



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.46 CULIACÁN, SINALOA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
VIH/SIDA EN EL HGR No. 1 IMSS DE CULIACÁN, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. HOMERO ARELLANES OCHOA**

Registro de autorización: R-2017-2503-51

CULIACÁN, SINALOA

2020

Asesor:  
Dr. Martín Alberto Félix Palma



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA  
EN EL HGR No. 1 IMSS DE CULIACÁN, SINALOA**

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

**PRESENTA:**

**DR. HOMERO ARELLANES OCHOA**

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**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.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA  
EN EL HGR No. 1 IMSS DE CULIACÁ, SINALOA**

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

**PRESENTA:**

**DR. HOMERO ARELLANES OCHOA**

**A U T O R I Z A C I O N E S:**

**DR. MARTÍN ALBERTO FÉLIX PALMA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE / ASESOR DE  
TESIS EN UMF No.46 CULIACAN

**DR. JULIO MANUEL MEDINA SERRANO**  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE  
INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DRA. ELVA NIDIA ZAVALA LOZANO**  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE  
EDUCACION EN SALUD

**DRA. LAURA ELENA CASTRO CERVANTES**  
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACION

## **AGRADECIMIENTOS**

Cuando comencé este camino de ser especialista pedí a Dios que me guiara en esta nueva meta que tenía pendiente por hacer en vida profesional una de muchas que hay por venir, pero en esta que culmina agradezco por estar en mi lado espiritualmente que es parte fundamental de cada ser humano.

En mi vida tengo una persona que en todo momento ha estado a mi lado desde el momento que supo que yo sería parte de su vida en su vientre, mi madre Maria de Jesús Ochoa que nunca terminare de agradecerle por todo lo que ha hecho por mí, por ser mi apoyo en todo y cada momento de mi vida que ha confiado siempre en cada uno de mis proyectos quien alguna vez me dijo nada es fácil en esta vida, si quieres ser mejor hay que esforzarse día a día hijo, por lo cual soy y seguiré siendo un orgullo para ella.

En este camino que inicie de ser especialista ha estado a mi lado mi pareja Yoshio Ramirez que ha formado parte importante en mi vida para cumplir este nuevo logro, que cuando he tenido caídas el me ayudado con sus palabras y conocimientos por lo cual te agradezco amor mío por confiar y creer en mi todo este tiempo, sobre todo saber que esto no es fácil y cuento con todo tu amor y apoyo.

Al llegar a mi primer año también llego nuestro coordinador Dr. Félix quien fuimos sus conejillos de indias en su experimento de mejorar esta modalidad, el cual le funcionó excelente y que me ha brindado siempre su tiempo, apoyo y conocimientos en buenos y malos momentos.

Como no mencionar a mis amigos, compañeros y nueva familia que se unieron en este proyecto Carmen, Paty, Erika, Florida, Santana y Carreón cada uno de ustedes saben que han sido parte esencial de este proyecto, que cada uno me dio su apoyo en muchos momentos de mis estados emocionales y no solo sus hombros para dormir en clase, por eso les agradezco por su paciencia y tolerancia hacia a mí.

## INDICE

RESUMEN .....	1
I. INTRODUCCION.....	3
II. MARCO TEORICO.....	4
2.1 Prevalencia .....	4
2.2 Virus de inmunodeficiencia humana.....	5
Fisiopatología.....	7
Vías de trasmisión .....	7
Manifestaciones Clínicas .....	8
Diagnóstico .....	11
Complicaciones .....	11
Tratamiento .....	12
2.3 Depresión: Respuesta de estigmatización por VIH.....	13
2.4 Planteamiento del problema .....	17
2.5 Pregunta de investigación.....	17
2.6 Justificación.....	18
III. OBJETIVOS .....	19
3.1 General .....	19
3.2 Específicos.....	19
IV. MATERIAL Y METODOS .....	20
4.1 Tipo de estudio .....	20
4.2 Diseño de estudio .....	20
4.3 Población, lugar y tiempo de estudio .....	20
4.4 Criterios de selección .....	21

Criterios de inclusión.....	21
Criterios de exclusión.....	21
Criterios de eliminación .....	21
4.5 Operacionalización de variables.....	22
Procedimiento de medición.....	24
4.6 Consideraciones éticas .....	25
4.7 Recursos humanos y materiales .....	25
4.8 Tipo de muestreo .....	26
4.9 Cálculo de la muestra .....	26
4.10 Análisis estadístico .....	26
V. RESULTADOS.....	27
5.1 Discusión.....	32
VI. CONCLUSIONES.....	36
VII. BIBLIOGRAFIA.....	37
Anexos .....	41
Encuesta .....	41
Escala Hamilton .....	42
Cronograma de actividades .....	46
Carta de consentimiento informado .....	47

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.....	29
Gráfico 2.....	29
Tabla 1.....	30
Tabla 2.....	31

## ABREVIATURAS

VIH.....	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA.....	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
ONUSIDA.....	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
CENSIDA.....	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida
ARN .....	Ácido Ribonucleico
ADN .....	Acido Desoxirribonucleico
CD4.....	Cúmulo de Diferenciación 4
TARV .....	Terapia Antirretroviral
TARAA .....	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
IMSS .....	Instituto Mexicano del Seguro Social
HGR .....	Hospital General Regional



## RESUMEN

**TITULO:** prevalencia de depresión en pacientes con VIH/sida en el hospital general regional # 1 IMSS de Culiacán. **INVESTIGADORES:** Ochoa H, Félix M, **INTRODUCCION.** Al momento de recibir el diagnóstico de VIH, la persona se enfrenta a un pronóstico de una enfermedad crónica, así como a un tratamiento de por vida, a esto se le suma el estigma social, la discriminación es otro gran determinante que en la mayoría de las veces conlleva a la depresión en personas con VIH y sida. **OBJETIVO.** Estimar la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Regional #1 de Culiacán. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Encuesta descriptiva, realizada en el Hospital General regional #1 IMSS, Culiacán, Sinaloa, se incluyeron pacientes que acuden a consulta externa de infectología con el diagnóstico de VIH/SIDA. Se utilizó el Test Hamilton para determinar los niveles de depresión. La relación entre el diagnóstico de VIH y depresión se realizó con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. **RESULTADOS.** Se incluyeron 190 pacientes, de los cuales, 38% (72) presentaban algún grado de depresión posterior al diagnóstico de VIH, siendo 24% (46) depresión leve, 12% (23) moderada y un 2% (3) severa, sin relación estadística de acuerdo a su estado civil, escolaridad, ocupación, tiempos de evolución de tratamiento entre otros rubros evaluados ( $P >0.05$ ). **CONCLUSIONES.** Podemos concluir que el 38% de la población estudiada presenta depresión, encontrándose mayor prevalencia en pacientes del sexo masculino, entre el primer y quinto año del diagnóstico y generalmente pacientes jóvenes (menores de 35 años), con estado civil soltero, sin valor estadístico ( $P >0.05$ ), por lo que podemos argumentar que el diagnóstico de VIH si es un factor para presentar depresión. **PALABRAS CLAVE:** VIH/SIDA, Depresión

## SUMMARY

**TITLE:** prevalence of depression in patients with HIV / AIDS in the general regional hospital # 1 IMSS of Culiacan. **RESEARCHERS:** Ochoa H, Félix M, **INTRODUCTION.** At the time of receiving the diagnosis of HIV, the person faces a prognosis of a chronic disease, as well as lifelong treatment, to this is added the social stigma, discrimination is another great determinant that in most of Sometimes it leads to depression in people with HIV and AIDS. **OBJECTIVE.** To estimate the prevalence of depression in patients with HIV / AIDS in the Regional General Hospital # 1 of Culiacan. **MATERIAL AND METHODS.** Descriptive survey, carried out at the Regional General Hospital # 1 IMSS, Culiacan, Sinaloa, included patients who attend an outpatient clinic for infectious diseases with a diagnosis of HIV / AIDS. The Hamilton Test was used to determine depression levels. The relationship between the diagnosis of HIV and depression was made with Pearson's Chi square test. **RESULTS:** 190 patients were included, of whom 38% (72) had some degree of depression after the diagnosis of HIV, being 24% (46) mild depression, 12% (23) moderate and 2% (3) severe, without statistical relationship according to their marital status, schooling, occupation, treatment evolution times among other items evaluated ( $P > 0.05$ ). **CONCLUSIONS** We can conclude that 38% of the studied population presents depression, being higher prevalence in male patients, between the first and fifth year of diagnosis and generally young patients (under 35 years), with single marital status, without statistical value ( $P > 0.05$ ), so we can argue that the diagnosis of HIV if it is a factor to present depression. **KEY WORDS:** HIV / AIDS, Depression

## I. INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA tiene una complejidad que no sólo parte de la cantidad de síntomas y enfermedades médicas asociadas a la infección, también atañe a las consecuencias que conlleva el hacer parte de un entramado sociocultural marcado por la desconfianza y la consecuente discriminación de lo “amenazante”.

Al momento de recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, la persona se enfrenta a un pronóstico de una enfermedad crónica, así como a un tratamiento de por vida, costoso y con efectos secundarios. A esto se le suma el estigma social que el diagnóstico conlleva dentro de la representación social, con conductas moralmente condenadas, como tener parejas concurrentes o múltiples, hombres que tienen sexo con hombres y consumo de drogas por vía intravenosa. La asignación a cualquiera de estos grupos conlleva a un señalamiento moral que suele implicar desprestigio, rechazo, aislamiento y discriminación, que influye en el estado anímico de estos sujetos, provocando en la mayoría de las veces depresión en personas con el VIH y sida.

## II. MARCO TEÓRICO

### PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON VIH

De acuerdo a cifras del programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en 2014, 36.9 millones de personas vivían con VIH. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tiene acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. En este mismo año se reportaron alrededor de 1.2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida. Según datos de 2015, había 15.8 millones personas en tratamiento. Por lo que son 17.1 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia adquirida y no saben que tienen dicho virus. Al mismo tiempo, pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un gran número de nuevas infecciones por este virus y de muertes relacionadas con el sida. (1)

Los individuos que viven con VIH que no reciben tratamiento, tienen el riesgo de desarrollar sida, estimado en 1 y 2 % por año, en los primeros años después del contagio, y alrededor de 5 % por año, posteriormente. El riesgo acumulativo oscila alrededor del 50 % durante la primera década. (2)

El número de personas con VIH en Estados Unidos, Europa del Oeste y Oceanía representan solo el 4% del total de infectados, ya que la mayoría de las personas con VIH vive en los países en desarrollo; el 66% se encuentra en África y Europa del Este, 20% en Asia y 6% en América Latina y el Caribe. (3)

De acuerdo al Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/Sida (CENSIDA) en México se encuentran 140,676 personas que actualmente viven con el VIH y con sida, de los cuales el 76.1% corresponde a los hombres y el 23.9% a mujeres. (4)

El riesgo de infección por el VIH entre las poblaciones clave, como los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero, los privados de libertad y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, sigue siendo mucho mayor.

(5) Estudios recientes sugieren que las poblaciones clave tienen una probabilidad entre 10 y 24 veces mayor de contraer una infección por el VIH que los adultos de la población general. A nivel mundial, se calcula que las nuevas infecciones entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron el 36 % de las nuevas infecciones por VIH en 2015.

(6)

La infección por VIH a través de relaciones heterosexuales ha aumentado 10 veces en los últimos años, mientras que la transmisión por transfusiones es menor al 0.4%, la debida adicción endovenosa se mantiene constante y entre los hombres homosexuales ha disminuido en forma significativa. La infección vía transmisión directa es la causa del 98% del Sida pediátrico. (7)

La pandemia por VIH/sida ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva. (8)

## **VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

La infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica que termina en una etapa muy avanzada de inmunodeficiencia. (9) Esta enfermedad es producido por la infección de virus llamados retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra dentro del virión, este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus. (3)

Asimismo, la familia de los retrovirus está dividida en varias subfamilias: *oncoviridae*, *espumaviridae* y los *lentiviridae*, las cuales tienen, desde el punto de vista de sus acciones biológicas, diferentes características. Estos últimos producen inmunodeficiencia, pues causan la destrucción lenta y progresiva de las células que infectan. Dentro de este subgrupo los que provocan la enfermedad en los seres humanos son el VIH- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente. (10)

El virus VIH-1 tiene varios serotipos y se clasifican en 3 grandes grupos: M, O y N. El primero causa la mayoría de las infecciones que registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. Dentro de este grupo se han identificado las cepas recombinantes, las cuales han incorporado genes de combinaciones de algunas de las cepas. El grupo O aparece en cierta parte de África y tiene el inconveniente de que los exámenes de laboratorio para su detección no son sensibles y el N se ha identificado poco, generalmente en Camerún. (10)

Las cepas recombinantes se asocian a la progresión acelerada a la fase de sida, poca respuesta a la terapia antirretroviral y no son detectadas por los equipos de lectura de carga viral y posibilidad de transmisibilidad en la población que vive con VIH, lo cual favorece el fenómeno de la reinfección. Por su parte, el VIH-2, por ser de menor circulación mundial, este se presenta clínicamente más lento y menos grave que el VIH-1, este se presenta principalmente en África occidental y tiene pocos serotipos: A, B, C y E. (8)

El sida es el estadio final de una enfermedad crónica trasmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros. (10)

## **FISIOPATOLOGÍA**

La infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ocasiona sobre las distintas células, tejidos, órganos y sistemas, en forma directa e indirecta, debido a los efectos de la inmunosupresión.

El virus del VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos a causa de la replicación viral dentro de ellos. Una vez que esta se inicia se inmortaliza en el tiempo. El organismo trata de reponer la mayoría de las células inmunológicas destruidas, pero nunca logra toda la cantidad que se destruyó. Por otra parte, las manifestaciones clínicas aparecerán cuando el equilibrio se incline a favor de la destrucción y no de la reposición celular, de manera que lleva al agotamiento del sistema inmunológico. Lo anterior explica la razón por la cual el comienzo de la terapia antirretroviral se debe de iniciar antes de que aparezcan los primeros síntomas. El hecho de inmortalizar la infección desempeña un rol importante en los reservorios del virus como lo son: el cerebro, los ganglios linfáticos y células del sistema reticuloendotelial. (10)

## **VÍAS DE TRASMISIÓN**

Cabe señalar que el VIH no está en el aire como otros agentes (*Mycobacterium tuberculosis*), es el contacto con las secreciones infectadas lo que resulta potencialmente contaminante, pero se toman las medidas de precaución universales para que el personal sanitario no se contamine, por lo cual no se justifican las acciones de rechazo y estigma durante la atención a estos pacientes. (10)

La infección por vía sexual representa la principal vía de infección en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral; el riesgo de infección se incrementan en los hombres que tienen sexo con otros hombres, así como la

presencia de alguna infección de transmisión sexual al momento de las relaciones sexuales desprotegidas. (11)

Por su parte, la drogadicción como vía de transmisión no es un problema de salud en este medio. (10)

La transmisión de la madre al feto o transmisión vertical incluye 3 momentos: vía transplacentaria, durante el trabajo de parto por contaminación en el canal y lactancia materna. El riesgo de transmisión al feto varía entre 15 y 45 %, pero hoy día se puede reducir a 1% con la administración de la terapia antirretroviral sumamente activa, la cual consiste en la combinación de, al menos, 3 drogas antirretrovirales.

Se recomienda mantener de por vida, luego del parto, la terapia antirretroviral recibida durante el embarazo, independientemente de los resultados de los estudios inmunológicos. Este último elemento ha resultado un factor determinante para mejorar la salud reproductiva de la mujer, pues le sirve para prevenir este tipo de infección en próximos embarazos. (10)

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La infección por VIH/SIDA consta de varias etapas en la que cada una de ellas se caracteriza con manifestaciones muy particulares. Se encuentra la fase de infección aguda retroviral o retrovirosis aguda, así como la fase asintomática del VIH, la fase sintomática y por último la muy conocida fase de sida. (10)

En la primera fase, de infección aguda retroviral corresponde a la llegada del virus al paciente, se caracteriza desde el punto de vista clínico por dos situaciones: puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos o sintomática, donde se presenta un cuadro clínico con síntomas muy variados entre los cuales se encuentra la fiebre, faringitis, linfadenopatía, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso, así como síntomas con



afección dermatológica como erupciones eritematosas maculopapular, urticaria difusa y alopecia; gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas; neurológicas como cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillan-Barré. (10)

Debido a que la mayoría de los síntomas son muy inespecíficos, es frecuente que los médicos y pacientes no les den importancia y a su vez sea difícil determinar la frecuencia de los cuadros agudos. No obstante, se ha encontrado que en recientes estudios, los síntomas más recurrentes en esta etapa son las fiebres asociadas a fatiga, erupciones eritematosas maculopapular y síndrome edémico. Generalmente, estos síntomas cursan un periodo de 6 a 8 semanas aproximadamente y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Durante esta fase existe el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos. (10)

La siguiente fase es la asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores, después de la primera etapa, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático (10)

De forma general, puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico con las características siguientes: más de 3 meses de evolución, con ganglios firmes, pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan 2 o más regiones contiguas. Se llama linfadenopatía generalizada persistente, puede haber esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH, por lo cual es importante estimular por todas las vías posibles que las personas se interesen por saber su seroestatus. (10)

Al pasar los años, progresa la enfermedad, y aparece la tercera fase sintomática de la infección por VIH u oportunista menor, la cual va a representar un período intermedio entre el portador asintomático y el de caso sida o final. En esta etapa aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente,

de modo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan graves como en la siguiente. (10)

Clínicamente se caracteriza por distintos síntomas: generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10%; hematológicos: anemia y trombocitopenia, con síndrome purpúrico o sin él; linfadenopáticos: pueden disminuir los ganglios linfáticos; respiratorios: tos seca persistente; digestivos: diarrea que puede durar más de un mes; dermatológicos: candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales, así como neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica. La duración de esta fase depende de diferentes factores, entre los cuales figuran: tipo de cepa viral infectante y respuesta inmunológica del huésped, entre otros. (10)

En el estadio final de la infección por VIH, comúnmente llamada sida u oportunistas mayores, se caracteriza la fase por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocitos CD4, cuya función en la respuesta inmune. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico. Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso sida cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen.

Actualmente, además de las enfermedades indicadoras de sida, también se ha incluido el término sida inmunológico, el cual incluye a pacientes con número de células CD4 menor de  $200 \text{ mm}^3$  y clínicamente asintomático; también se ha incluido en la práctica clínica el término “debut” sida para todos aquellos casos que al momento de ser detectados tienen alguna enfermedad oportunista definitoria de sida o CD4 por debajo de 200 células. Estos casos, al ser diagnosticado en esta fase tan avanzada de la infección, se asocian con una alta mortalidad por poca respuesta a la terapia antirretroviral, reacciones adversas,

irreversibilidad de la infección oportunista que tenga en ese momento, así como dificultad para lograr la recuperación del sistema inmunológico. (10)

## **DIAGNÓSTICO**

Las pruebas de laboratorio que se utilizan para diagnosticar esta patología, por la infección de retrovirus humanos se clasifican en pruebas directas e indirectas (serológicas). Las pruebas directas facilitan el diagnóstico precoz de la infección pues permiten detectar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico) aún antes de desarrollarse las respuestas de anticuerpos frente a ellos, pero tienen el inconveniente de ser muy costosas; entre estas pruebas se encuentran; antigenemia P24, cultivo viral y reacción en cadena de la polimerasa. Las últimas dos junto al Western blot, se utilizan para el diagnóstico de la infección en niños, causada por la transferencia pasiva de los anticuerpos de la madre al recién nacido.

Las pruebas indirectas demuestran la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en estudio serológicos para la detección de anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos VIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus, significa el estado de portador actual. Las pruebas serológicas son específicas a cada retrovirus, por lo que se deben de realizar de forma independiente. (12)

## **COMPLICACIONES**

La infección por VIH ocasiona complicaciones en todos los aparatos y sistemas, pero los más afectados son el respiratorio, el digestivo y el sistema nervioso central.

En las afecciones respiratorias se encuentra la neumonía por *Pneumocistis Jirovesi*, tuberculosis pulmonar y sinusitis repetidas, en el cuadro digestivo se presentan diarreas crónicas, enteropatía por VIH y disfagia; a nivel neurológico se presentan por infección primaria del VIH: encefalitis por VIH (demencia por sida y atrofia cerebral), meningitis

aséptica típica y mielopatía vascular, por infecciones asociadas a la inmunodepresión se presenta meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans*, neurotoxoplasmosis y lesiones tumorales por papilomavirus. (3) (13)

En esta fase hay una incidencia en la presencia de procesos tumorales asociados al VIH como el sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y linfoma primario del sistema nervioso central. (9)

Otras de las complicaciones que deben tenerse en cuenta son: *Wasting disease*, leucoplasia vellosa bucal, herpes zóster, multidermatoma, candidiasis bucal, dermatitis seborreica e hiperpigmentación cutánea, trombocitopenia asociada al VIH, nefropatía por VIH y otras. (10)

Luego del sistema inmune, el sistema nervioso es el más afectado. Ya que aproximadamente el 60% de las personas con VIH tiene alguna manifestación de disfunción neurológica. (3) En fase más avanzada de la enfermedad, es cuando se presentan diferentes grados de severidad del complejo de demencia-sida, siendo este un factor de altas tasas de mortalidad. (13)

## **TRATAMIENTO**

En la actualidad aún no se cuenta con un tratamiento curativo para esta infección, sin embargo, mediante el avance de la tecnología, existen los tratamientos antirretrovirales, con los cuales los pacientes con VIH/Sida pueden vivir muchos años y con una buena calidad de vida.

La principal estrategia de tratamiento de la enfermedad es la implementación de la terapia anti-retroviral (TARV) en forma masiva, lo que ha disminuido dramáticamente la morbilidad asociada a la enfermedad, mejorando el deterioro inmune y calidad de vida de las personas infectadas por VIH, así como la mortalidad. (14) (15) Su función es disminuir

la replicación del virus hasta niveles indetectables, lograr la restauración del sistema inmunológico y hacerlo más inmunocompetente. El principal criterio que se tiene en cuenta para iniciar esta terapia es determinar el número de linfocitos CD4, pero actualmente se van definiendo cada vez mejor los criterios para comenzar este tratamiento. (10)

El inicio tardío de terapia anti-retroviral altamente activa en enfermedad avanzada (TARAA) por VIH que es aquel que se da con un conteo de células T CD4+ por debajo de 200 o por la presencia de infecciones oportunistas, este se asocia con mayor mortalidad en los primeros años, así como con mayores costos de la atención médica y menor eficacia virológica e inmunológica. Este inicio tardío es uno de los retos importantes que limitan la eficacia del tratamiento y es común en México. (16)

### **DEPRESIÓN: RESPUESTA DE ESTIGMATIZACIÓN POR VIH**

El VIH/Sida tiene una complejidad que no sólo parte de la cantidad de síntomas y enfermedades médicas asociadas a la infección, también atañe a las consecuencias que conlleva el hacer parte de un entramado sociocultural marcado por la desconfianza y la consecuente discriminación.

Varias décadas atrás, cuando se reportó el primer caso de infección por VIH, el fenómeno VIH/Sida empezó a envolverse en medio de una serie de peculiaridades tales como el ser un síndrome incurable y sin tratamiento efectivo conocido, que generaba una alta tasa de mortalidad y, que a su vez, estaba asociado a poblaciones de riesgo específicas, sobre las cuales coincidentalmente se han establecido juicios morales a nivel social, tales como, las personas con orientación homosexual, las trabajadoras sexuales y los consumidores de sustancias psicoactivas. Estas y otras tantas particularidades, han hecho de él un fenómeno mítico blanco de estigmas, imaginarios, creencias y mitos con connotación negativa que han surgido a partir del sentido común y que, a su vez, se han caracterizado por ser la manifestación de un rechazo a algo que empezó a percibirse como anormal e incontrolable. (17)

A razón de lo anterior, puede decirse que el VIH/Sida y todo lo que lo configura o se relaciona con él adquiere una naturaleza particular donde estas creencias socialmente compartidas, a su vez, vienen a estructurar pautas afectivo-comportamentales específicas, es decir, respuestas emocionales y conductuales que se generan frente al fenómeno y a los estímulos que se relacionan objetiva y simbólicamente con él, y que tienden a establecerse a manera de patrón a raíz de que provienen de premisas cognitivas que se han mantenido relativamente estables en el tiempo a nivel colectivo como lo son los imaginarios, las representaciones, las valoraciones y juicios morales estigmatizados con respecto al VIH/SIDA. Sin embargo, no todas las personas le dan el mismo significado a la infección, ya que las actitudes, emociones y prácticas frente al VIH/Sida y a quienes viven con el virus, vienen a depender de diversas variables. (18)

La realización del diagnóstico de VIH/Sida se deriva en un contexto de productor de enfermedad, es decir, aquel que señala, pronostica, juzga y delimita la condición del enfermo. Una de las consecuencias más notables que trae aparejado este mecanismo, reside en el rechazo de las personas por realizarse este diagnóstico, aun sabiendo que la detección temprana permite el mejoramiento de la calidad de vida y la posibilidad de vivir con VIH como una infección crónica. (19)

Se generan reacciones de apoyo como de discriminación a las personas diagnosticadas con el virus. En algunos casos se evidencia la solidaridad y acompañamiento a estas personas en su proceso a seguir, contribuyendo con la salud y la adaptación al nuevo estilo de vida que surge a partir del proceso de intervención, y por otra parte, se evidencia el rechazo y la discriminación, que nace generalmente de las creencias que tiene la sociedad en relación a las prácticas sexuales como la promiscuidad y la homosexualidad, además del consumo de sustancias psicoactivas; lo que fortalece el prejuicio y la discriminación. (20)

Al momento de recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, la persona se enfrenta a un pronóstico de una enfermedad crónica, así como a un tratamiento de por vida, costoso y con efectos secundarios. A esto se le suma el estigma social que el diagnóstico conlleva dentro

de la representación social, con conductas moralmente condenadas, como tener parejas concurrentes o múltiples, la homosexualidad y consumo de drogas por vía intravenosa. La asignación a cualquiera de estos grupos conlleva a un señalamiento moral que suele implicar desprestigio, rechazo, aislamiento y discriminación. (8) Este rechazo social afecta de manera negativa a ambos sexos, pero en las mujeres tiene mayor impacto por su mayor dependencia de campo y vulnerabilidad interpersonal. (9)

Debido a la complejidad de la misma enfermedad, atravesando por todas las implicaciones que tiene en la salud, la discriminación hacia estos sujetos es otro gran determinante que influye en el estado anímico, provocando en la mayoría de las veces depresión en personas con el VIH y sida.

Se ha evidenciado que las emociones negativas, como es el caso de depresión principalmente en estos pacientes, además de ira y ansiedad, debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas, haciendo que los pacientes infectados por este virus sean más susceptibles de contraer enfermedades oportunistas. (21)

En los pacientes infectados por VIH, la depresión suele ser de dos a cuatro veces más frecuente que en la población general (alrededor de 37%), considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más prevalentes y de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección, con importante repercusión en el desarrollo de la enfermedad, y también ha sido registrado como una de las principales causas de consulta psiquiátrica y suicidio. (22)

La depresión es considerada como un estado psíquico en que la persona tiene vivencias de tristeza, desagrado, lentitud psíquica y lentitud motora. Generalmente la persona deprimida tiene pocos deseos de alimentarse y baja autoestima. Puede tener ideas pesimistas y hasta llegar a tener ideas suicidas en dependencia del grado de depresión. (23)

La presencia de síntomas depresivos disminuye la decisión para iniciar la terapia anti-retroviral, así como la adhesión al tratamiento y al proceso de adaptación y mantención del mismo a través del tiempo. (24)

En la etiopatogénesis de la depresión en personas con VIH están implicados factores sociales, psicológicos y biológicos. Existen numerosos obstáculos en el diagnóstico de la depresión en las personas con VIH. En primer lugar, porque es poco frecuente que los pacientes aborden con sus médicos su estado de ánimo o sus emociones positivas o negativas y, en segundo lugar, porque los profesionales de la salud muchas veces interpretan la depresión como una reacción resultante de la infección y no como una condición psíquica que necesite un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. (23)

Las comorbilidades entre VIH y depresión se constituyen en un peor manejo del curso de la infección por VIH, dado que esta última puede afectar negativamente la evolución de la enfermedad, con peor estado inmunológico expresado en un menor recuento de linfocitos T CD4+, mayor carga viral, progresión de la enfermedad, deterioro de la calidad de vida, mayor morbi-mortalidad y consecuente uso del sistema de salud.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Al momento de recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, la persona se enfrenta a un pronóstico de una enfermedad crónica, así como a un tratamiento de por vida, costoso y con efectos secundarios. A esto se le suma el estigma social que el diagnóstico conlleva dentro de la representación social, con conductas moralmente condenadas, como tener parejas concurrentes o múltiples, la homosexualidad y consumo de drogas por vía intravenosa. La asignación a cualquiera de estos grupos conlleva a un señalamiento moral que suele implicar desprestigio, rechazo, aislamiento y discriminación. Este rechazo social afecta de manera negativa a ambos sexos, pero en las mujeres tiene mayor impacto por su mayor dependencia de campo y vulnerabilidad interpersonal.

Debido a la complejidad de la misma enfermedad, atravesando por todas las implicaciones que tiene en la salud, la discriminación hacia estos sujetos es otro gran determinante que influye en el estado anímico, provocando en la mayoría de las veces depresión en personas con el VIH y sida.

Considerando el reconocimiento de la depresión como causa del aumento de la morbilidad y mortalidad en un número variado de enfermedades crónicas, que puede exacerbar los efectos de la enfermedad primaria y por constituir un evento frecuente en las personas con VIH/Sida.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA derechohabiente del Hospital General Regional #1 de Culiacán?

## **JUSTIFICACIÓN**

En 2014 la ONUSIDA establece que existen 36.9 millones de personas con VIH. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. En este mismo año se reportaron alrededor de 1.2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida. Por lo que son 17.1 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia adquirida y no saben que tienen dicho virus. Al mismo tiempo, pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un gran número de nuevas infecciones por este virus y de muertes relacionadas con el sida. En México se reportan 140,676 personas que actualmente viven con el VIH y con sida, de los cuales el 76.1% corresponde a los hombres y el 23.9% a mujeres.

La pandemia por VIH/sida ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva.

Debido a la complejidad de la misma enfermedad, atravesando por todas las implicaciones que tiene en la salud, la discriminación hacia estos sujetos es otro gran determinante que influye en el estado anímico, provocando en la mayoría de las veces depresión en personas con el VIH y sida.

Se ha evidenciado que las emociones negativas, como es el caso de depresión principalmente en estos pacientes, además de ira y ansiedad, debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas, haciendo que los pacientes infectados por este virus sean más susceptibles de contraer enfermedades oportunistas, teniendo un mal pronóstico en estas, por lo que es de vital importancia reconocer e identificar el número de personas que cursan VIH/Sida asociado con la comorbilidad que representa la depresión.

### **III. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

Estimar la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Regional #1 de Culiacán.

#### **ESPECÍFICOS**

- Identificar la población con el Virus de inmunodeficiencia humana/Sida del Hospital General Regional #1 Culiacán, Sinaloa.
- Establecer las características sociodemográficas de la población con VIH/Sida
- Determinar la prevalencia de depresión en la población estudiada.
- Identificar el tipo de familia de la población de estudio.
- Determinar las comorbilidades asociadas en los pacientes con VIH/Sida
- Identificar la depresión en los antecedentes heredofamiliares.

## **IV. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Encuesta descriptiva

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

Estudio transversal, prospectivo, observacional y descriptivo.

### **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

Se realizó en pacientes derechohabientes del Hospital General Regional #1 de Culiacán, Sinaloa, con diagnóstico de VIH/SIDA 18 a los 60 años de edad, en el período comprendido de septiembre del 2017 a diciembre del 2019.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personas de 18 a 60 años de edad.
- Paciente de cualquier sexo.
- Derechohabientes del Hospital General Regional “1 del IMSS Culiacán
- Paciente infectada con el VIH/SIDA
- Paciente que firme carta de consentimiento informado

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que estén con tratamiento de depresión antes de ser diagnosticados con VIH/SIDA
- Paciente diagnosticado, que no cumpla con el rango de edad.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no llenen de manera completa las encuestas para el cumplimiento de los objetivos.
- Que llene la encuesta y no firmen consentimiento informado.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>UNIDADES</b>
Edad	Años cumplidos del paciente desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista	De 18 a 60 años de edad	Cuantitativa	Discreta	De 18 a 60 años de edad
Sexo	Características fenotípicas de los individuos distintivas de masculino y femenino.	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Escolaridad	Número de años lectivos aprobados en instituciones de educación formal	Sin estudios Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado	Cuantitativa	Ordinal	Sin estudios Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Desempleado Empleado Obrero Profesionista Hogar	Cualitativa	Nominal	Desempleado Empleado Obrero Profesionista Hogar
Estado civil	Caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculo personal con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Soltero Casado Unión libre Viudo divorciado	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre Viudo divorciado

<p>Tiempo de diagnóstico de VIH/Sida</p>	<p>Tiempo transcurrido en años desde la fecha en el que el paciente fue evaluado y diagnosticado con el virus de inmunodeficiencia humana o Sida</p>	<p>Años de evolución  &lt; 1 año  1-5 años  6 – 10 años  11- 15 años</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Discreta</p>	<p>Años de evolución  &lt; 1 año  1-5 años  6 – 10 años  11- 15 años</p>
<p>Depresión</p>	<p>Reacción emocional que tiene un impacto que va más allá del propio malestar que implica, puesto que afecta a la puesta en marcha o no de conductas de autocuidado y de control de la enfermedad</p>	<p>Test de Hamilton  No deprimido: 0-7 puntos  Depresión ligera/menor: 8-13 puntos  Depresión moderada: 14-18 puntos  Depresión severa: 19-22 puntos  Depresión muy severa: &gt;23 puntos</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>No deprimido: 0-7 puntos  Depresión ligera/menor: 8-13 puntos  Depresión moderada: 14-18 puntos  Depresión severa: 19-22 puntos  Depresión muy severa: &gt;23 puntos</p>

## **PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN**

Antes de realizar las evaluaciones a los pacientes, se les otorgó e informo sobre la carta de consentimiento informado del proyecto, dejando en claro que la información es únicamente utilizada con fines prácticos de la investigación a realizar. Los pacientes que aceptaron firmar dicha carta, se les realizo la evaluación correspondiente.

Para evaluar la depresión se utilizó la escala de valoración de Hamilton, este instrumento es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar 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.

Esta valoración consta de 17 ítems, cada cuestión tiene entre 3 y 5 posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. En donde un resultado de 0-7 se considera “no deprimido”, de 8-13 “depresión ligera/menor”, de 14 a 18 puntos se considera depresión moderada, depresión severa de 19 a 22 puntos y por último se considera depresión muy severa cuando los puntos obtenidos son mayores a 23.  
(ANEXOS)



## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se considera sin riesgos para el paciente como base los lineamientos normativos del Institución Nacional de salud pública y el comité local y/o la consideración de investigación basada en la ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki celebrada en Brasil en el 2013. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. Se le realizo envío paciente a psiquiatría para su valoración al salir con algún grado de depresión.

## **RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

### **RECURSOS HUMANOS**

- Pacientes derechohabientes del Hospital General Regional #1 de Culiacán, Sinaloa
- Asesor de tesis
- Residente

### **RECURSOS MATERIALES**

- Encuestas.
- Sábana para recolección de datos
- Hojas blancas
- Pluma, lápiz, goma, saca punta
- Cuadernos
- Computadora (lap top)
- USB

## **TIPO DE MUESTREO**

Muestreo no probabilístico por conveniencia

## **CÁLCULO DE LA MUESTRA**

Se invitó a participar a todos los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, que acudan a la consulta durante el periodo del estudio y aquellos que acepten participar bajo la firma de la carta del consentimiento informado y además cumplan con los criterios de selección serán incluidos en la investigación.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Una vez obtenida la información se procedió a su captura, posteriormente fue organizada en cuadros y gráficas que mejor representen su distribución. Se usó estadística descriptiva estimando las medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar) para el caso de variables cuantitativas. Los porcentajes y frecuencias se realizaron para variables cualitativas. Se calcularon intervalos de confianza del 95%. Todos los análisis se llevarán a cabo con el software estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

## V. RESULTADOS

En este estudio se obtuvo una población de 190 pacientes en total, procedentes de la consulta externa del servicio de infectología de HGR No. 1, con una edad mínima de 18 años de edad y una máxima de 60 años, con una media de 35 años (S:10).

Después del total por género de la muestra se observó que el 87% de la población del estudio fueron del género masculino (166 pacientes), mientras que el 13% restante fueron del género femenino (24 pacientes). (ver tabla 1)

Con respecto al estado civil se encontró que el 56% estaban solteros (107 pacientes), 16% estaban casados (30 pacientes), 17% en unión libre (32 pacientes), 3% viudos y el 8% restante se encontraba divorciado (16 pacientes).

En relación con la escolaridad se encontró que el 5% de los pacientes no tenían ningún grado de estudio (10 pacientes), 15% presentaba educación primaria (28 pacientes), 18% secundaria (35 pacientes), 24% con grado de preparatoria (46 pacientes) y licenciatura y posgrado 38% (71 pacientes). (ver tabla 1)

En cuanto a la ocupación de los pacientes el 7% se dedicaba al hogar (13 pacientes), 12% tenía actividades relacionadas con el comercio (22 pacientes), 10% fueron estudiantes (19 pacientes), 66% empleado de alguna empresa (126 pacientes), solo dos pacientes estaban jubilados (1%) y 4% restante obtuvieron seguridad social por otros medios (matrimonio, facultativo, etc.). (ver tabla 1)

De acuerdo con el tiempo de evolución de la enfermedad se encontró que 27% tenían diagnóstico con menos de un año de evolución (52 pacientes), 53% presentaban entre 1 y 5 años de evolución (100 pacientes), 17% tenían un diagnóstico de entre 6 y 10 años de

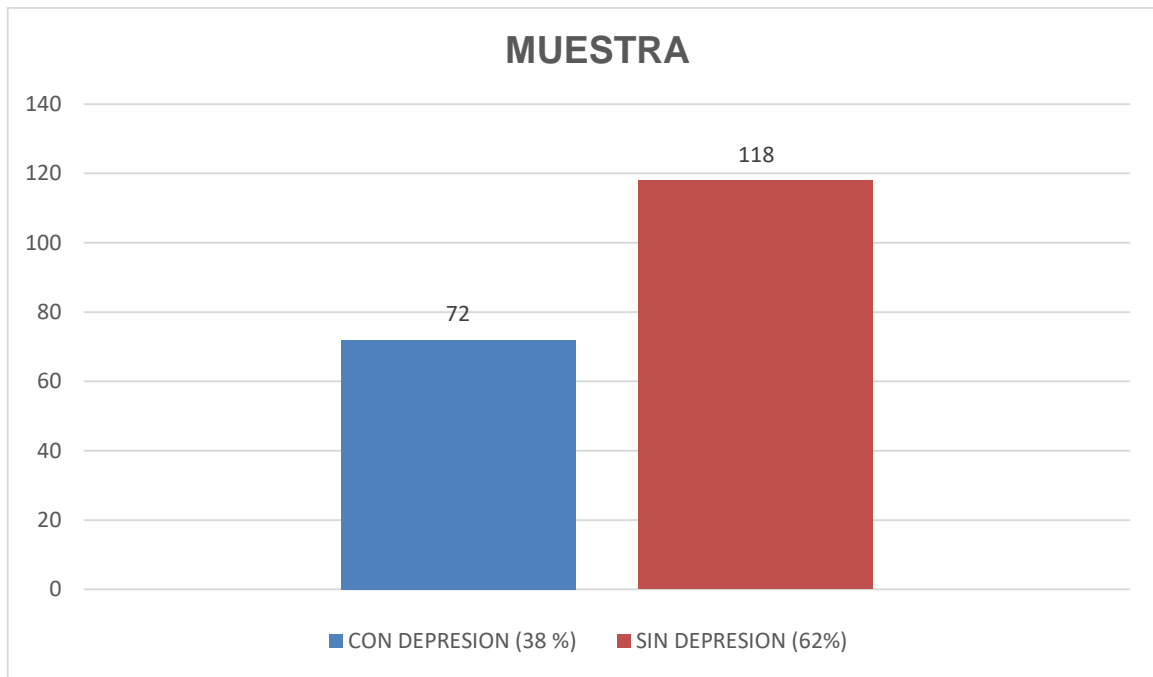
evolución (32 pacientes) y solo 3% de ellos contaba de entre 11 y 15 años de diagnóstico (6 pacientes).

Para la edad se dividió en tres grupos, el primero de 15 a 35 años de edad encontrando que el 37% (41 pacientes) presentaba algún grado de depresión (leve, moderado o severo), entre los 36 y 55 años de edad 39% (29 pacientes) y para el grupo de 56 a 75 años de edad 33% (2 pacientes) presentaban depresión. En cuanto al género, siendo el masculino el más representativo de la muestra, 39% (65 pacientes) y 29% (7 pacientes) del género femenino presentaban algún grado de depresión (leve, moderado o severo). (ver tabla 2)

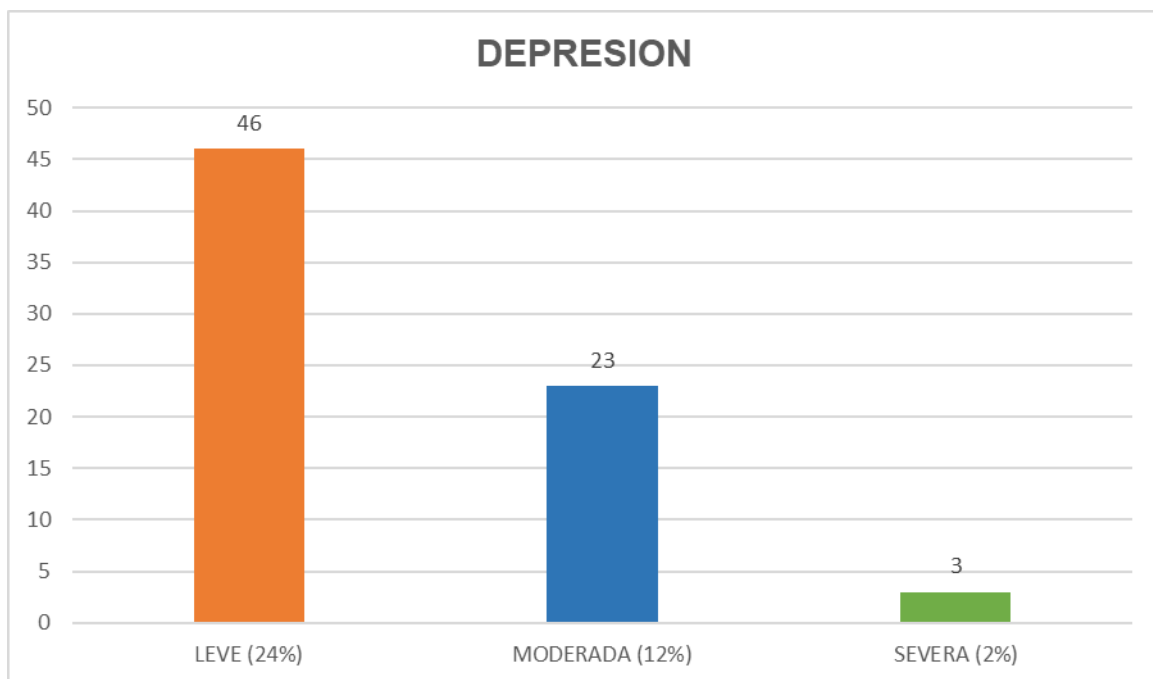
En cuanto al estado civil podemos observar que 40% (43 pacientes) de aquellos que estaban solteros presentaron algún grado de depresión (leve, moderada y severa), 33% (10 pacientes) de los que estaban casado, 28% de los que se encontraban en unión libre (9 pacientes) y 63% de los que se encontraban divorciados (10 pacientes), mientras que para los pacientes viudos no presentaron depresión según la escala de Hamilton. (ver tabla 2)

Para la asociación entre el tiempo de evolución con el diagnóstico de VIH/SIDA se encontró que los que contaban con menos de un año de evolución 38% (20 pacientes) presentaron algún grado de depresión (leve, moderada y severa), para aquellos con un tiempo de 1 a 5 años 34% (34 pacientes) presentaron depresión, entre los 6 y 10 años de evolución 47% (15 pacientes) y entre los 11 y 15 años de evolución 50% (3 pacientes) presentaron depresión. (ver tabla 2)

La prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en Hospital General Regional #1 IMSS de Culiacán fue de 38% (72 pacientes) presentaron depresión, observando que 46 pacientes (24%) presentaban depresión leve, 23 pacientes (12%) grado moderado y 3 pacientes (2 %) grado severo, mientras que el 62% restante de la muestra no presentaba ningún grado de depresión de acuerdo con el test de Hamilton. (ver grafica 1) (ver grafica 2)



**Grafica 1.** Presencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el HGR 1 del IMSS en Culiacán.



**Grafica 2.** Grado de depresión en pacientes con VIH/SIDA del HGR1 del IMSS en Culiacán.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas, tiempo de evolución con diagnóstico de VIH/SIDA de infectología del Hospital General Regional No. 1.

**N: 190 (%)**

<b>Edad</b>	$\bar{X}$	35
	S	10
<b>Genero</b>	Masculino	166 (87)
	Femenino	24 (13)
<b>Estado civil</b>	Soltero	107 (56)
	Casado	30 (16)
	Unión libre	32 (17)
	Viudo	5 (3)
	Divorciado	16 (8)
<b>Escolaridad</b>	Sin escolaridad	10 (5)
	Primaria	28 (15)
	Secundaria	35 (18)
	Preparatoria	46 (24)
	Licenciatura	66 (35)
	Postgrado	5 (3)
<b>Ocupación</b>	Hogar	13 (7)
	Comerciante	22 (12)
	Estudiante	19 (10)
	Jubilado	2 (1)
	Empleado	126 (66)
	Otro	8 (4)
<b>Tiempo de evolución</b>	< 1 año	52 (27)
	1 a 5 años	100 (53)
	6 a 10 años	32 (17)
	11 a 15 años	6 (3)

N: muestra, %: porcentaje,  $\bar{X}$ : media, S: desviación estándar, <: menor.

**Tabla 2.** Asociación de la incidencia de depresión con la edad, genero, escolaridad y años de evolución del diagnóstico de VIH/SIDA en los pacientes de la consulta externa de infectología del Hospital General Regional No. 1

**N: 190 (%)**

		<b>Depresión</b>		<b>P</b>
		<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Edad</b>	15 a 35 años	41 (37)	69 (63)	0.940
	36 a 55 años	29 (39)	45 (61)	
	56 a 75 años	2 (33)	4 (67)	
<b>Genero</b>	Masculino	65 (39)	101 (61)	0.346
	Femenino	7 (29)	17 (71)	
<b>Estado civil</b>	Soltero	43 (40)	64 (60)	0.052
	Casado	10 (33)	20 (67)	
	Unión libre	9 (28)	23 (72)	
	Divorciado	10 (63)	6 (37)	
	Viudo		5 (100)	
<b>Años de evolución</b>	< de 1 año	20 (38)	32 (62)	0.548
	1 a 5 años	34 (34)	66 (66)	
	6 a 10 años	15 (47)	17 (53)	
	11 a 15 años	3 (50)	3 (50)	

N: muestra, %: porcentaje, P: Chi Cuadrada de Pearson, <: menor.

## DISCUSION

En el estudio la prevalencia y factores asociados con los síntomas depresivos en personas que viven con VIH / SIDA, 2017. Renata Karina Reis y colaboradores en Brasil, realizan estudio transversal donde se analizó 331 pacientes el cual se le aplican el test de depresión de Beck para identificar los predictores de depresión se utilizó un modelo de regresión múltiple. Observaron que los síntomas depresivos fueron prevalentes en el 42.3% de la población de estudio y los factores asociados a la depresión fueron: empleo, edad y estado inmunológico. Estar empleado tenía 1.8 veces más probabilidades (IC 95% [1.0, 2.8]) de desarrollar síntomas depresivos que aquellos que no estaban empleados. El odds ratio de individuos menores de 40 años indica que tenían 1.8 veces más probabilidades (IC 95% [1.1, 2.8]) de tener síntomas depresivos que los mayores de 40 años. En cuanto a los aspectos clínicos, los individuos con 200 células CD4 por mm<sup>3</sup> son 2.1 veces (IC 95% [1.1, 3.9]) con mayor probabilidad de desarrollar depresión. En comparación con nuestro estudio solo el 38% de la población de estudio presento algún grado de depresión en un aspecto casi similar en los pacientes estudiados, observando además que el 37% de la población menor de 35 años y 39% de la población entre 36 y 55 años presentaban algún grado de depresión según la escala de sin una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (P: 0.940), pero cuenta con similar también en resultados de población activa laboralmente, y no se consideró el conteo de células CD 4+ como un factor de riesgo por lo cual no podemos comprar dicho estudio pero si se sugiere en posible seguimiento añadir este factor.

En otro estudio prevalencia de depresión o síntomas depresivos entre las personas que viven con VIH / SIDA en China: se realizó una revisión sistemática y un metanálisis, 2018, Tingting Wang y colaboradores realizaron un metanálisis en una búsqueda sistemática, el riesgo de sesgo de los estudios individuales se evaluó utilizando una versión modificada de la escala de Newcastle-Ottawa, donde se incluyeron 74 estudios con un total de 20, 630 personas con el diagnóstico de VIH/SIDA, donde se observó una prevalencia del 50.8%,



que presentaba diagnóstico o síntomas depresivos relacionados con VIH, así mismo de la población de hombres con VIH que tenían sexo con otros hombres la prevalencia de depresión fue del 85.6%. En comparación con nuestro estudio la prevalencia de síntomas depresivos o propiamente depresión fue un tanto más baja con un 38% al tener mayor muestra su estudio, además no se buscó la asociación entre la incidencia de VIH y depresión entre hombre que mintieran relaciones con otros hombres, cabe resaltar que la población de estudio 87% de los pacientes estudiados fueron del género masculino (166 pacientes).

En un estudio titulado la Prevalencia de depresión en pacientes HIVSIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África. 2015, Giannina P Gatti y colaboradores realizaron un estudio observacional, retrospectivo, respondiendo a una encuesta socio demográfica, inventario de Beck, donde se incluyeron un total de 200 pacientes que contaban con tratamiento antirretroviral en el hospital adventista del séptimo día, encontrando una prevalencia de depresión y de ideaciones suicidas fue del 38.5% de la población de estudio, teniendo como factor de riesgo que los pacientes contaran con antecedentes familiares de depresión. Por nuestra parte el presente estudio presento características muy similares tanto en número de muestra de nuestro estudio como en el porcentaje de prevalencia de depresión en parientes con diagnóstico de VIH, siendo de 38% en nuestra población de estudio, pero a diferencia de nuestros resultados se consideró como criterio de exclusión todos aquellos pacientes con tratamiento o antecedentes familiares de depresión, de tal forma que la asociación entre VIH y depresión fuera más fidedigna.

En el estudio prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH / AIDS comparando otras enfermedades infectocontagiosas, 2014. Romero Torres José realizo un estudio observacional y transversal comparativo se considera como muestra que ingresaron al servicio de infectología adultos del hospital central militar de México, donde se incluyeron un total de 80 pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos de 40 pacientes respectivamente, al primer grupo fueron pacientes con diagnostico reciente de VIH/SIDA y

el grupo dos fueron pacientes con otras infecciones infectocontagiosas observándose una incidencia de ansiedad 90% de los pacientes de grupo uno en comparación con 87.5% del grupo control y en cuanto a depresión fue de 90% en comparación con el 82% con el grupo control, demostrándose una prevalencia más alta de ansiedad y depresión de acuerdo con la escala de Hamilton en los pacientes con VIH, con diferencia estadística significativa (P: 0.050 para ansiedad y P: 0.002 para depresión). Por nuestra parte podemos observar una prevalencia más baja de depresión por tener menos pacientes en su estudio y contar con dos grupos en paciente con diagnóstico de VIH/SIDA con un 38%, siendo más frecuente también en pacientes de sexo masculino.

Por su parte, en el estudio la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el hospital general de zona No. 11 de instituto mexicano del seguro social (IMSS) 2010 en Xalapa Veracruz se realizó un estudio con encuesta transversal en pacientes que acuden a consulta externa de infectología con diagnóstico VIH/SIDA donde se entrevistaron 160 pacientes que se aplicó el cuestionario clínico de síndrome depresivo de Calderon-Narvaez. El 70.63% obtuvo puntuaciones normales en el cuestionario clínico de depresión, 10.63% calificó con ansiedad generalizada, 18.13% se encontró con depresión moderada, y 0.63% con depresión severa. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y los esquemas de tratamiento antirretroviral. Se observó una diferencia significativa entre los niveles de depresión y el género, la carga viral, y el número de esquema de tratamiento y con base en el cuestionario clínico de síndrome depresivo, 18.76% de los pacientes obtuvo calificaciones compatibles con depresión. Por nuestra parte no consideramos la carga viral como un factor de riesgo o el número de esquemas de antiretrovirales que el paciente había utilizado, pero si se consideró el número de años de tratamiento antirretroviral sin encontrar un resultado estadísticamente significativo (P: 0.540) y una prevalencia más alta de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH (38%).

Es importante realizar estudio similares al nuestro con el objetivo de identificar factores de riesgo que pongan en riesgo la tasa de éxito en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de VIH, e incluso considerar tratamiento adyuvante por el servicio de psicología clínica y psiquiatría para aumentar la tasa de éxito y así mismo disminuir la tasa de abandono de los tratamiento antirretrovirales, que se traduciría en menores ingresos hospitalarios, menor resistencia los retrovirales y por tanto mejores niveles de células CD 4+ con menores cargas virales en los pacientes tratados por los servicio de infectología de nuestras unidades en el instituto mexicano del seguro social.

Cabe resaltar que nuestro estudio se pudieron notar ciertas debilidades como el hecho de no considerar el número de esquema utilizado por cada paciente ya que se ha demostrado una pobre respuesta al tratamiento podría generar síntomas depresivos en los pacientes, otra cuestión que consideramos fue el tomar en cuenta el conteo de células CD4+ o la carga viral como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en este tipo de pacientes, pero son detalles que se pueden considerar para mejores la presente investigación o dar pie a nuevas investigaciones por generaciones venideras.

## VI. CONCLUSIONES

- Fueron un total de 190 pacientes, 166 hombres (87%) y 24 mujeres (13%) con un rango de edad de 18 a 60 años.
- Encontramos que se presenta depresión más en el sexo masculino 65 pacientes (39%) el cual tienen más predominio de diagnóstico VIH/SIDA.
- Por el tiempo de evolución tenemos más presencia de depresión en 34 pacientes (34%) que tiene de 1 a 5 años de diagnóstico con VIH/SIDA.
- Por grupos de edad menor de 35 años, encontramos que cursan con más prevalencia de depresión en 41 pacientes (37%).
- De acuerdo al estado civil hubo mayor predominio en 43 pacientes (40%) solteros con depresión.
- Se encontró una prevalencia de depresión leve en 46 pacientes (24%).
- El tener diagnóstico de VIH/SIDA es un factor que se puede asociarse a padecer depresión.
- La prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Regional #1 IMSS de Culiacán fue un total de 72 pacientes (38%).

## VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ONUSIDA. El sida, en cifras 2015. Ginebra;; 2015.
2. Hierro A, Hano OM, González L. Virus de la inmunodeficiencia humana - Sida en pacientes diagnosticados con herpes zoster en Gabón, África. Revista Cubana de Medicina Tropical. 2013; 65(1): 36-45.
3. Guervara-Silva E, Custodio N, Lira D, Herrera-Pérez E, Castro-Suárez S, Nuñez L, et al. Trastorno neurocognitivo asociado al virus de inmunodeficiencia humana. Anales de la Facultad de Medicina. 2014; 75(2): 151-157.
4. CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización al 1er. Trimestre del 2017. México: SSA. DGE. CENSIDA; 2017.
5. Torres TM, Munguía JA. Concepciones culturales del VIH/Sida de jóvenes que son parte de grupo culturales juveniles de Guadalajara, México. CES Psicología. 2012; 5(2): 119-133.
6. ONUSIDA. Informe de brechas en prevención. ; 2016.
7. Boccaccio C. El VIH/Sida como problema de la mujer. Rev Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2005; 24(3): 98-99.

8. Tamayo-Zuluaga B, Macías-Gil Y, Cabrera-Orrego R, Henao-Pelaéz JN, Cardona-Arias JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/Sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Revista Ciencias de la Salud*. 2015; 13(1): 9-23.
9. Moral de la Rubia J, Segovia MP. Discriminación en el trabajo y vecindario hacia las mujeres que viven con VIH y su relación con la depresión y la ira. *Ciencia Ergo Sum*. 2015; 22(3): 204-2014.
10. Lamotte JA. Infección por VIH/SIDA en el mundo actual. *MEDISAN*. 2014; 18(7).
11. Azzollini S, Benvenuto A, Bail P, Vidal V. Manifestaciones de síntomas depresivos en pacientes con diabetes tipo 2: Un abordaje cualitativo. *Psicología Médica*. 2013; 20(1): 279-285.
12. Lamotte Castillo JA. Diagnóstico rápido de la infección por VIH/Sida. *MEDISAN*. 2014; 18(3): 299-301.
13. Guevara-Silva E. Perfil cognitivo en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana neurológicamente asintomáticos. *An Fac Med*. 2013; 74(1): 31-36.
14. Varela M, Galdames S. depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista*

Chilena Infectología. 2014; 31(3): 323-328.

15. Meléndez M, Rodríguez JR, Vélez M. Personas Tras y su Adherencia a la Terapia Antirretroviral Para El VIH/Sida. *Interamerican Journey of Psychology*. 2015; 49(3): 315-331.
16. Noguera-Orozco J, Caro-Vega Y, Cabtree-Ramírez B, Vázquez-Pineda F, Sierra-Madero JG. Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. *Revista Salud Pública de México*. 2015; 57(2):135-141.
17. Restrepo-Pineda JE. Análisis comparativo de las percepciones sobre el VIH/SIDA de varones homosexuales y bisexuales colombianos, con experiencia migratoria o sin la misma. *Revista de Salud Pública*. 2016; 18(1):13-25.
18. Cardona-Duque D, Medina-Pérez O, Herrera S, Orozco P. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2016; 15(6): 941-954.
19. Passerino LM. Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencias de la Salud*. 2013; 11(2): 217-233.
20. Uribe AF, Guzmán ST, Rodríguez I, Flóres Y. Influencia del conocimiento común en las pautas afectivocomportamentales frente al Virus de. *Revista Virtual Universidad*

Católica del Norte. 2012;(35): 168-190.

21. Ramos Rangel Y, Cabreba AE, González B. Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/Sida. *MediSur*. 2016; 14(6): 727-736.
22. Maldonado H, Peña R, Tomateo JD. Frecuencia de episodio depresivo mayor y factores realcionados en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en un hospital público de Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2015; 78(1): 3-13.
23. Nhamba LA, Hernández E, Bayarre H. Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014; 40(4): 276-288.
24. Espinosa MC, Orozco L, Ybarra JL. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Revista Salud Mental*. 2015; 38(3): 201-208.



## ANEXOS

### ENCUESTA

Folio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Peso \_\_\_\_\_ kg      Talla \_\_\_\_\_ m

#### Género

1. Femenino \_\_\_\_\_      2. Masculino \_\_\_\_\_

#### Edo civil:

1. Soltero \_\_\_\_\_      2. Casado \_\_\_\_\_      3. Unión libre \_\_\_\_\_  
4. Viudo \_\_\_\_\_      5. Divorciado \_\_\_\_\_

#### Escolaridad

1. Sin escolaridad \_\_\_\_\_      2. Primaria \_\_\_\_\_      3. Secundaria \_\_\_\_\_  
4. Bachillerato/técnica \_\_\_\_\_      5. Profesional \_\_\_\_\_      6. Postgrado \_\_\_\_\_

#### Ocupación

1. Hogar \_\_\_\_\_      2. Comerciante \_\_\_\_\_      3. Estudiante \_\_\_\_\_  
4. Jubilado \_\_\_\_\_      5. Empleado \_\_\_\_\_      6. Otro \_\_\_\_\_

Años de evolución de la enfermedad (VIH/SIDA): \_\_\_\_\_ años

#### Antecedentes patológicos

Tomaba tratamiento para depresión antes de ser diagnosticado con VIH/SIDA:

SI ( ) NO ( )

## ESCALA HAMILTON

### Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4

### Sentimientos de culpa

Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4

### Suicidio

Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

### Insomnio precoz

No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2

### Insomnio intermedio

No tiene dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2

### Insomnio tardío

No tiene dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

### Trabajo y Actividades

No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	4

### Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
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, 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 trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2

### Evaluación

No deprimido	0-7
Depresión ligera/menor	8-13
Depresión moderada	14-18
Depresión severa	19-22
Depresión muy severa	>23





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

**Carta de consentimiento informado**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Regional #1 de Culiacán
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, que se llevará a cabo en el Hospital General Regional #1 de Culiacán en el periodo 2017-2019.
Número de registro institucional:	R-2017-2503-51
Justificación y objetivo del estudio:	La pandemia por VIH/SIDA ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva por lo que es de importancia estimar la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Regional #1 de Culiacán.
Procedimientos:	Una encuesta previamente estructurada será aplicada a los pacientes.
Posibles riesgos y molestias:	No tiene riesgos ni molestias para los participantes.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le realizará envío de primera vez a psiquiatría para su valoración al salir con un grado de depresión. La información recabada será de gran utilidad para la toma de decisiones, si el paciente ya estaba o había abandonado tratamiento ser canalizado de nuevo en caso de continua con síntomas de depresión.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Es un estudio epidemiológico, observacional, transversal y prospectivo y no existe en ningún momento la intervención del investigador.
Participación o retiro:	Los participantes podrán abandonar el estudio en el momento deseado y no tendrá ninguna consecuencia en las futuras consultas.
Privacidad y confidencialidad:	La información recabada será utilizada de manera general. La confidencialidad será garantizada siguiendo la Declaración de Helsinki, acuerdo celebrado en Brasil en el 2013.

Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Para la toma de desiciones y estrategias para el control de la lesión

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Investigador Responsable: Dr. Homero Arellanes Ochoa. Correo: [homero.ao@hotmail.com](mailto:homero.ao@hotmail.com) Celular: (667) 142-04-34.

Colaboradores: Dr. Martin Alberto Félix Palma Correo: [martin.felixp@imss.gob.mx](mailto:martin.felixp@imss.gob.mx) Celular (667) 127-98-33.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
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