de aguja. Inseminación artificial y trasplante de órganos. Gestantes infectadas (durante el embarazo, al nacer o durante la lactancia). La infección por VIH puede ocurrir a través de la vagina, el recto o cortaduras o llagas abiertas que incluyen las ubicadas en labios o boca. No hay pruebas de que el contacto social (no sexual) y los insectos vectores intervengan en la transmisión (22).

La característica de la enfermedad causada por VIH es la profunda inmunodeficiencia que se deriva sobre todo de un déficit progresivo, cuantitativo y cualitativo, de la subpoblación de linfocitos T conocida como linfocitos T colaboradores, el cual ocurre acompañado de la activación inmunitaria policlonal. Estas células se definen fenotípicamente por tener en su superficie la molécula CD4 que funciona como el principal receptor celular del VIH (20). El virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos (8,20).

En términos clínicos, los síndromes consecutivos a la infección por VIH pueden explicarse por uno de tres mecanismos conocidos: inmunodeficiencia, autoinmunidad y reacciones alérgicas y de hipersensibilidad. La inmunodeficiencia es un resultado directo de los efectos del VIH sobre las células inmunitarias. Dos características notorias de la inmunodeficiencia por VIH son la baja incidencia de

ciertas infecciones, como la listeriosis y aspergilosis, y la aparición frecuente de algunas neoplasias, como el linfoma o el sarcoma de Kaposi. Un virus del herpes (HHV-8) provoca el sarcoma de Kaposi. La autoinmunidad puede aparecer como resultado de una alteración de la función inmunitaria celular o disfunción de los linfocitos B. Hay ejemplos de filtración linfocítica de órganos y producción de anticuerpos. Las reacciones alérgicas a alérgenos desconocidos, como ocurre con la foliculitis pustulosa eosinofílica, así como tasas crecientes de reacciones de hipersensibilidad a medicamentos (23).

Muchos individuos con infección por VIH se mantienen asintomáticos, durante años, incluso sin tratamiento antirretroviral, cuando surgen los síntomas, son muy variables e inespecíficos. La linfadenopatía generalizada es frecuente en las primeras etapas de la infección.

1.- Manifestaciones sistémicas. La fiebre, diaforesis nocturna y pérdida de peso son síntomas frecuentes en sujetos infectados por VIH.

2.- La neumopatía. La neumonía por *Pneumocystis jiroveci* es la infección oportunista más frecuente vinculada con el SIDA. Otras causas infecciosas de neumopatía en pacientes con SIDA son las neumonías bacterianas, microbacterianas y virales. Las neumopatías no infecciosas, las causas incluyen sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y neumonía intersticial. La sinusitis crónica puede ser un problema frustrante para personas con VIH, incluso en aquellas con tratamiento antirretroviral adecuado.

3.- Afección del sistema nervioso central, puede dividirse en lesiones intracerebrales expansivas, encefalopatía, meningitis y trastornos de la médula espinal. La Toxoplasmosis es la causa de la lesión expansiva más frecuente en sujetos infectados por VIH. El Linfoma del sistema nervioso central es la segunda causa más común de lesión expansiva. El complejo de demencia por SIDA, es de exclusión y se basa en un estudio de imágenes cerebrales y el análisis del líquido cefalorraquídeo. La Meningitis criptocócica, se presenta con fiebre y cefalea. La

Mielopatía por VIH, también puede deteriorarse el funcionamiento de la médula espinal. Leucoencefalopatía multifocal progresiva se trata de una infección viral de la materia blanca cerebral que se observa en pacientes con infección VIH muy avanzada.

4.- Sistema nervioso periférico. Los síndromes del sistema nervioso periférico incluyen polineuropatías inflamatorias, neuropatías sensoriales y mononeuropatías.

5.- Manifestaciones reumatológicas. Se ha observado con frecuencia artritis, que afecta articulaciones únicas o múltiples con o sin derrame.

6.- Miopatía. Las miopatías son poco comunes en la era del tratamiento antirretroviral eficaz, pero pueden relacionarse, sobre todo con el uso de zidovudina.

7.- Retinitis. La retinitis por citomegalovirus, caracterizada por hemorragias perivasculares y exudados blanquecinos vellosos, es la infección retiniana más frecuente.

8.- Lesiones bucales. La presencia de candidosis bucal o leucoplasia vellosa es significativa por varios motivos. En primer término, esas lesiones son muy sugerentes de infección por VIH. En segundo lugar, varios estudios han indicado que estos individuos tienen una tasa alta de avance al SIDA.

9.- Manifestaciones gastrointestinales. Esofagitis por candida es una infección muy frecuente. Hepatopatía, Enfermedad biliar, Enterocolitis, la gastropatía y la absorción deficiente.

10.- Manifestaciones endocrinas. El hipogonadismo es la anomalía endocrina más frecuente en varones infectados por VIH.

11.- Manifestaciones cutáneas. Las más comúnmente observadas se agrupan en dermatitis virales, bacterianas, micóticas, neoplásicas e inespecíficas (23).

12.- Cánceres relacionados con VIH. Cuatro cánceres se incluyen en la actualidad en la clasificación del SIDA: Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgking, Linfoma primario cerebral y carcinoma cervicouterino invasor (15,23).

13.- Manifestaciones ginecológicas. La candidosis vaginal, la displasia y neoplasia cervicouterinas y la enfermedad pélvica inflamatoria son las más frecuentes en mujeres infectadas por VIH.

14.- Coronariopatía. Las personas con VIH tienen mayor riesgo de enfermedad coronaria. Parte de este incremento en la enfermedad se debe a los cambios de los lípidos como consecuencia del tratamiento antirretroviral.

15.- Reacciones inflamatorias. Algunos pacientes experimentan reacciones derivadas de la reconstitución inmunitaria (23).

Fase aguda.

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los casos con infección por VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vomito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

Fase crónica

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre.

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en un plazo de 5 a 10 años (8).

Las pruebas específicas para VIH incluyen la detección de anticuerpos y antígenos. La prueba convencional de anticuerpos contra VIH se efectúa mediante ELISA (Enzimoimmunoanálisis de adsorción). Después, las muestras positivas se confirman con inmunotrasferencia (Western blot) (23).

No se considera a la persona como infectada si:

- a) Solo una de las pruebas de tamizaje realizadas resulto positiva, o
- b) Tiene dos resultados de pruebas de tamizaje positivas, pero la prueba suplementaria es negativa.
- c) En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informara, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio

(pruebas de tamizaje y confirmatoria) cada tres meses y al cabo de doce meses un resultado repetidamente indeterminado se considerara como negativo (8).

Las estrategias biomédicas de prevención del VIH se dividen en tres categorías principales: diagnóstico temprano del VIH, distribución de insumos de prevención y uso de TAR para prevenir nuevas infecciones. Al igual que ocurre con las estrategias comportamentales, se recomienda que antes de implementarlas se efectúen diagnósticos situacionales.

Las estrategias de diagnóstico temprano abarcan la aplicación de pruebas de detección del VIH. En México existe un marco normativo para el diagnóstico temprano del VIH, el cual debe observarse para regular estas acciones. Del mismo modo, se han desarrollado manuales para llevar a cabo pruebas rápidas de detección del VIH con consejería (14).

El tratamiento principal contra el VIH actualmente hace uso de tres o más medicamentos contra el virus que se toman diariamente, lo cual es útil para bloquear su reproducción (evitar la formación de más de virus). El tratamiento contra el VIH con medicamentos a menudo es referido como terapia antirretroviral (o ARV) debido a que el VIH es un tipo de retrovirus. Las combinaciones de antirretrovirales que son muy eficaces en detener el desarrollo del VIH a veces es referida como terapia antirretroviral de gran actividad (HAART).

Hay docenas de antirretrovirales que pueden usarse en distintas combinaciones. La combinación óptima del tratamiento con antirretrovirales varía de acuerdo a la persona, la etapa de la enfermedad y ya sea si la infección de la persona es resistente o no a cualquier medicamento, entre otros factores. Se podría requerir intentar con distintas combinaciones y con el tiempo puede que se requiera cambiar de medicamentos. Cada medicamento conlleva cierto riesgo de efectos secundarios, lo cual requiere ser hablado con su médico antes de que se empiece

a tomar. Como parte de la atención de pacientes que toman antirretrovirales, los médicos reciben a los pacientes y consultan con los laboratorios frecuentemente. Al desacelerar el crecimiento viral y mantener al sistema inmunológico tan saludable como sea posible, el tratamiento ayuda a reducir el riesgo de ciertos tipos de infecciones, los tipos de cáncer relacionados al SIDA y otros problemas de salud. Con un tratamiento eficaz, la enfermedad progresa más lentamente y las personas viven por más tiempo. No obstante, no se cuenta con una combinación de medicamentos que realmente cure la infección, por lo que es importante que la gente bajo tratamiento continúe tomando sus medicamentos. A veces dos o incluso tres medicamentos del VIH vienen incluidos en una o dos píldoras para hacer que el tratamiento sea más fácil de seguir y tomar. Ya sea que los medicamentos sean tomados conjunta o separadamente, se requiere de un seguimiento y exámenes minuciosos para asegurarse de que el tratamiento aún está siendo eficaz.

Puede que las personas infectadas con el VIH no requieran someterse a tratamiento inmediatamente. Debido a que el VIH es una infección que progresa lentamente y sabiendo que los antirretrovirales producen graves efectos secundarios con el transcurso del tiempo, el momento ideal para comenzar con el tratamiento no se ha determinado de forma concisa. Pero se ha determinado que por lo general hay mejores resultados cuando los antirretrovirales se administran antes de que el sistema inmunitario se haya deteriorado gravemente. La mayoría de los médicos coinciden en que un tratamiento contra el VIH deberá comenzar cuando la infección está causando síntomas graves o el recuento CD4 de la persona se reduce por debajo de un nivel determinado. Puede que también haya otras razones para considerar comenzar con el tratamiento (15).

En pacientes muy raros, asintomáticos de larga duración o controladores del VIH, la infección por el VIH se mantiene estable durante muchos años en

ausencia de cualquier tratamiento y no evoluciona hacia el SIDA. Numerosos estudios con varias cohortes internacionales, entre ellas las cohortes francesas, basados en un planteamiento clásico, denominado de genes candidatos, mostraron una frecuencia muy elevada de ciertos grupos HLA (un tipo de grupos sanguíneos expresados en los glóbulos blancos que determinan la capacidad de defensa de los individuos) asociados a la protección.

Las nuevas técnicas que permiten analizar mediante “chips de ADN” todo el código genético han confirmado que el sistema HLA era claramente el marcador genético más importante y el factor predominante del control de la infección. Esta asociación preferente con ciertos grupos HLA subyace al control inmunológico enormemente poderoso que se observa normalmente en estos sujetos; control mediado por la inmunidad celular combinando las respuestas anti-VIH de los CD4 cooperadores y los CD8 citotóxicos. Este control inmune mediado por células sirvió como modelo para el desarrollo de vacunas contra el virus (13).

A pesar de los esfuerzos hoy día no se vislumbra realmente ninguna vacuna. Al mismo tiempo se han desarrollado otros métodos de prevención. Los más notables son los que demuestran el efecto protector de la circuncisión, como el estudio ANRS 1465 que muestra entre el 40 y el 50% de protección y, sobre todo, el estudio HPTN 052 que demuestra el efecto protector del tratamiento antirretroviral precoz y universal que previene en un 90% la transmisión de la infección. Así pues, estos dos enfoques confieren una protección muy superior a la observada hasta la fecha con la mejor de las vacunas candidatas anti-VIH (13).

Antecedentes de VIH/SIDA.

El sida se identificó por primera vez en Estados Unidos en el verano de 1981, cuando los US Centers for Disease Control and Prevention reportaron la aparición de neumonía inexplicada por *Pneumocystis jirovecii* (antes denominado *Pneumocystis carinii*) en cinco varones homosexuales previamente sanos en Los

Angeles y casos de sarcoma de Kaposi con o sin neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en 26 varones homosexuales previamente sanos en Nueva York, San Francisco y Los Angeles (20).

En 1983 se aisló el virus de la inmunodeficiencia humana a partir de un paciente con adenopatía linfática y en 1984 se demostró claramente que dicho virus era el agente causal del sida (20). En 1983, Luc. Montaigner, en el Instituto Pauster de Francia (5,9) y un año más tarde Robert Gallo, en el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, se identificaron y aislaron al virus causal del SIDA (5).

En 1985 se desarrolló una prueba de enzimoimmunoanálisis de adsorción (ELISA, enzyme-linked immunosorbent assay) que permitió percatarse del alcance y la evolución de la epidemia de infección por el VIH, al principio en Estados Unidos y otros países desarrollados y después en las naciones en desarrollo de todo el mundo (20). En mayo de 1986, un comité taxonómico de la OMS propuso denominar al virus del SIDA “virus de inmunodeficiencia humana” (5).

En México, los primeros casos de SIDA se identificaron en 1983. Hubo un incremento notable en los siguientes años de esa década y de la siguiente. La atención se otorgaba generalmente en hospitales de tercer nivel, aunque los institutos de seguridad social, IMSS e ISSSTE, implementaron módulos o clínicas de atención en todo el país en la década de los ochenta (16).

En el año 1990 la OMS informó que a finales de 1989 se habían diagnosticado en el mundo 203.599 casos de SIDA.

El primero de Diciembre de 1996, Día Mundial del SIDA, un informe de las Naciones Unidas anunció que 3,1 millones de personas se habían infectado en el mismo año 1996, unos 8500 casos por día de los cuales 7500 eran adultos y 1000 niños.

El mismo informe decía que 22,6 millones estaban infectados con el retrovirus o padecían SIDA y de ellos 1,5 millones fallecieron.

Desde la aparición de la enfermedad a finales de los años setenta hasta el año 1996, 29,4 millones de personas se habían infectado, 8,4 millones desarrollaron la enfermedad y 6,4 millones habían fallecido.

En el mes de Diciembre de 1996 el 62% de los casos de infección correspondían al África subsahariana.

La ONU ha llegado a detectar que las cifras de contagiados por VIH ha disminuido en mujeres de Uganda y en varones de Tailandia. El sureste y Sur de Asia concentra un 23% de las infecciones.

La UNAIDS (ONUSIDA) Organización de la Naciones Unidas por el SIDA advirtió del riesgo de propagación en Europa Central y del Este por la proliferación de drogas inyectables en sangre; en un momento dado había crecido al 50% los infectados por esta vía en un período menor de once meses (9).

La azidotimidina (AZT) fue el primer medicamento utilizado en el tratamiento de la infección por el VIH, causante del SIDA. Este fármaco fue aprobado en Estados Unidos por la Food and Drug Administration (FDA) el 20 de marzo de 1987 en carácter de “alta prioridad” como tratamiento para la aún nueva enfermedad. Sin embargo, el beneficio de la terapia con AZT (conocida como monoterapia por tratarse de un solo fármaco) era marginal y de corta duración, tal como ocurrió con otros fármacos del mismo tipo del AZT introducidos entre 1991 y 1994. En ese periodo las terapias utilizadas se caracterizaban por un elevado número de comprimidos y tomas al día, con efectos adversos frecuentes y emergencia temprana de resistencia a los antirretrovirales. Durante 1995, estudios clínicos demostraron que la terapia combinada de dos INTR (inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa) era más potente que la monoterapia con

AZT, reduciendo significativamente la progresión a SIDA y prolongando la sobrevida.

En esta etapa se describió la asociación entre la elevación exponencial del VIH en sangre (medido como carga viral) y el riesgo de progresión a SIDA. Por primera vez se enfatizó la importancia de limitar la replicación viral y contener así el deterioro inmunológico de los pacientes. Así surgió la recomendación de iniciar el tratamiento de forma temprana y monitorear la carga viral y de linfocitos (CD4+/CD8+) (16).

El desarrollo en el conocimiento de la estructura molecular del VIH y enzimas relacionadas con la replicación viral, así como el interés por generar antirretrovirales más poderosos dieron pie a una nueva clase de medicamentos: los inhibidores de proteasa (IP). El resultado de incorporar estos nuevos fármacos al tratamiento (el antirretroviral combinado de 2 INTR) superó las expectativas. En 1996 se popularizó el llamado “cóctel de antirretrovirales” (TAR ó TARAA), que hacía posible detener la progresión de la enfermedad a través de la supresión máxima del VIH en sangre. Desde entonces, este término se utiliza para describir el tratamiento antirretroviral actual: una terapia basada en la combinación de al menos tres fármacos con actividad antirretroviral suficientemente potente para inhibir a niveles indetectables la replicación viral en sangre (16).

La disponibilidad y prescripción del TAR se difundió rápidamente en América del Norte y Europa y ello trajo el descenso progresivo de la presentación de infecciones oportunistas, SIDA, y mortalidad relacionada a la infección por VIH (16,17).

Las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH constituyen un problema de salud pública a nivel mundial (5). La infección por el VIH hasta el desarrollo de la enfermedad determinante del SIDA es, en promedio, de 8 a 10 años. Durante gran parte de este lapso de incubación el individuo infectado está

totalmente sano y a menudo ignora que ha contraído la infección por el virus y que puede contagiar a otros.

El SIDA representa la última etapa de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, se puede aplicar una definición general de un caso de SIDA, a cualquier persona que sea positiva anticuerpos anti-VIH, y además tenga un conteo de células T CD4 + de 200/células por mm³ o menos, o bien una o más enfermedades oportunistas.

El origen se remonta al África Central, que es el lugar donde se ha logrado detectar retrospectivamente sueros positivos de mayor antigüedad.

Se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo, aquélla que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo (NOM-010-SSA2-1993) (5).

En la actualidad la enfermedad del SIDA se da en un 51% entre la población heterosexual, 28% en bisexuales y 35% en homosexuales y otros. El 50% de los casos se ha adquirido a los 20 años de edad en promedio (3).

ONUSIDA estima que existen en todo el mundo más de 33,3 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA, reconoce que como resultado de los esfuerzos globales se ha logrado una reducción en el número de contagios por VIH, en las muertes relacionadas con la enfermedad y también se ha aumentado considerablemente el número de personas que ahora tienen acceso a los antirretrovirales (1).

Después de más de tres décadas de descubierto el virus de la inmunodeficiencia humana, causante del sida, mucho se ha investigado sobre esta enfermedad, tanto desde el punto de vista médico, como desde sus implicaciones psicológicas y sociales (1). Delante del cambio en la trayectoria de la infección por el HIV para enfermedad crónica, mejorar la calidad de vida de las personas que

viven con el HIV/SIDA se tornó uno de los principales objetivos de la práctica clínica y de las investigaciones del área (6). Un estudio en el cual se consideran las enfermedades más prevalentes estima que para el año 2020, las enfermedades mentales junto con el HIV/SIDA estarán dentro de las 10 primeras causas de morbilidad de los países de desarrollo (2). Los estudios han demostrado una alta prevalencia de depresión en las personas viviendo con VIH, con importante repercusión en el desarrollo de la enfermedad, y también ha sido registrado como una de las principales causas de consulta psiquiátrica y de suicidio (1)

El HIV/SIDA junto con los problemas mentales, contribuyen a engrosar el número de las enfermedades agobiantes de los países en desarrollo. Hay alrededor de 25 millones de individuos con HIV en África. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud estima que en general, el porcentaje de enfermedades mentales en pacientes HIV/ SIDA es muy alto; la depresión se destaca entre ellas por su alta prevalencia (2). Después de más de tres décadas de descubierto el virus de la inmunodeficiencia humana, causante del sida, mucho se ha investigado sobre esta enfermedad, tanto desde el punto de vista médico, como desde sus implicaciones psicológicas y sociales. Los estudios han demostrado una alta prevalencia de depresión en las personas viviendo con VIH, con importante repercusión en el desarrollo de la enfermedad, y también ha sido registrado como una de las principales causas de consulta psiquiátrica y de suicidio (1). La depresión es muy frecuente entre los pacientes con enfermedades crónicas, caracterizándose por presentar el mayor sub-registro y sub-tratamiento dentro de las comorbilidades psiquiátricas. En el caso de los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección.

Los episodios depresivos en pacientes seropositivos para VIH, en general comparten las mismas características clínicas que en pacientes seronegativos. Los pacientes también manifiestan desánimo y/o anhedonia, pueden presentar cambios conductuales tales como aislamiento e irritabilidad y están expuestos a sufrir los cambios neurovegetativos propios de este trastorno, tales como insomnio, inapetencia, polifagia y cambios en el peso corporal. De igual forma, pueden presentar toda la gama de alteraciones neuro-cognitivas propias de los cuadros depresivos, tales como dificultad de concentración, falla en la memoria y enlentecimiento psicomotor. Aparentemente, la principal diferencia estaría dada por la mayor frecuencia e intensidad de los síntomas entre los pacientes infectados por VIH, especialmente entre las mujeres. El diagnóstico de depresión puede no ser fácil, por lo que se han establecido criterios diagnósticos consensuados que son aplicables tanto a población general, como a población con morbilidad, incluidos los pacientes seropositivos para VIH (4).

La depresión es una condición común experimentada por personas viviendo con condiciones crónicas, causando incapacidad, afectando la evolución de la enfermedad e interfiriendo en la recuperación; ella es considerada un riesgo potencial para el aumento de la morbilidad y mortalidad de numerosas condiciones médicas, incluyendo la infección por el HIV/SIDA.

La infección por el HIV y los desórdenes psiquiátricos presentan una compleja relación y han recibido atención especial en la última década, considerando su impacto en la vida personal, sexual, social y ocupacional de las personas viviendo con el HIV/SIDA. Entre los diversos trastornos psiquiátricos frecuentemente identificados en personas viviendo con HIV/SIDA, la depresión es la más prevalente. Además de la depresión, ha sido observado que eventos de vida estresantes están asociados con el aumento de la progresión de la infección por el HIV/ SIDA, que a su vez, aumentan de tres a cinco veces el riesgo de desarrollar depresión.

Sus portadores tienen un riesgo elevado de desarrollar síntomas depresivos, los cuales han sido asociados al empeoramiento de la calidad de vida, los objetivos de este estudio fueron investigar la intensidad de los síntomas de depresión en individuos con HIV/SIDA atendidos en dos unidades de referencia en Ribeirao Preto, y comparar la calidad de vida con los diferentes grados de intensidad de los síntomas de depresión en esos individuos, según el género (6). Algunos estudios realizados en Europa y Norteamérica han sugerido que el HIV podría afectar la salud mental de maneras diferentes. El impacto psicosocial del diagnóstico en etapas tempranas del HIV, considerada como una enfermedad fatal y estigmatizada, presenta un factor estresante que aumentaría la prevalencia de desórdenes mentales (2).

Al recibir el diagnóstico de VIH/SIDA el paciente y sus familiares reaccionan en función de sus conocimientos y experiencias vivenciadas en determinado medio o cultura. La construcción social predominante en torno al VIH/SIDA y su vinculación con la muerte, el miedo al contagio y la desviación moral, promueve que el paciente sea visto como alguien que ha recibido una sentencia de muerte en el sentido físico, social, e incluso en el sexual (1).

Su forma predominante de transmisión sexual, la connotación que tuvo en el inicio de su descubrimiento, "peste gay" ha transformado esta enfermedad en un medio de moralización mediante la ridiculización de los enfermos y su asociación frecuente con comportamientos inmorales o promiscuos, homosexualidad, desviación sexual y prostitución, elementos que acentúan cada vez más el estigma y rechazo a estas personas y a las cercanas (1).

Por el hecho de tratarse de una enfermedad incurable y mortal ha sido transformada en objeto privilegiado de estudios, tanto para las llamadas ciencias médicas (infectología, farmacología, epidemiología) como también para las ciencias sociales (sociología, antropología, ciencias políticas) y comportamentales

(psicología, psiquiatría), estas últimas aportan una importante contribución al estudio y tratamiento de los trastornos psíquicos que resultan de la enfermedad.

El impacto psicológico de la comunicación del diagnóstico está en función del sistema de creencias de la familia y su entorno en general. A esta situación se añade muchas veces el estado económico del enfermo que influye en el afrontamiento de la enfermedad.

Como consecuencia, el diagnóstico de positivo para el VIH, requiere por parte del paciente estar preparado ante la posibilidad de ser discriminado en distintos ámbitos como la familia, la comunidad, la escuela, el trabajo o los servicios de salud. Este hecho frecuentemente desencadena ciertas reacciones, entre las más frecuentes se encuentran: ocultar los resultados para que no ser discriminados y desacreditados públicamente, retirar las medicinas de sus paquetes originales para que parezcan otras medicinas no asociadas a los ARV (antirretrovirales), ir a las consultas lejos de sus áreas de residencia y atenderse por especialistas de otras ciudades, para no correr el riesgo de encontrarse con personas conocidas (1).

Estudios sobre sexualidad, VIH/SIDA e Infecciones transmisión sexual han brindado información para reorientar los programas con énfasis en la prevención (5). En un estudio en Sur África como estrategias de afrontamiento utilizaron la planificación y la religión para sobrellevar la enfermedad (3).

DEPRESIÓN:

La depresión es un trastorno caracterizado por un descenso persistente en el ánimo, pensamientos negativos y, en algunos casos, síntomas somáticos (24).

La Depresión (Clave CIE-10 F32), se define como episodios leves, moderados o graves, de decaimiento del ánimo, con reducción de energía y disminución de la capacidad de sentir placer, el interés y la concentración, con

frecuente cansancio, incluso con esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se perturba, disminuye el apetito, decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. Los problemas depresivos más comunes son: Depresión Mayor, Distimia y Desorden Bipolar. Es el padecimiento psiquiátrico más frecuente que el médico de atención primaria enfrenta (11,18).

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en la práctica médica y a menudo se le confunde con otras entidades patológicas. Es una enfermedad que afecta mente y cuerpo. Una norma práctica sería considerar la depresión como una enfermedad que menoscaba gravemente las cinco actividades básicas de las personas: energía para la actividad, impulso sexual, sueño, apetito y capacidad de afrontar la vida (22).

La relación de depresión es mujer- varón de 2:1. Hasta el 20%-25% de los pacientes que acuden a consultas médicas cumplen criterios para un diagnóstico de depresión. Provoca más incapacidad, sufrimiento y pérdida de calidad de vida que otras enfermedades crónicas como la diabetes, la artrosis y los trastornos cardíacos o respiratorios.

La etiología de la depresión es multifactorial, resultante de la interacción entre factores constitucionales predisponentes (herencia, temperamento) y el estrés ambiental. Estos factores actúan a través de mecanismos neuroquímicos. Las evidencias señalan la implicación de los neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina, dopamina) en la génesis de la depresión (24).

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban

placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico, también llamado distímia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distímia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Estas incluyen:

Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano (11).

Otras clasificaciones de depresión son:

Depresión reactiva en comparación endógena (con variaciones diurnas de estado de ánimo, pérdida de peso y despertar temprano en la mañana).

Depresión neurótica en comparación con psicótica (con ideas delirantes, alucinaciones o ambas).

Depresión mayor en comparación con distimia (menos grave y crónica).

Síntomas.

Síntomas centrales: Estado de ánimo bajo. Pérdida de interés y disfrute (anhedonia). Energía reducida, que lleva a mayor propensión a la fatiga y menor actividad.

Síntomas cognitivos: Pensamientos suicidas y culpa. Concentración y atención deficientes. Baja autoestima y confianza en sí mismo, que lleva a sentimientos de devaluación e inutilidad. Pesimismo y desesperanza. Indefensión.

Síndrome somático: Perturbación del apetito, por lo general pérdida de éste. Pérdida de peso, estreñimiento, baja libido sexual, amenorrea en mujeres y perturbación del sueño.

Otros síntomas: Ansiedad, síntomas paranoides, síntomas hipocondriacos.

Síntomas psicóticos: Ideas delirantes (hipocodriacas, de pobreza, nihilistas, demoniacas) y alucinaciones (suelen ser auditivas) (21).

¿Cómo experimentan mujeres la depresión?

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que

padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión.

¿Cómo experimentan los hombres la depresión?

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva.

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio (11).

La depresión es comúnmente tratada con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos. La técnica musicoterapéutica para pacientes depresivos utiliza la comunicación no verbal para ayudar a los pacientes a expresar sus emociones (19).

Antecedentes históricos de la depresión.

La historia conceptual de la depresión fue formulada por primera vez por Hipócrates (460-370 a.C.), y se remonta a un cuarto de siglo en la época grecorromana con el nombre de melancolía, aunque en realidad el concepto que maneja Hipócrates no es específico, él abarca más que nada más ampliamente, casi nosológicamente las enfermedades mentales. Hipócrates rechaza las tres formas fundamentales de la locura que son: la melancolía, frenesí y manía.

En si la melancolía se caracteriza por Hipócrates como “por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia”, como podemos darnos cuenta Hipócrates subraya la sintomatología más específicamente como “somática” (Martiny, 1967.) Sin embargo algunos médicos sugieren que tanto el miedo como la tristeza, sea o no depresivos, cuando se prolongan por mucho tiempo “pueden transformarse en melancolía”. (Hipócrates, 1967).

Para Galeno la “discusión hay que establecerla en tono a que si la melancolía es apenas un síntoma o más bien un estado fisiológico.” Aunque muchas afirmaciones que hace este autor acerca de la melancolía proceden de un error.

La obra “On Medical Definitions” (Galeno, 1963), describe la melancolía como “una alteración crónica que no se acompaña de fiebre”. Los pacientes melancólicos se presentan como temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida.

El término “melancolía” (palabra derivada del griego melas, *negro* y chole bilis), se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad. Al menos esté es el significado que se desprende del análisis del texto en que lo empleo Cicerón. Inicialmente, su uso no designó una relación casual entre bilis negra (causa) y depresión (efecto), tal y como observamos esta afirmación no se aproximan a la sicopatología de las depresiones, tal y como ahora la conocemos y mucho menos llega a implicar una definición tal de la depresión. En realidad estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo, y hostilidad hacia la propia familia; en ocasiones deseos de vivir y otras de morir.

Por otra parte la manía y la melancolía no surgen como dos alteraciones clínicamente compuestas que pueden estar relacionadas entre sí. Según la lectura

la melancolía es "una forma más de locura, de manía"(entendida esta como estancia general).

Hipócrates y más tarde Areteus fueron los que establecieron una cierta psicopatológica entre la melancolía y manía, pero la formalización de esta conexión no se encuentra en la clínica hasta la obra de Bonetus, en el siglo XVII.

En el largo periodo medieval la melancolía se conceptualiza como acedía. Sin embargo, a pesar del uso de este término se extiende alrededor de más de 10 siglos, su significación no es constante. Durante el periodo inicial, la acedía es tipificada como un "estado del alma" cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la sociedad de sus respectivas celdas.

En el transcurso de 2 siglos siguientes, el concepto de acedía casi se volatiliza; en su lugar adquiere un uso progresivamente mayor en el término melancolía. A lo largo de este proceso conceptual la melancolía queda adscrita al fin a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedía y con el contexto religioso en que ésta surgió.

“El remedio de la sangre negra” término común del cuadro en Europa del siglo XVI, en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes: Ha de andar en un lugar sombreado, y se ha de abastecer de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada obtenida de un agave) y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar los instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas.

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como la epilepsia, indican un largo grado de adelanto en la medicina mexicana (10).

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La pandemia del SIDA es un problema de gran magnitud que afecta al mundo (3) (20). Al final del año 2013, un estimado de 35.0 millones de individuos vivía con infección de VIH (20). En los primeros 27 años transcurridos desde el origen de la enfermedad, se han infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por esa causa más de 25 millones (7). En el momento actual el VIH/SIDA provoca 3.1 millones de muertes anuales según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (7). El Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida han sido objeto de gran cantidad de investigaciones desde su descubrimiento; por un lado, por su desenfrenado crecimiento y expansión en todo el mundo y por otro, porque representaron el desafío científico de la época.

La infección por el VIH constituye una enfermedad, actualmente se considera de carácter crónico, implica para el paciente que la padece, unos niveles altos de incertidumbre y enfrentarse con una enfermedad rodeada de estigmatización y rechazo por parte de la sociedad.

En México, la prevalencia de VIH es alrededor del 0.24% de la población general. Concentrada principalmente en las grandes ciudades en especial en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), (CENSIDA, 2013) (7). Las estimaciones oficiales de 2010 indican que doscientas veinticinco mil personas en México viven con VIH (16).

Los factores que ponen en riesgo a las mujeres de contraer El VIH/SIDA, son porque tienen poca información del tema, tienen una actitud sumisa y pasiva aunque se saben en riesgo, dependencia económica del esposo, temor a perder el afecto del hombre, temor a ser golpeada o humillada, no usa el condón por desconfianza de su pareja, falta de educación sexual, negación o falta de apropiación de la sexualidad (CONASIDA).

Koïchiro Matsuura, Director General de La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), afirma: Tratándose del VIH y el SIDA, nunca se hará demasiado. Se necesitan medidas, esfuerzos de prevención cada vez más intensos y de gran difusión, junto con actividades destinadas a ampliar el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo. De no ser así, la epidemia va a seguir ganando terreno y poniendo en peligro tanto los logros, como las perspectivas de desarrollo sostenible en el futuro coordinadas si queremos impedir que siga propagándose el VIH y proteger a los individuos de las incidencias del SIDA. (1º de diciembre de 2006) (14).

La depresión es una enfermedad frecuente, entre los sujetos que presentan enfermedades crónicas. En el caso de los pacientes con VIH la depresión suele presentarse de 3 a 4 veces más que en la población general, siendo una de las comorbilidades más frecuentes después del diagnóstico de VIH (4). La prevalencia de enfermedades mentales en personas infectadas por el VIH es considerablemente más alta que en la población general. Además, el virus tiende a concentrarse en poblaciones muy vulnerables, marginadas y estigmatizadas (13). El diagnóstico de depresión puede no ser fácil, por lo que se han establecido criterios diagnósticos consensuados que son aplicables tanto a población general, como a población con morbilidad, incluidos los pacientes seropositivos para VIH. Los criterios diagnósticos para un episodio depresivo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM), que corresponde a uno de los más utilizados actualmente a nivel mundial (4).

La depresión es una de las principales co-morbilidades psiquiátricas en el curso de la infección por VIH, presentándose con una prevalencia significativamente mayor que en población general (alrededor de 35%). El

adecuado tratamiento antidepresivo ha demostrado ser efectivo en el manejo de la sintomatología depresiva, en la mejoría de parámetros clínicos y de laboratorio, y en reforzar la adherencia a la terapia anti-retroviral. A pesar de su importancia, la depresión suele ser sub-diagnosticada y sub-tratada en estos pacientes (4).

Por lo anterior resulta interesante plantearse la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia de la depresión en pacientes con VIH/SIDA del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa?

IV.- JUSTIFICACIÓN.

La infección por el HIV y los desórdenes psiquiátricos presentan una compleja relación y han recibido atención especial en la última década, considerando su impacto en la vida personal, sexual, social y ocupacional de las personas viviendo con el HIV/SIDA. Entre los diversos trastornos psiquiátricos frecuentemente identificados en personas viviendo con HIV/SIDA, la depresión es la más prevalente (6). La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población portadora del VIH es alta, con reportes que fluctúan entre 38 y 85% siendo las principales causas: el uso de sustancias, la depresión y ansiedad (7). Además de la depresión, ha sido observado que eventos de vida estresantes están asociados con el aumento de la progresión de la infección por el HIV/SIDA, que a su vez, aumentan de tres a cinco veces el riesgo de desarrollar depresión (6).

Un estudio en el cual se consideran las enfermedades más prevalentes estima que para el año 2020, las enfermedades mentales junto con el HIV/SIDA estarán dentro de las 10 primeras causas de morbilidad de los países de desarrollo (2).

En esta investigación que se realizará, será de suma importancia porque en base a los resultados se podrá realizar acciones de salud pública basada en evidencia, ya que se conocerá con más profundidad y con datos confiables de la frecuencia con la que se presenta la depresión en personas con VIH/SIDA.

Esta investigación será de utilidad para el estudio de los pacientes del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa, que presenten VIH/SIDA y determinar si presentan datos de depresión.

Es de suma importancia realizar dicha investigación, porque brindará mayor información sobre la depresión que presentan los pacientes con VIH/SIDA, así como emplear instrumentos adaptados adecuadamente a la depresión.

En un primer momento se espera que exista depresión en las personas con VIH/SIDA sobre todo por los aspectos de condena moral asociados a la

enfermedad y el miedo que existen en las personas no infectadas ante esta enfermedad crónica degenerativa.

El presente estudio será de utilidad para los médicos familiares y especialistas para conocer las causas reales de la depresión y se puedan planificar estrategias de promoción de la salud mental, principalmente en el trastorno depresivo.

V.- OBJETIVOS.

A.- OBJETIVO GENERAL:

Describir frecuencia de la depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

B.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar grupos de edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación más frecuentes en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

Registrar religión, comorbilidades, alcoholismo, tabaquismo, drogas y tiempo de evolución en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

Valorar nivel socioeconómico con método de Graffar en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

Determinar la disfuncionalidad familiar con el instrumento para la evaluación de la función familiar FACES III.

Valorar la depresión con la escala de Zung en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

Valorar la depresión con la escala de Hamilton en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

VI.- METODOLOGÍA.

A.- TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva.

B.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo a su finalidad es observacional y descriptiva.

De acuerdo a su secuencia temporal es de corte transversal.

De acuerdo al periodo donde se capta la información es Prospectiva.

C.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Derechohabientes con VIH/SIDA, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa. Durante el período de noviembre del 2015 a Junio del 2016.

D.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

No hay tamaño de muestra.

Muestreo: Fueron todos los pacientes con VIH/SIDA, que en el momento de la recolección de datos estuvieron captados y usuarios del servicio de epidemiología para su seguimiento y control en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa

E.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

E.1.- CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Derechohabientes del IMSS mayores de 18 años, ambos sexos.
- Pacientes derechohabientes Pacientes con VIH/SIDA, del Hospital General

de Zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa.

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio con consentimiento informado.
- Paciente en condiciones de contestar las encuestas y entrevistas.

E.2.- CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no aceptaron autorizar el consentimiento informado.
- Paciente que curse con trastorno psicótico o demencia en el momento de la evaluación.

E.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Encuesta con datos incompletos.

F.- VARIABLES:

F.1.- TIPOS DE VARIABLES:

- Variables independientes: VIH/SIDA
- Variables dependientes: Depresión
- Variables concurrentes: Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Religión, Comorbilidades, Alcoholismo, Tabaquismo, Drogas, Tiempo de diagnóstico, Nivel socioeconómico, Disfunción familiar.

F.2.- OPERACIONALIDAD DE VARIABLES:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
VIH/SIDA	El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH (8).	Obtener por expediente clínico, el diagnóstico.	Criterios Clínicos: con el resultado de Western Blot Positivo	Cualitativa
DEPRESIÓN	La depresión es un trastorno caracterizado por un descenso persistente en el ánimo, pensamientos negativos y, en algunos casos, síntomas somáticos (24).	Obtener por Encuesta directa por medio de la escala de Zung y de la Escala de Hamilton.	Escala de Zung y su validación Menos de 28 ausencia de depresión, 28-41 Depresión leve, 42-53- Depresión moderada, Más de 53 Depresión grave (29). ESCALA DE HAMILTON. 1.- No Deprimido 0-7 2.- Depresión ligera/menor 8-13 3.- Depresión moderada 14-18 4.- Depresión severa 19-22 5.- Depresión muy severa más de 23 - La puntuación total va de 0 a 52 puntos (28, 29).	Ordinal
EDAD	Tiempo que, a partir de su nacimiento, ha vivido un ser humano (25).	Obtener del Expediente clínico y/o Credencial de Elector.	Años cumplidos	Razón
SEXO	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre (26).	Obtener del Expediente clínico y/o Credencial de Elector	1= Masculino 2= Femenino	Nominal
ESTADO CIVIL	Condición legal del individuo en relación con sus derechos y obligaciones civiles (25).	Obtener por Encuesta directa	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Unión libre 4 = Viudo	Nominal

ESCOLARIDAD	Tiempo en que se asiste a cursos en la escuela. Grado de conocimientos correspondientes a ese tiempo (25).	Obtener en encuesta directa.	1 = Analfabeto 2 = Primaria incompleta 3 = Primaria completa 4 = Secundaria incompleta 5 = Secundaria completa 6 = Preparatoria incompleta 7 = Preparatoria completa 8 = Universidad incompleta 9 = Profesionista	Ordinal
OCUPACIÓN	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo (27).	Obtener por Encuesta directa	1.-Empleado 2.-Desempleado 3.-Profesionista 4.-Técnico 5.-Trabajador agrícola 6.-Ama de casa 7.-Estudiante 8.-Pensionado	Nominal
Religión	Conjunto de creencias y dogmas que definen la relación del hombre con lo sagrado (25).	Obtener de encuesta directa.	Si Profesa No Profesa	Nominal
Comorbilidad	Se refiere a enfermedades y / o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial (25).	Obtener de encuesta directa.	SI NO	Nominal
Alcoholismo	Es una enfermedad que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol (25).	Obtener de encuesta directa.	SI NO	Nominal
Tabaquismo	Enfermedad de quienes son adictos al tabaco (25).	Obtener de encuesta directa.	SI NO	Nominal
Drogas	Nombre genérico de las sustancias que tienen efectos estimulantes, estupefacientes, depresores o alucinógeno (25).	Obtener de encuesta directa.	SI NO	Nominal

Tiempo de evolución del diagnóstico	Período de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos (25).	Obtener por expediente clínico.	Menos de 1 año 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años + de 5 años	Razón
Nivel socioeconómico	Grado social, intelectual, moral de clases, de categoría, de mérito (25).	Obtener por encuesta de Graffar. (30).	Método de Graffar: 04-06: alto 07-09: medio alto 10-12: medio bajo 13-16: obrero 17-20: marginal	Nominal
Funcionalidad Familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo de vida y las crisis por las que atraviesa	Se aplicaran en encuesta directa el instrumento de evaluación FACES III (30).	TEST FACES III 5 opciones con valor del 1 al 5	Ordinal

G.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Se realizaron entrevistas directas a pacientes que acudieron a consulta en epidemiología y consultorios, se aplicaron la encuesta de datos generales, el Test Escala de Hamilton, el Test Escala de Zung, el Test Escala de Graffar, así como el de FACES III.

Los instrumentos son fáciles de aplicar y simple de evaluar. Fueron administrados en forma individual y discreción, cuando acudieron a consulta en epidemiología y aceptaron participar en el proyecto de investigación. La persona seleccionada leyó por si misma el cuestionario, no obstante se aclararon dudas en relación al significado de palabras o aseveraciones evitando sugerir respuestas.

ENCUESTA DIRECTA (ANEXO 1). En esta encuesta se capturaron los datos generales del paciente.

ESCALA DE HAMILTON – (ANEXO 2) Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) (28,29).

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23.

(28).

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (ANEXO 3). (29).

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue ideada por Zung en 1965, fue traducida y validada al castellano por Conde. Mucho más sencilla de manejar y más objetivable que la anterior, por cuanto se trata de un cuestionario autoaplicado de 20 preguntas, a las que se responde según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes, 1 a 4 en los negativos (depresivos) o inversamente, de 4 a 1 en lo positivo (de ánimo conservador).

El rango de calificación es de 20-80.

- Menos de 28 – Ausencia de depresión
- 28-41- Depresión leve
- 42-53- Depresión moderada
- Más de 53 Depresión grave (29).

MÉTODO DE GRAFFAR (ANEXO 4) (30).

Es para clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población. Consta de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones del alojamiento.

Puntaje Interpretación

04-06 – Estrato alto

07-09 – Estrato medio alto

10-12 – Estrato medio bajo

13-16 – Estrato obrero

17-20 – Estrato marginal (30).

FACES III (ANEXO 5): Instrumento desarrollado por David H. Olson en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias.

Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar.

- ADAPTABILIDAD: habilidad de un sistema para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

- COHESIÓN: Grado de vinculación emocional que tiene los miembros de los sistemas familiares entre sí; así como el grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

- COMUNICACIÓN: La comunicación favorece el mantenimiento óptimo de la cohesión y adaptabilidad.

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica (30).

H.- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se acudió al área de Medicina Epidemiológica, previa autorización del director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 32 Guasave, Sinaloa, y se solicitó información sobre los derechohabientes con diagnóstico médico de VIH/SIDA, realizando entrevistas y encuestas directas a estos pacientes cuando acudieron a su atención médica, en el consultorio de epidemiología, aplicándoseles una encuesta de datos generales, Test Escala de Hamilton, Test Escala de Zung, Test de Escala de Graffar, y FACES III (anexo 1, Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 5) con previo consentimiento informado, con la finalidad de investigar la existencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA.

I.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó el vaciado de las variables a una base de datos, posteriormente se procesó y se obtuvo el análisis e interpretación de las variables.

Al procesar las variables en el programa estadístico, se obtuvieron frecuencias, porcentajes de las variables nominal y ordinal, las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables numéricas, para calcular e identificar la posible relación entre variables. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft Office.

J.- RECURSOS:

J.1.- RECURSOS HUMANOS:

- Médico responsable del proyecto.
- Personal de epidemiología.
- Asesor estadístico.

J.2.- RECURSOS MATERIALES:

- Hojas blancas.
- Tarjetas para recolección de datos.
- Plumas y lápiz.
- Borradores.
- Correctores.
- Copias.
- Equipo de cómputo e impresión:
 - Microsoft Office Word
 - Microsoft Office Excell.
- Impresora.
- USB.

VII.- ASPECTOS ÉTICOS.

Las personas que participaron en la encuesta fue de forma voluntaria, en anonimato, bajo un consentimiento informado, firmado por cada participante, con previa explicación del uso de la información y los beneficios que proporcionaría; en todo momento a las personas se les trato con ética y profesionalismo. La investigación no afecto la integridad física ni puso en riesgo la vida de las personas en estudio.

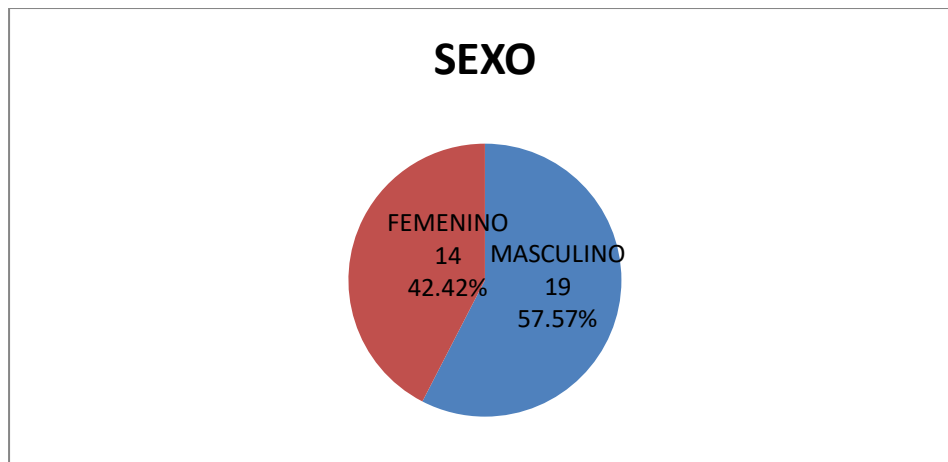
Se respetaron los principios básicos en la investigación tomando en cuenta: La normatividad nacional (Ley General de salud) y la normatividad internacional (declaración de Helsinki).

VIII.- RESULTADOS.

El presente estudio se realizó tomándose como muestra 33 personas con VIH/SIDA en el Hospital General de zona con Medicina Familiar No. 32, Guasave, Sinaloa, los que firmaron consentimiento informado, a los cuales se les aplicó una entrevista con edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, comorbilidades, alcoholismo, tabaquismo, drogas, y tiempo de evolución de la enfermedad. Se realizó el método de Graffar para medir el nivel socioeconómico. Para valoración familiar se aplicó el FACES III. Para valorar depresión se realizaron la escala de Zung y escala de Hamilton.

De la muestra total 14 fueron mujeres (42.42%) y 19 masculino (57.57%). Ver gráfico 1.

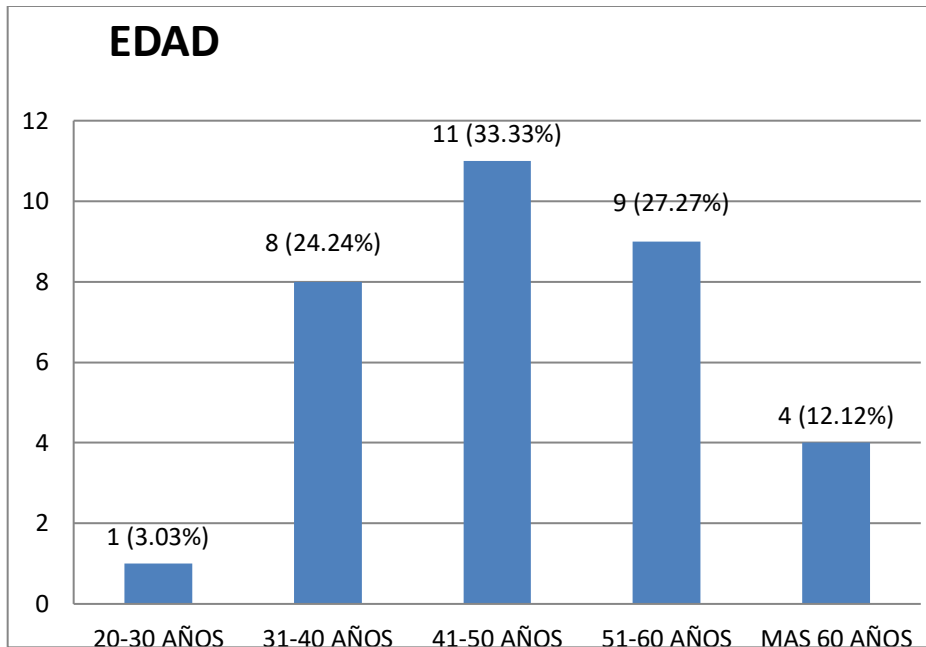
Gráfico 1: Distribución del sexo de los pacientes con VIH/SIDA.



Fuente: Encuesta.

Se encontraron en las edades de 20-30 años 1 persona (3.03%), de 31-40 años 8 personas (24.24%), de 41-50 fueron 11 personas (33.33%), de 51-60 son 9 personas (27.27%) y más de 61 años 4 personas (12.12%). Ver gráfico 2.

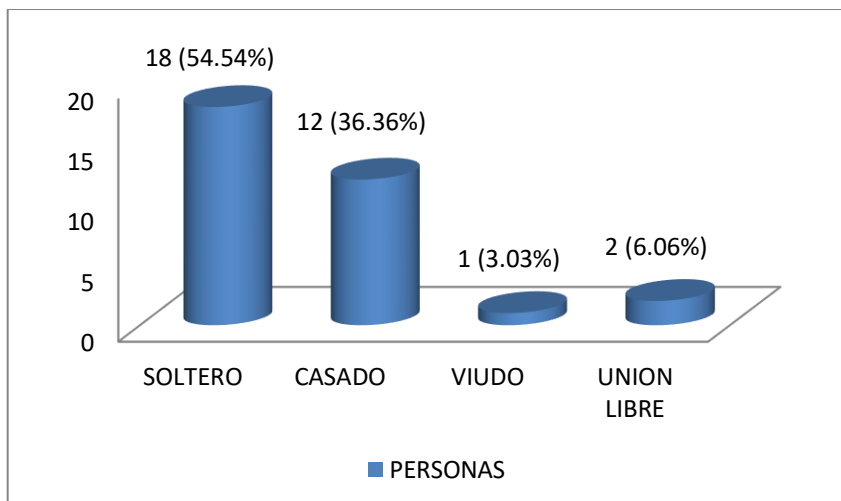
Gráfico 2 Distribución de la edad en pacientes con VIH/SIDA.



Fuente: Encuesta.

De acuerdo a su estado civil 18 solteros (54.54%), 12 casados (36.36%), 1 viudo (3.03%) y en unión libre 2 (6.06%). Ver gráfico 3.

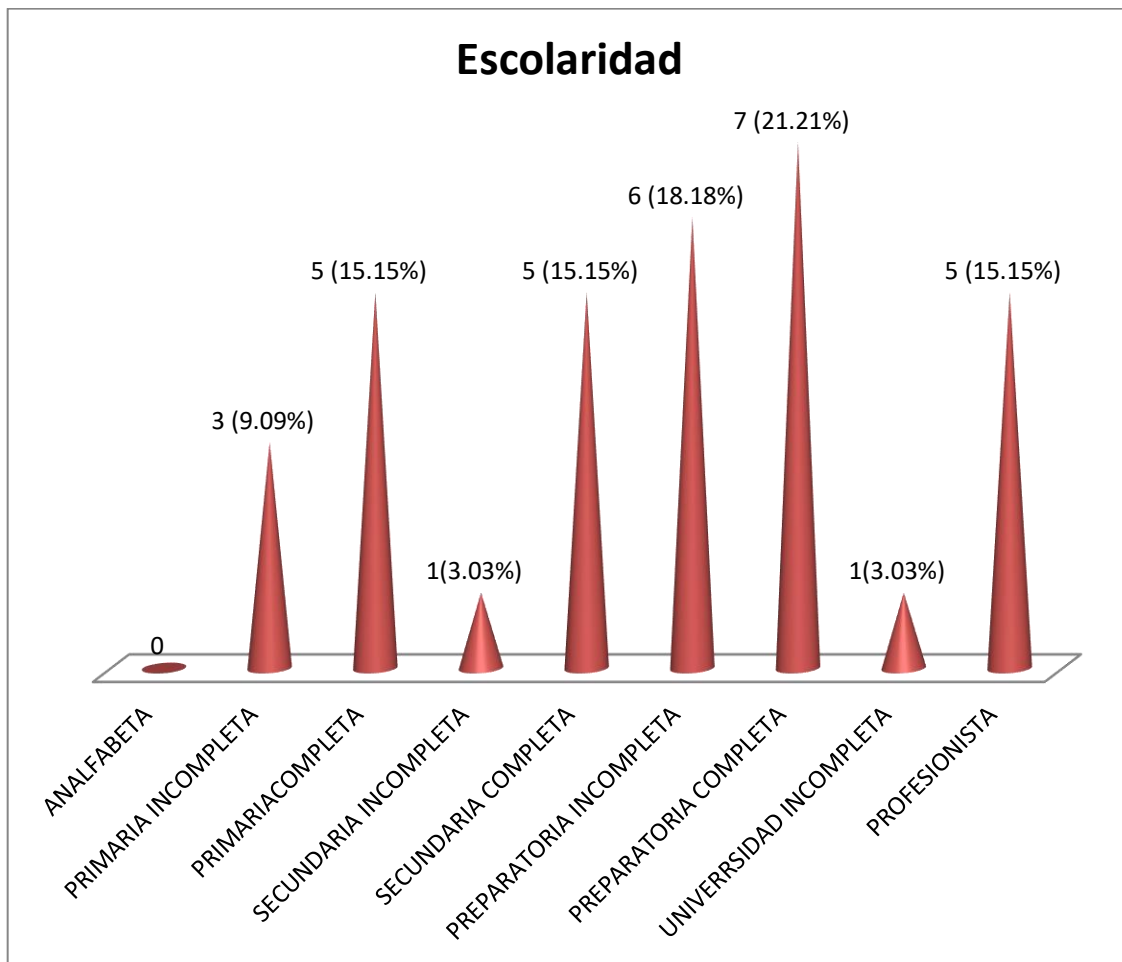
Gráfico 3 Distribución del estado civil en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta.

Para investigar los niveles de escolaridad se les agrupo según el año que hayan concluido, así se encontró 3 (9.09%) con primaria incompleta, 5 (15.15%) primaria completa, 1(3.03%) secundaria incompleta, 5 (15.15%) secundaria completa, 6 (18.18%) preparatoria incompleta, 7 (21.21%) preparatoria completa, 1(3.03%) universidad incompleta y 5 (15.15%) profesionistas. Ver gráfico 4.

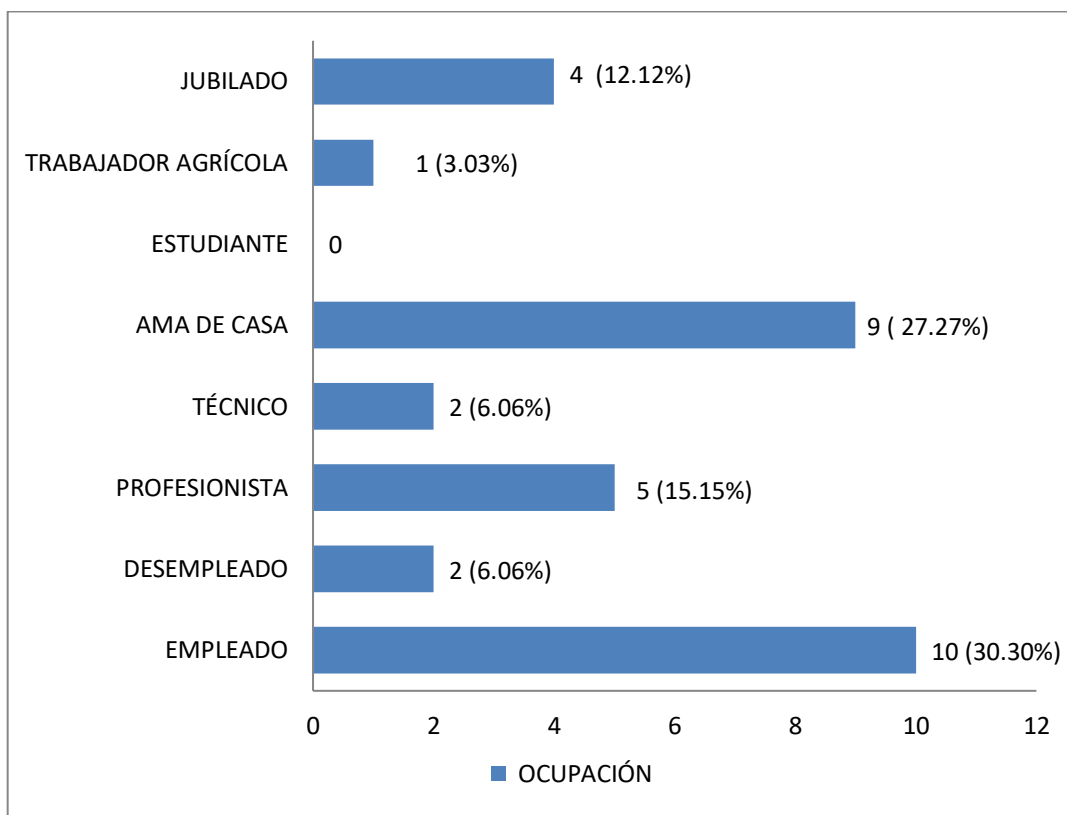
Gráfico 4 Distribución de escolaridad en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta

En relación a la ocupación se agrupó en empleado 10 personas (30.30%), desempleado 2 personas (6.06%), profesionista 5 personas (15.15%), técnicos 2 (6.06%), ama de casa 9 (27.27%), trabajador agrícola 1 persona (3.03%), jubilados 4 (12.12%) y estudiantes 0. Ver gráfico 5.

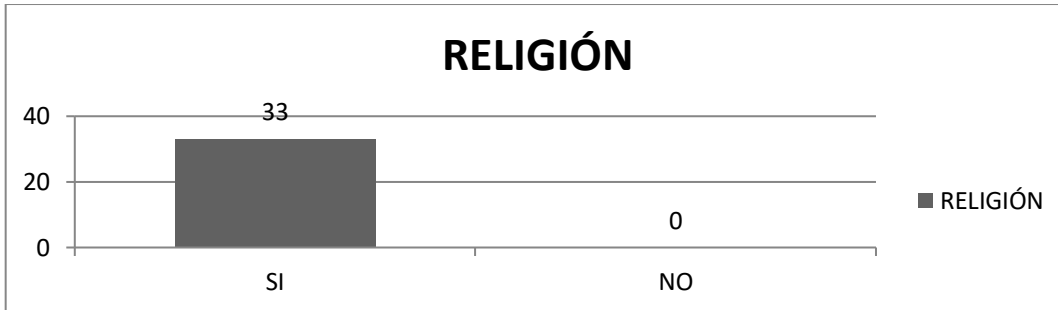
Gráfico 5 Distribución en ocupación en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta.

En religión se encontró que los 33 (100%) practican una religión. Ver gráfico 6.

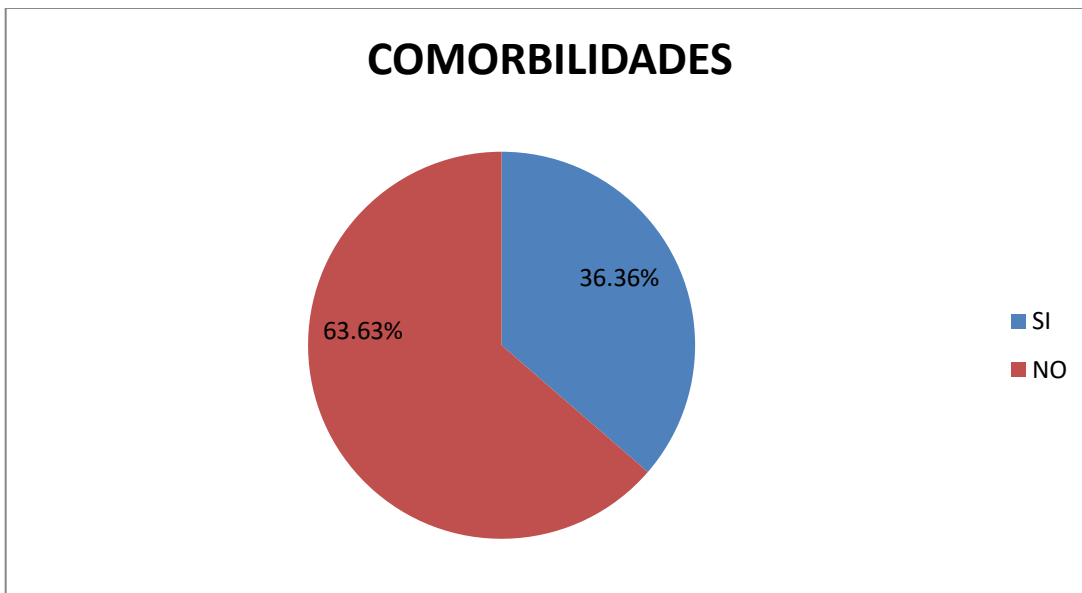
Gráfico 6 Frecuencia de religión en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta.

Se encontró con comorbilidades 12 personas (36.36%) y sin comorbilidades fueron 21 (63.63%). Ver gráfico 7.

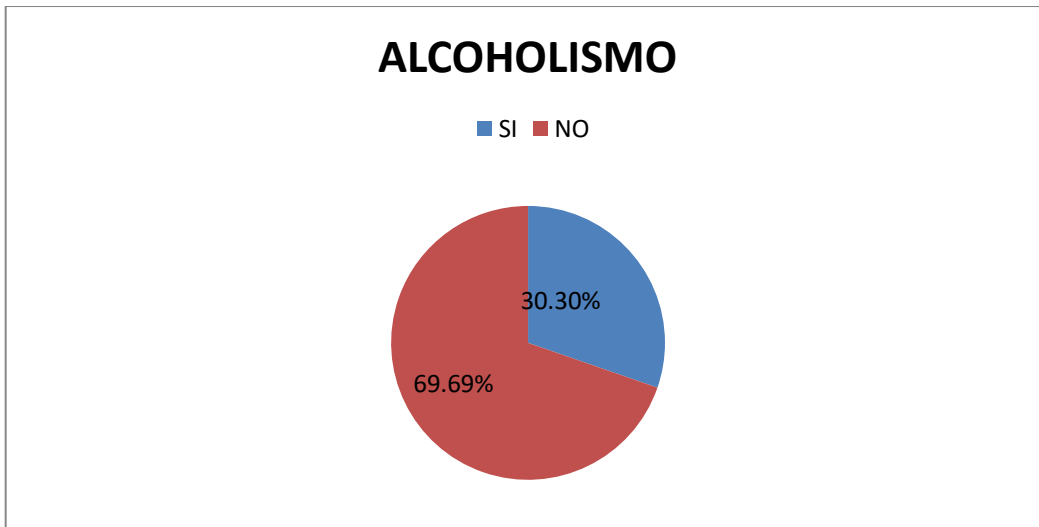
Gráfico 7 Frecuencia de comorbilidades en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta.

En alcoholismo 10 personas (30.30%) si y 23 (69.69%) no ingieren bebidas alcohólicas. Ver gráfico 8.

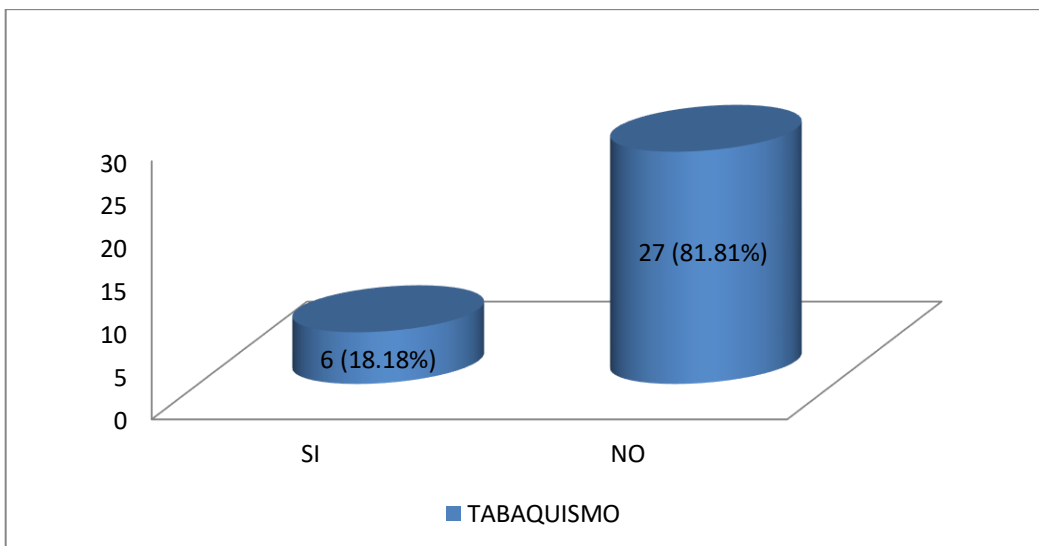
Gráfico 8 Frecuencia de alcoholismo en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta

En tabaquismo 6 personas (18.18%) tabaquismo positivo y 27 (81.81%) negativo. Ver gráfico 9.

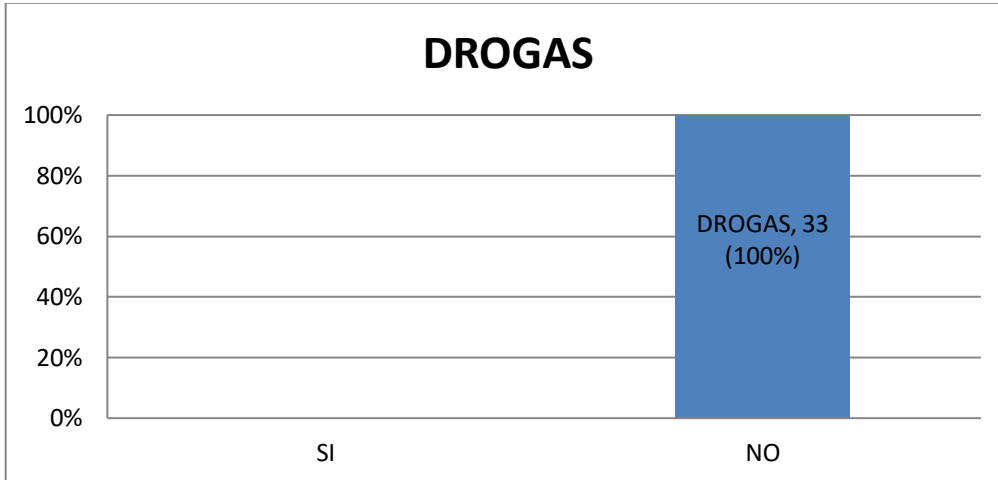
Gráfico 9 Frecuencia de tabaquismo en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta

Las 33 personas (100%) niegan drogas. Ver gráfico 10.

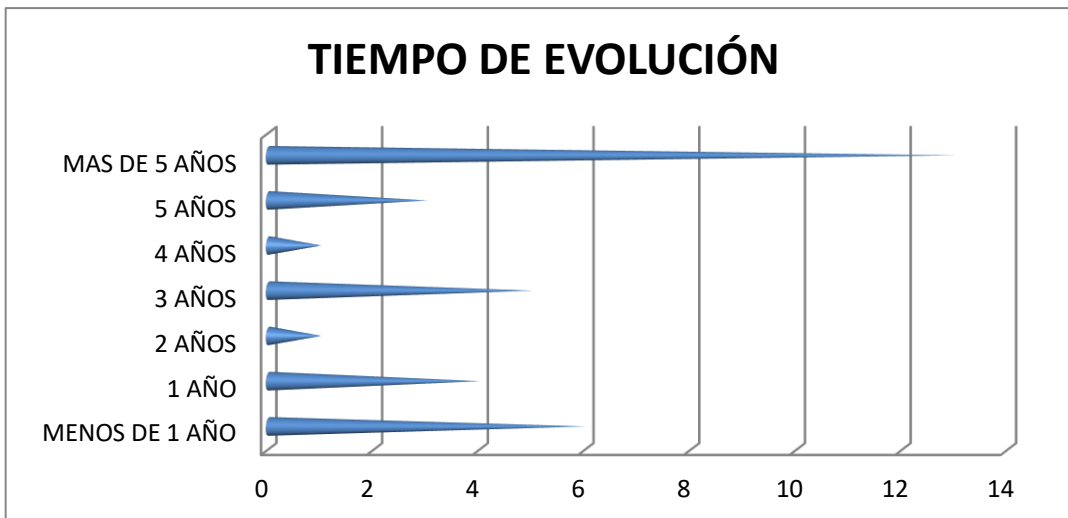
Gráfico 10 Frecuencia de drogas en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta.

Se encontró en tiempo de evolución a 6 (18.18%) en menos de 1 año, 4 (12.12%) de 1 año, 1 (3.03%) de 2 años, 5 (15.15%) de 3 años, 1 (3.03%) de 4 años de evolución, 3 (9.09%), de 5 años y 13 (39.39%) de más de 5 años de evolución. Ver gráfico 11.

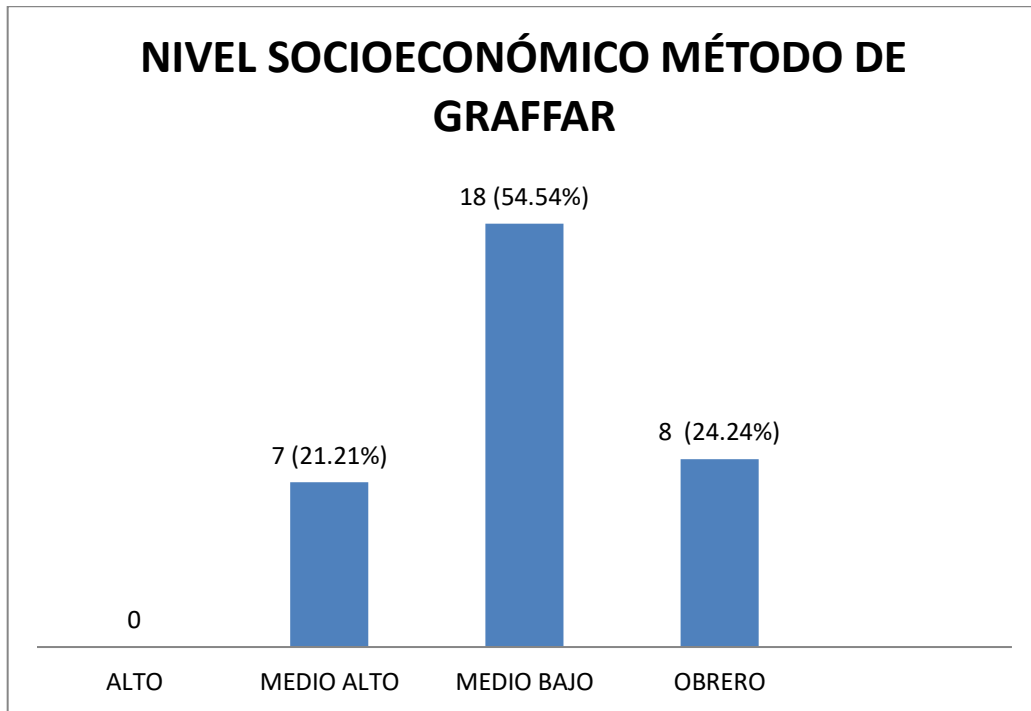
Gráfico 11 Distribución de tiempo de evolución en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta

Al medir el nivel socioeconómico con el método de Graffar se encontró 7 personas (21.21%), en nivel medio alto, 18 personas (54.54%), nivel medio bajo y 8 personas (24.24%) en obrero. Ver gráfico 12.

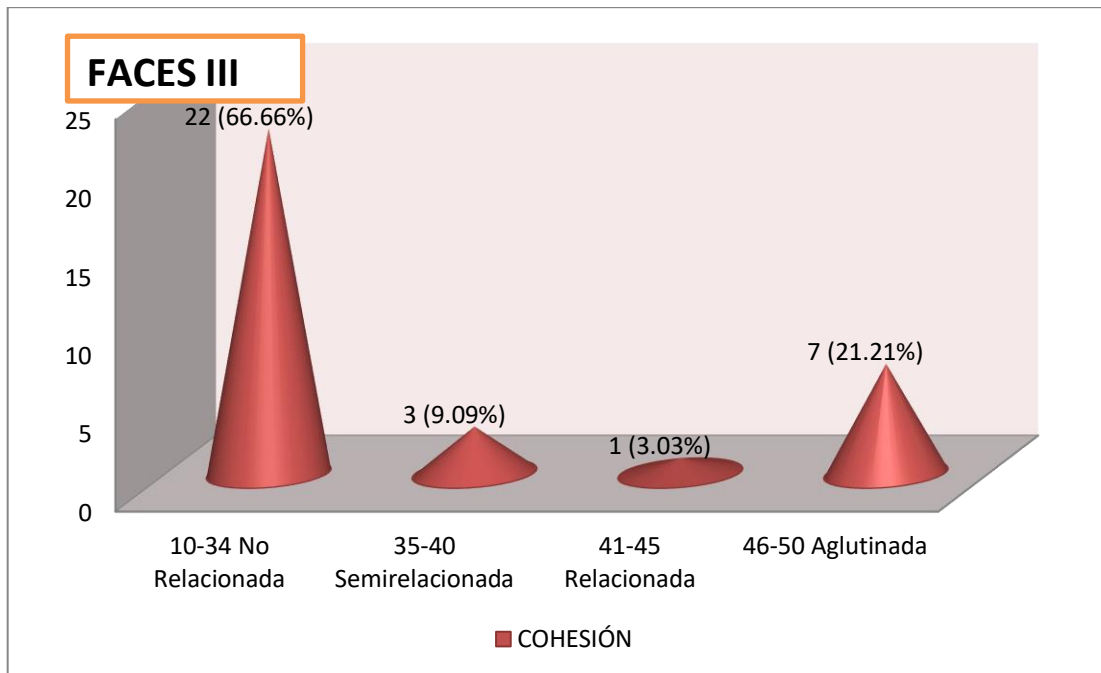
Gráfico 12 Frecuencia del nivel socioeconómico en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta de GRAFFAR

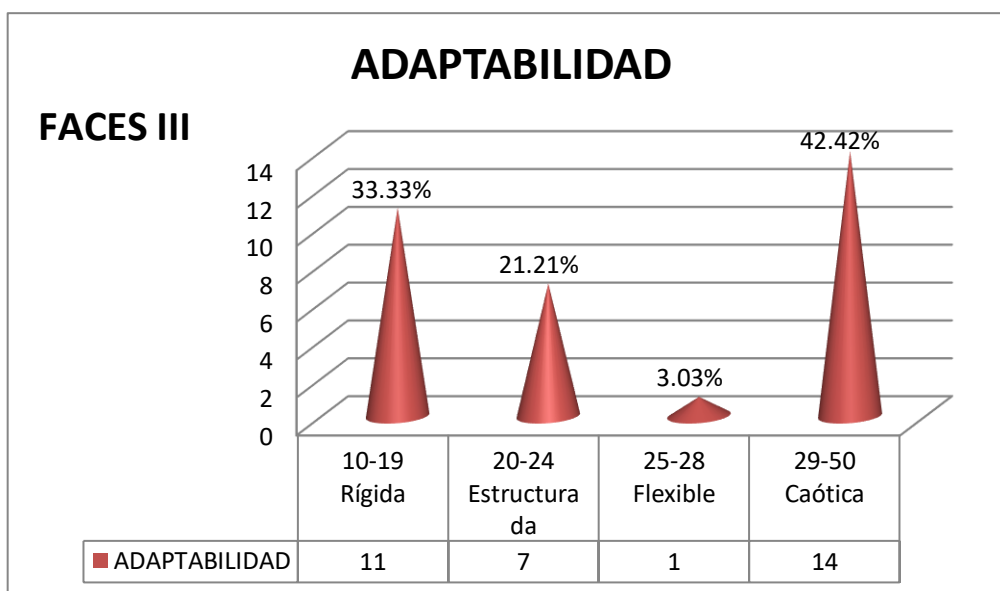
Se les aplicó un instrumento de evaluación familiar FACES III, en relación a la cohesión: se determinan familias No relacionadas 22 (66.66%), Semirelacionadas 3 (9.09%), Relacionadas 1 (3.03%), Aglutinadas 7 (21.21%). Ver gráfico 13. En relación a Adaptabilidad: familias Rígidas 11 (33.33%), Estructurada 7 (21.21%), Flexible 1 (3.03%), Caótica 14 (42.42%). Ver gráfico 14.

Gráfico 13 Frecuencia de distribución de la disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta FACES III

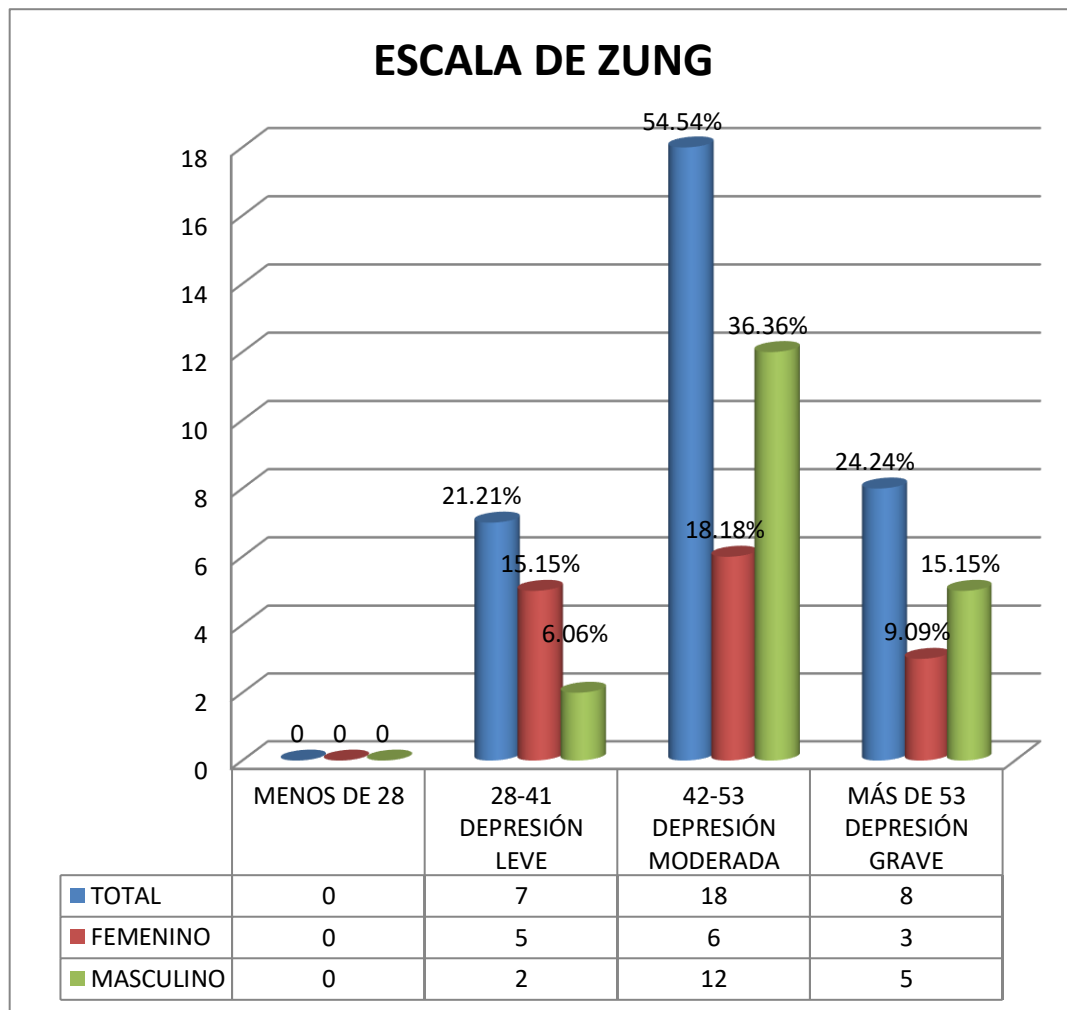
Gráfico 14 Frecuencia de distribución de la disfunción familiar en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta FACES III.

Para valorar depresión se realizaron la escala de Zung y la escala de Hamilton, en la de Zung 0 sujetos (0%) se encontraron en ausencia de depresión, 7 sujetos (21.21%), depresión leve, de los cuales 5 (15.15%) son femeninos y 2 (6.06%) masculinos, 18 sujetos (54.54%) depresión moderada, de los cuales 6 (18.18%) son femeninos y 12 (36.36%) son masculinos y 8 sujetos (24.24%) severa depresión, de los cuales 3 (9.09%) femeninos y 5 (15.15%) masculinos. Ver gráfico 15.

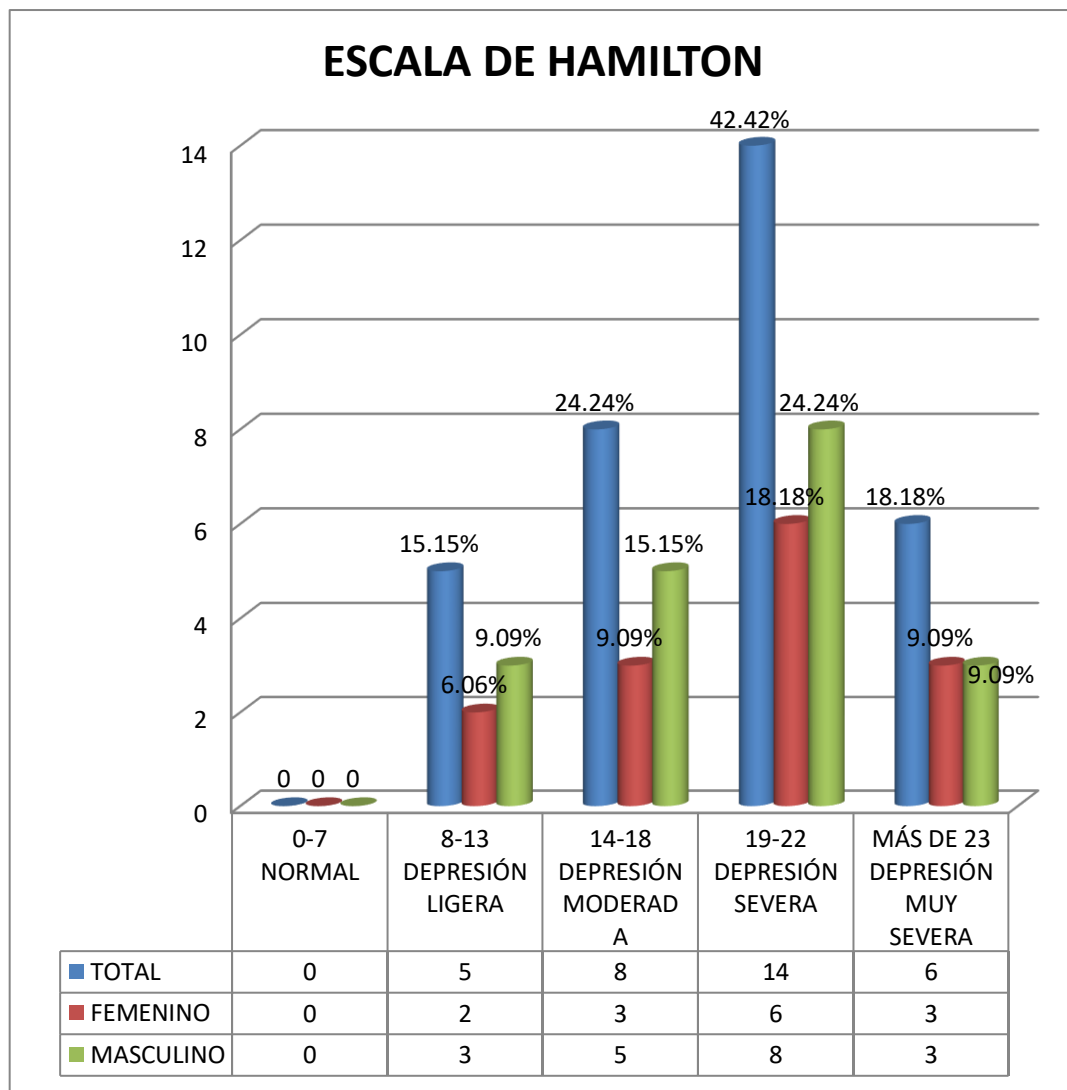
Gráfico 15 Evaluación de depresión con escala de Zung en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta de ZUNG

En la escala de Hamilton 5 sujetos (15.15%) con depresión ligera, 2 (6.06%) femeninos y 3 (9.09%) masculinos, 8 sujetos (24.24%) depresión moderada, 3 (9.09%) femeninos y 5 (15.15%) masculinos, 14 sujetos (42.42%) depresión severa, 6 (18.18%) femeninos y 8 (24.24%) masculinos y 6 sujetos (18.18%) en depresión muy severa, de los cuales 3 (9.09%) son femeninos y 3 (9.09%) masculinos. Ver gráfico 16.

Gráfico 16 Evaluación de depresión con escala de Hamilton en pacientes con VIH/SIDA.



FUENTE: Encuesta de HAMILTON.

IX.- DISCUSIÓN.

En este estudio de 33 pacientes, se encontraron independientemente del género más pacientes en el rango de edad de 41-50 años, con 11 pacientes (33.33%), siguiendo 9 pacientes (27.27%) en la edad de 51-60 años, Reis y colaboradores encontraron más de la mitad de sus pacientes por debajo de 40 años.

En estado civil se encontró con predominio en solteros con 18 pacientes (54.54%), aumentando en masculinos al igual con Reis y cols. que fueron solteros y masculinos.

Los datos de esta investigación no guardaron relación directa entre la escolaridad y la depresión, al igual que Nhamba y cols.

Con los resultados obtenidos podemos comprobar lo que ya se encuentra en la bibliografía, que una gran mayoría de los pacientes que sufren VIH/SIDA cursan con depresión. Con la escala de Zung de los 33/33 pacientes se encuentran con depresión, predominando sexo femenino en depresión leve 5 pacientes y predominando el sexo masculino en depresión moderada con 12 pacientes, en depresión grave se encuentra también aumentado en masculino con 5 pacientes; Nhamba y cols., también predominaron las mujeres con depresión leve, 33 pacientes con predominio leve, afectó a 15 personas en moderada y grave en igual magnitud. Con la escala de Hamilton los 33 (100%) pacientes presentaron depresión, predominando en depresión moderada con 8 (24.24%) pacientes (3 femeninas y 5 masculinos) y depresión severa 14 (42.42%) pacientes (6 femeninas y 8 masculinos). Gamba en un estudio desarrollado en Angola (África) con 160 pacientes en dos hospitales encuentra que casi la totalidad presenta depresión y la mayoría se clasifica como grave.

En la población estudiada la depresión si esta aumentada, con la escala de Zung se encuentran en depresión moderada y depresión grave, con las escala de Hamilton también predomina en depresión moderada y severa.

X. CONCLUSIÓN.

Las encuestas elaboradas cumplieron con todos los requisitos necesarios para determinar aspectos fundamentales acerca del tema abordado.

En el Hospital General Zona con Medicina Familiar No. 32 Guasave, de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio por encuesta directa podemos concluir que el sexo masculino tiene la mayor parte con 19 (57.57%) de los casos, la edad que predomina es de 41 a 50 años, 11 (33.33%) de los casos. La mayor parte son solteros 18 (54.54%), en cuanto a nivel de escolaridad predominan los que tienen preparatoria completa 7 (21.21%), en ocupación en gran parte son empleados y ama de casa en 10 (30.30%) y 9 (27.27) respectivamente. Los 33 (100%) pacientes profesan alguna religión, encontramos que 21 (63.63%) de los casos no tienen comorbilidades, 23 (69.69%) de los casos no ingieren bebidas alcohólicas. No consumen tabaco 27 (81.81%) de los casos y los 33 (100%) pacientes no consumen drogas. En tiempo de evolución de la enfermedad se encuentran en más de 5 años de evolución 13 (39.39%) de los casos.

El nivel socioeconómico se evaluó por método de Graffar y se concluye que el medio bajo es el que predomina 18 (54.54) de los casos.

En funcionalidad familiar evaluada por método de FACES III, se encuentra en cohesión no relacionada 22 (66.66%) de los casos, y en adaptabilidad es caótica 14 (42.42%) de los casos, lo que concluimos que los pacientes presentan disfuncionalidad familiar, por la crisis paranormativa que presentan.

Se concluye que los pacientes 33(100%), presentan depresión, por la escala de Zung predomina en depresión moderada 18 (54.54%) de los casos, 6 (18.18%) femenino y 12 (36.36%) masculino. Con la escala de Hamilton predominaron en depresión severa 14 (42.42%) de los casos, 6 (18.18%) femenino y 8 (24.24%) masculino.

XI.- BIBLIOGRAFÍAS:

- 1.- Nhamba LA, Hernández E, Bayarre HD. Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Revista Cubana Salud Pública*. 2014; 40: 1-9.
- 2.- Gatti GP, Díaz AE, Mulugueta S, Simi M. Prevalencia de depresión en pacientes HIV-SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 2011; 17: 48 - 56.
- 3.- Gaviria AN, Quiceno JM, Vinaccia S. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica* 2009; 27: 5-13.
- 4.- Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 2010; 27: 65-74.
- 5.- Segovia MP. Discriminación en mujeres con VIH/SIDA y su relación con depresión e ira. *Maestría en ciencias con orientación en psicología de la salud*. 2012; 17- 50, 108-117.
- 6.- Reis RK, Haas VJ, Dos Santos CB, Gimenez MT, Gir E. Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. *Revista Latino-Americana. Enfermagem* 2011; 19:1-8.
- 7.- Cruz JB. Efecto de la depresión en la discapacidad en hombres con VIH en una clínica especializada. *Maestría y doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud facultad de medicina*, 2015; 6-26, 35-52.
- 8.- González JF. Dirección general de epidemiología, manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, México, 2012; 9 - 19.
- 9.- Zorrilla HH, Breve historia del SIDA. *Monografía de Internet*, Ciudad de Buenos Aires, Argentina 2011; 1.
- 10.-Calderón G. Depresión: Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. 1999; 15-30.

- 11.- Depresión, Instituto Nacional de la salud mental. Red de prevención del suicidio en los Estados Unidos. 2014; 3- 9.
- 12.- Juan M, Kuri PA, González E, Ruiz GM, Ibarra LG, Gutierrez F y cols. Guía Nacional para la Prevención del VIH y el SIDA. 2014; 23, 39, 97.
- 13.- Austran B, Theodorus L, Carcelain G. Infección por VIH y SIDA nuevos datos, nuevas esperanzas. 2014; 7-9.
- 14.- Vázquez S. Antecedentes históricos del VIH, Argentina. 2011; 5-6.
- 15.- Bonnet F, Burty C, Lewden C. Instituto Nacional Contra el Cáncer. 2014. Last medical review 2014; 6-10.
- 16.-Iglesias MC, Reyes G, Moheno R, Ortiz M, Cordero C. 30 Años del VIH/SIDA, perspectiva desde México, 2011; 15-20, 63-65.
- 17.- Morales E, Marcial. Adherencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH. 2011; 11-15.
- 18.- Jadresic E, Quiroz D. Depresión en personas de 15 y más. 2013; 17-19.
- 19.- Alba MP. La Depresión y la música, estudios que muestran su efecto como tratamiento. 2014; 8-13.
- 20.- Harrison TR, Petersdorf RG, Resnick WR, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS y cols. Harrison Principios de Medicina Interna, 2016; 19: 1215- 1227.
- 21.- Houghton A, Gray D, Chamberlain Síntomas y signos en la Medicina Clínica. Una Introducción al diagnóstico médico. 2011; 13: 160, 223.
- 22.- Murtagh J., Práctica general de medicina. 2007; 3: 180, 248-249.
- 23.- McPhee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento. 2012; 50: 1269-1278.
- 24.- Farreras P, Rozman C, Domarus A, Cardellach F. Farreras/Rozman Medicina Interna. 2012; 17:1467.
- 25.- García T, Garduño J, Ignacio de la Peña L, Gómez R, Garduño H, Rivera A y cols. LAROUSSE Diccionario básico. 2015; 5: 16, 167, 180, 183, 210, 217, 377, 468, 528.
- 26.- Girondella L. Sexo y género. 2012; 1.

- 27.- Secretaría del trabajo y previsión social. Decreto oficial 2005; 2.
- 28.- Alvarez M, Atienza G, Avila M, Gonzalez A, Guitian D, Liñero E y cols. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. 2014; 56-57, 198-199.
- 29.- Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D, Allué B, Palou I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención primaria. 1999; 25: 211-219.
- 30.- Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar. http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller_herramientas_utilizadas_en_un_estudio_de_salud_familiar1.pdf. 11,21.

XII- ANEXOS.

A.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Anexo 1.- ENCUESTA DIRECTA.

1.- N.S.S. _____ Folio: _____

2.- Edad.- _____ años

3.- Sexo.-

a).- Masculino _____ b).- Femenino _____

4.- Estado civil.-

a).- Soltero _____ b).- Casado _____ c).- Unión libre _____ d).- Viudo

5.- Escolaridad.-

a).- Analfabeto _____ b).- Primaria incompleta _____

c).- Primaria completa _____ d).- Secundaria incompleta _____

e).- Secundaria completa _____ f).- Preparatoria incompleta _____

g).- Preparatoria completa _____ h).- Universidad incompleta _____

i).- Profesionista _____

6.- Ocupación.-

a).-Empleado _____ b).- Desempleado _____ c).- Profesionista _____

d).- Técnico _____ e).-Ama de casa _____ f).- Estudiante _____

e).- Trabajador agrícola _____ g).- Jubilado _____

7.- Tiempo de evolución del padecimiento.

a) Menos de 1 año ____ 1 año__ b) 2 años__ c) 3años__ d) 4 años____ e)
5 años____ f) + de 5 años____

8.- Alcoholismo.

Sí____ No____

9.- Tabaquismo.

Sí ____ No____

10.- Drogas.

Sí____ No____

11.- Religión.-

a).- Si profesa _____ b).- No profesa _____

12.- Comorbilidad.

Sí____ No____

Anexo 2.--ESCALA DE HAMILTON.- Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS). (28, 29) Folio.- _____

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0 1 2</p>
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligeramente retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse 	<p>0 1 2 3</p>

- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
- Sensación de pesadez en el abdomen	2
- Dificultad en comer si no se le insiste.	3
- Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de	1

trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo				2
TOTAL				
No deprimido: 0-7	Depresión ligera menor: 8-13	Depresión moderada: 14-18	Depresión severa : 19- 22	Depresión muy severa: Mayor de 23

Anexo 3.- ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESION. (29).

Por favor marque (✓) la columna adecuada	Muy poco tiempo	Algún tiempo	Gran parte del tiempo	Casi siempre.
1. Me siento triste y deprimido	1	2	3	4
2. Por la mañana me siento mejor que por las tardes	4	3	2	1
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches	1	2	3	4
5. Ahora tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6. Todavía me siento atraído por el sexo	4	3	2	1
7. Creo que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. Tengo palpitaciones	1	2	3	4
10. Me canso por cualquier cosa	1	2	3	4
11. Mi cabeza está tan despejada como antes	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Tengo esperanza y confío en el futuro.	4	3	2	1
15. Me siento más irritable que habitualmente	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Me creo útil y necesario para la gente	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.	4	3	2	1

Menos de 28 Ausencia de depresión	28-41 Depresión leve	42-53 Depresión moderada	Más de 53 Depresión grave.
-----------------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------------

Adaptada: La plantilla de corrección, se adaptó dentro de los cuadros.

Anexo 4.- NIVEL SOCIOECONÓMICO DE ACUERDO AL MÉTODO DE GRAFFAR (30).

Método de Graffar	
Profesión del jefe de familia	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc. 3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. 4.- Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc. 5.- Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Universitaria o equivalente. 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa. 3.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos). 4.- Educación primaria completa. 5.- Primaria incompleta, analfabeta.
Principal fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar). 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales. 3.- Sueldo quincenal o mensual. 4.- Salario diario o semanal. 5.- Ingresos de origen público o privado (subsidios).
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias. 2.- Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitaria. 3.- Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias. 4.- Espacios amplios reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias. 5.- Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal

Anexo 5.- FACES III. Versión familiar David H. Olson (30).

NSS _____


Folio _____

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

		1	2	3	4	5
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta hacer cosas con nuestros familiares próximos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Puntuación _____

B.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32, GUASAVE, SINALOA.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	NOVIEMBRE 2015- SEPTIEMBRE 2016, GUASAVE, SINALOA.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer si presenta depresión y se puedan planificar estrategias de promoción de la salud mental, principalmente en el trastorno depresivo.
Procedimientos:	ENCUESTAS
Posibles riesgos y molestias:	NO APLICA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	DAR TRATAMIENTO OPORTUNO SI PRESENTA DEPRESIÓN
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Dar información a cada paciente y derivar a psiquiatría a los pacientes que presenten depresión, para su tratamiento oportuno.
Participación o retiro:	Es libre de elección
Privacidad y confidencialidad:	SI
En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. LEDIN YASBEK MONTOYA FLORES.
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	