



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO**

**“INFECCION POR VIH COMO FACTOR DE
RIESGO PARA TRASTORNO DEPRESIVO
MAYOR”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
CARLOS ALFREDO VÁZQUEZ AGUILAR**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

**ASESOR DE TESIS:
RICARDO SANTIAGO RAMIREZ**

**NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO:
352.2021
CD. MX.
2021**





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.

DR. RAMÓN MINGUET ROMERO
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. FÉLIX ESPINAL SOLÍS
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR RICARDO SANTIAGO RAMIREZ

NOMBRE Y FIRMA

PROFESOR TITULAR

DR RICARDO SANTIAGO RAMIREZ

NOMBRE Y FIRMA

ASESOR DE TESIS

ABSTRACT

BACKGROUND: The prevalence of neuropsychiatric disorders in patients with human immunodeficiency virus infection is high and is related to various factors, both organic, psychosocial, and pre-existing psychiatric conditions. Major depressive disorder is by far the most prevalent of them, which according to international literature ranges between 15 and 40% of patients with HIV infection.

OBJECTIVE: To determine if the human immunodeficiency virus is a risk factor for major depressive disorder compared to other pathologies commonly found in the outpatient department of the Internal Medicine service of the Adolfo López Mateos Regional Hospital.

Material and methods: Cross-sectional study with adult patients who attended the outpatient clinic of the internal medicine service, who were questioned based on a questionnaire with clinical data to make the diagnosis of major depressive disorder according to the DSMV. Multivariate linear regression models will be used to identify which of the comorbidities confers the greatest risk for major depressive disorder.

Results: 103 patients from the clinic of Internal Medicine and HIV clinic were evaluated, who had an average age of 59.6 years, with different comorbidities in which it was found in the multivariate analysis that HIV significantly increased the risk of suffering from major depressive disorder RR1.5 with a 95% confidence interval as well as having 3 comorbidities RR 4.6 CI -21.6 -0.35

Conclusions: Of all the pathologies analyzed in this study, it is found that HIV is the disease that confers the highest risk of suffering from major depressive disorder followed by suffering from 3 comorbidities, demonstrating that more common pathologies such as systemic arterial hypertension or diabetes do not confer significant risk for This disorder as well as having 2 comorbidities, it is not until suffering from 3 associated diseases when the risk of suffering from depressive disorder is presented

RESUMEN

ANTECEDENTES: La prevalencia de los trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana es alta y está en relación a varios factores tanto orgánicos psicosociales, condiciones psiquiátricas preexistentes. El trastorno depresivo mayor es por mucho el más prevalente de los mismos en lo que según la literatura internacional oscila entre el 15 y 40% de los pacientes con infección por VIH.

OBJETIVO: Determinar si el virus de inmunodeficiencia humana es factor de riesgo para padecer trastorno depresivo mayor en comparación a otras patologías comúnmente encontradas en la consulta externa del servicio de Medicina Interna del hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos.

Material y métodos: Estudio transversal con pacientes adultos que acuden a la consulta externa del servicio de medicina interna, a los cuales se les interrogara en base a un cuestionario de datos clínicos para realizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSMV. Se emplearán modelos de regresión lineal multivariante para identificar cual de las comorbilidades confiere mayor riesgo para padecer trastorno depresivo mayor.

Resultados: Se evaluaron 103 pacientes de la consulta de Medicina Interna y clínica del VIH, los cuales tuvieron una edad promedio de 59.6 años, con distintas comorbilidades en las cuales se encontró en el análisis multivariado el VIH aumentaba significativamente el riesgo de padecer trastorno depresivo mayor RR1.5 con un intervalo de confianza del 95 % así como el padecer 3 comorbilidades RR 4.6 IC -21.6 -0.35

Conclusiones: De todas las patologías analizadas en este estudio se comprueba que el VIH es la enfermedad que más riesgo confiere a padecer trastorno depresivo mayor seguido de padecer 3 comorbilidades demostrando que patologías más comunes como la hipertensión arterial sistémica o la diabetes no confieren riesgo significativo para este trastorno así como el tener 2 comorbilidades, no es hasta el padecer 3 enfermedades asociadas cuando el riesgo de padecer trastorno depresivo se presenta

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA, LUIS, BLANCA, JUAN, LUIS V, POR NUNCA ABANDONARME EN ESTE LARGO CAMINO Y SIEMPRE SER EL MAYOR DE LOS PILARES EN EL CUAL SOSTENGO TODOS MIS LOGROS, SIN USTEDES NADA DE ESTO SERIA POSIBLE.

A ZITA, ARMANDO, DANIEL, DIEGO Y OMAR, MI SEGUNDA FAMILIA PERSONAS QUE SIEMPRE CREYERON EN MI.

A GIBRAN, JESSICA, RENATA, ERICK Y ULISES, LOS HERMANOS QUE EL HOSPITAL ME REGALO INVOLUNTARIAMENTE

A TODOS USTEDES, GRACIAS

INDICE	
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Agradecimientos.....	6
Introducción.....	8
Marco teórico.....	8
Justificación.....	11
Material y Métodos.....	12
Objetivos. a. Objetivo General.....	12
Objetivo Especifico.....	12
Resultados.....	14
Discusión.....	15
Conclusiones.....	16
Referencias.....	17

Introducción y marco teórico

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo es mayor en pacientes portadores con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se calcula según la varios estudios en la literatura internacional que la incidencia aproximada de este trastorno en pacientes con VIH se encuentra en el 15 al 40 % de los mismos. Estos trastornos se ven incrementados no solo por los cambios neurofisiológicos que el virus provoca a nivel de sistema nervioso central sino también a todos los factores psicosociales que esta enfermedad provoca en la vida de los pacientes portadores de esta enfermedad a su vez se encuentra directamente relacionado a la adherencia a la terapia antirretroviral por parte de este grupo etario por lo tanto a la mortalidad de la enfermedad. Sin embargo, es necesario identificar si la variable independiente VIH tiene mayor riesgo de desarrollo en comparación a pacientes no portadores.

La infección por VIH es una de las pandemias más importantes en la historia de la humanidad y una enfermedad que impacto tanto en la salud de la población de manera global así como en la cuestión cultural y los movimientos sociales que esta enfermedad ha representado a nivel mundial, según ONUSIDA 7,7 millones [30,2 millones–45,1 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2020. 1,5 millones [1,0 millones–2,0 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en 2020. 680.000 [480.000–1,0 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida en 2020. 27,5 millones [26,5 millones–27,7 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral en 2020. 79,3 millones [55,9 millones–110 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia. 36,3 millones [27,2 millones–47,8 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia por esta enfermedad siendo probablemente una de las enfermedades que ha causado mayor mortalidad en la historia de la humanidad

El diagnóstico del trastorno depresivo mayor se convierte en un reto debido a la alta frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas así como el uso de fármacos para el tratamiento de la enfermedad que condicionan sintomatología asociada a este trastorno y alteran la función mental.

La demencia asociada al VIH y otras afecciones del sistema nervioso central (SNC) relacionadas con el VIH pueden producir un estado apático y plano que a menudo se diagnostica erróneamente como depresión. A su vez, el diagnóstico diferencial en pacientes con VIH que informan síntomas depresivos incluye depresión mayor, distimia, demencia, delirio, desmoralización, intoxicación, abstinencia, lesión del SNC, infección del SNC y enfermedad médica aguda

El trastorno depresivo mayor es la enfermedad neuropsiquiátrica más prevalente en este grupo de pacientes y predispone a un aumento en el número de conductas de riesgo como el número de parejas sexuales , falta de uso de preservativo así como así como falta de adherencia a la terapia antirretroviral.

Se desconoce el por qué los pacientes con infección con el virus de inmunodeficiencia humana padecen depresión sin embargo múltiples estudios indican que puede tratarse de algo multifactorial. Sin embargo la depresión mayor se asocia con varios comportamientos de riesgo como son el abuso del alcohol y el abuso de otras sustancias para adquirir la infección por VIH, y la progresión de la enfermedad de la misma. Se asocia con un mayor riesgo de desarrollar depresión a través del daño ocasionado de manera directa en áreas del cerebro así como áreas subcorticales, estrés crónico, lo cual ocasiona un aumento en el aislamiento social provocando desmoralización. Además, la neuro inflamación crónica inducida por el VIH puede causar depresión

Varios medicamentos antivirales utilizados para el tratamiento del VIH están asociados con la depresión. Los inhibidores de la transcriptasa inversa nucleótidos como el efavirenz y rilpivirina sin embargo es difícil relacionarlos debido a los efectos secundarios relacionados con el SNC, como la fatiga y el deterioro cognitivo. Otros fármacos como los inhibidores de la integrasa como el Dolutegravir también pueden estar asociados con la depresión

Las infecciones asociadas típicamente al VIH así como enfermedades neoplásicas como la toxoplasmosis del sistema nervioso central, meningitis por criptocóco, neuro sífilis o linfomas en especial los asociados a sistema nervioso central pueden provocar síntomas depresivos y varias de estas enfermedades se han relacionado con la aparición de trastorno depresivo mayor.

En pacientes hombres con infección por virus de inmunodeficiencia humana se ha relacionado a menor producción de testosterona lo cual se ha visto que incrementa la sintomatología que puede relacionarse a trastorno depresivo mayor.

Muchos de los medicamentos que se usan en pacientes con VIH para tratar afecciones distintas del VIH pueden producir depresión mayor o síndromes depresivos. Estos incluyen: interferón, metoclopramida , clonidina , propanolol , sulfonamidas, esteroides anabólicos, corticosteroides y relajantes musculares. En estos casos, la depresión a menudo responde a la abstinencia del fármaco infractor.

Típicamente la sintomatología asociada al trastorno depresivo mayor es una disminución en el estado de ánimo..

Anhedonia que se define como disminución del placer, la satisfacción típicamente referida como la incapacidad para disfrutar las actividades que previamente resultaban placenteras.

Características neurovegetativas, cambios en el sueño, el apetito o las funciones corporales somáticas.

Para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se utilizan los criterios de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5) (ver tabla1)

Tabla 1
Diagnóstico de trastorno depresivo mayor según los criterios DSM 5
<p>Diagnóstico de trastorno depresivo mayor según los criterios DSM 5</p> <p>R. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>NOTA: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra afección médica.</p> <p>1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica un informe subjetivo (p. Ej., Se siente triste, vacío, desesperado) o las observaciones hechas por otros (p. Ej., Parece lloroso). (NOTA: En niños y adolescentes, puede haber estado de ánimo irritable).</p> <p>2) Interés o placer notablemente disminuido en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica el relato subjetivo o la observación).</p> <p>3) Pérdida de peso significativa cuando no está a dieta o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (NOTA: en los niños, considere la posibilidad de no lograr el aumento de peso esperado).</p> <p>4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.</p> <p>5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no meramente sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).</p> <p>6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no meramente autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por su relato subjetivo o según lo observado por otros).</p> <p>9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.</p> <p>B. Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a otra afección médica.</p> <p>NOTA: Los criterios A a C representan un episodio depresivo mayor.</p> <p>NOTA: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o discapacidad) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, cavilación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerados apropiados para la pérdida, también se debe considerar cuidadosamente la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión inevitablemente requiere el ejercicio de un juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de la angustia en el contexto de la pérdida.</p> <p>D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado y no especificado y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

Justificación:

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana es cada vez más prevalente en el mundo y la asociación con estas enfermedades es alta por lo que es importante contar con herramientas para diagnosticar y relacionarlas, así como adaptar la incidencia de las mismas en la población mexicana en especial a la población de nuestro hospital según un metaanálisis de Jeffrey A. Ciesla, M.A y colaboradores, en el cual se estudiaron varios estudios en los que se evaluaba el riesgo de padecer trastorno depresivo mayor en comparación a la población sin está encontrando un incremento en la prevalencia en del trastorno depresivo mayor hasta en un 22 % en comparación con el grupo control, en China un estudio de Jin Hua y colaboradores encontró que la incidencia de trastorno depresivo mayor se incrementaba hasta en un 79% en comparación a un grupo control en el que la incidencia solo era de un 2% debido a que este trastorno en un padecimiento muy frecuente que impacta directamente a los sistemas de salud a nivel mundial y se estima que ira en aumento la prevalencia de VIH así como de los trastornos depresivos en esta población

A su vez el trastorno depresivo mayor cobra mayor relevancia ya que este aumenta las conductas de riesgo de este grupo poblacional que no solo se releja con una mala adherencia l tratamiento medico y como resultado un aumento en la mortalidad de la enfermedad si no también se incrementan las conductas de riesgo de estos pacientes que podría aumentar el numero de contagios de la enfermedad y de la prevalencia de la misma, lo cual sin duda impacta directamente en la salud pública.

A pesar de la alta incidencia de este tipo de patologías en pacientes portadores del Virus de inmunodeficiencia humana, no se cuenta con un adecuado registro de la incidencia de estas enfermedades en nuestro medio hospitalario, por lo cual se propone el uso rutinario de escalas clínicas para identificar enfermedades del estado de ánimo y realizar una relación directa del VIH como factor de riesgo para presentar trastorno depresivo mayor en comparación a otras enfermedades comúnmente atendidas en el servicio de Medicina Interna

Material y métodos:

OBJETIVO GENERAL

Identificar aumento que los pacientes con el diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana se encuentran en mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en comparación a población con otras comorbilidades.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar aumento que los pacientes con el diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana se encuentran en mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en comparación a población con otras comorbilidades en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

Evaluar incidencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con otras comorbilidades hospital regional licenciado Adolfo López mateos

Se trata de un estudio transversal acerca del VIH como factor de riesgo de presentar trastorno depresivo mayor que se encuentran en seguimiento en la consulta externa del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos de la ciudad de México durante el periodo de Marzo del 2020 a Marzo de 2021. LA selección de los pacientes ocurrió con los pacientes que acudieron a la consulta externa de clínica de VIH del hospital regional licenciado Adolfo López Mateos durante el periodo de Marzo del 2020 a Marzo del 2021 realizando una comparación con el mismo número de pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Medicina Interna en el mismo periodo de tiempo. Evaluando la presencia del diagnóstico de trastorno depresivo mayor según los criterios DSM V los cuales son una serie de criterios clínicos lo cuales no son evaluados de forma rutinaria en la clínica de VIH

Tamaño de muestra: Se tomaron a todos los pacientes de la consulta externa de clínica del VIH del hospital regional "Licenciado Adolfo López Mateos" con el diagnóstico de Infección por VIH.

El estudio se realizó sobre el total de la población en un periodo de tiempo comprendido entre marzo del 2020 a marzo del 2021.

Muestreo no probabilístico consecutivo. Consiste en seleccionar paciente con diagnóstico de infección por VIH que cumplen con los criterios de selección especificados a medida.

Se describió la incidencia de depresión en pacientes con el diagnóstico de VIH así como otras comorbilidades considerando incidencia como: el número de casos nuevos que se producen en un período temporal definido entre la población expuesta al riesgo para sufrir la enfermedad o fenómeno correspondiente durante dicho período.

Además, se calculó el riesgo relativo realizando una tabla de dos por dos considerando la incidencia entre los no expuestos y los no expuestos. Considerando riesgo relativo como la comparación de la frecuencia con que ocurre la enfermedad entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen.

Características del grupo control: Pacientes sin infección por VIH con otras comorbilidades como Diabetes Hipertensión arterial, tabaquismo , síndrome metabólico, dislipidemias entre los 18 años y 85 años de edad

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 18 que cuenten con el diagnóstico de enfermedad por VIH con PCR y ELISA
- Pacientes mayores de 18 que cuenten con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica
- Pacientes mayores de 18 que cuenten con el diagnóstico de Diabetes tipo 2
- Pacientes mayores de 18 que cuenten con el diagnóstico de Dislipidemia.
- Pacientes mayores de 18 que cuenten con el diagnóstico de síndrome metabólico
- Pacientes mayores de 18 que cuenten con antecedente de tabaquismo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes mayores de 18 que cuenten con el diagnóstico de demencia asociada a VIH o algún otro tipo de demencia.

Definición de variables y unidades de medida:

Infección por VIH según los métodos de diagnóstico establecidos por los organismos internacionales, como PCR o ELISA

Diagnóstico de trastorno depresivo mayor según los criterios DSM 5 (tabla 1)

Se realizó un cuestionario durante la consulta externa en pacientes que presentan el diagnóstico operacional de VIH así como de otras comorbilidades, fueron evaluados mediante los criterios de DMS V para evidenciar quienes si cursan con trastorno depresivo mayor o no, con el fin de describir su incidencia en esta población y el riesgo relativo que existe para presentarlo.

La recolección de datos se realizó en una hoja de Excel de forma manual, para posteriormente ser exportada a SPSS para su interpretación, se asignaron valores de 1 si presenta diagnóstico de trastorno depresivo mayor y de 0 si no presenta diagnóstico de esta enfermedad.

Análisis estadístico:

Las variables continuas son expresadas como medianas y las variables nominales fueron expresadas como números y porcentajes aplicando las pruebas t de Student y Chi- cuadrada dependiendo el numero de variable y se sometieron a análisis de regresión logística univariado y multivariado.

Resultados.

Se evaluaron 103 pacientes de la consulta de Medicina Interna y clínica del VIH, los cuales tuvieron una edad promedio de 59.6 años, con distintas comorbilidades en las cuales se encontró en el análisis multivariado el VIH aumentaba significativamente el riesgo de padecer trastorno depresivo mayor RR1.5 con un intervalo de confianza del 95 % así como el padecer 3 comorbilidades RR 4.6 IC -21.6 -0.35

Tabla 2				
Características de la Población				
Características (n=103)		Control sin trastorno depresivo mayor(n=53)	Con trastorno depresivo mayor (n-50)	Valor de p
Edad (anos M, DS)		60.15 +- 6.91	58.38 +- 7.09	0.19
Sexo (N %)	H	41 (49.4)	12 (60)	0.46
	M	8 (40)	42(50)	
VIH (N%)		17 (31.5)	37(68.5)	0.00
HAS (N%)		18(54)	15(45.5)	0.67
Diabetes (N%)		10(58)	7(41)	.60
MOCA (M DS)		30(55)	24(44)	
Síndrome Metabólico (N%)		8(34.8)	15(65.2)	.97
Tabaquismo (N%)		10(58.1)	7(41.2)	.60
Dislipidemia (N%)		14(37.8)	23(62.3)	0.43
Con 2 comorbilidades (N%)		6(31.6)	13(68.4)	0.75
Con 3 comorbilidades (N%)		2(18.2)	9(81.8)	.025
Años de estudio (M, DS)		14.3 +-3.72	15.12+-3.59	0.25

Tabla 3			
Bivariado			
Característica	RR	P	IC(95%)
VIH	16	0.001	-27,-0.93
Com3	4.6	0.027	-21.6 -0.35

Tabla 4			
Multivariado			
Característica	RR	Sig	IC(95%)
VIH	1.5	0.001	0.7 -2.6

Se decidió utilizar las variables con diferencias significativas en el análisis bivariado, para los modelos de asociación, respecto a la presencia de depresión donde se observó que los pacientes que presentaron depresión en paciente con infección por VIH fue estadísticamente significativa ($p = 0.001$). así como el tener 3 comorbilidades ($p = 0.027$) (tabla 3)

DISCUSIÓN

Este estudio analizó el efecto independiente del VIH como factor de riesgo para padecer trastorno depresivo mayor en comparación a otras comorbilidades, en un estudio trasversal con 102 pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna. Los resultados del modelo de regresión multivariada demostraron que la presencia de Infección por VIH es un predictor independiente y significativo de una mayor incidencia de trastorno depresivo mayor. Los resultados son similares en cuanto a la incidencia de este trastorno en pacientes con VIH. Se reportó que la incidencia del trastorno depresivo mayor en pacientes con VIH era de un 68.5 % que es una incidencia mayor a los reportados en la literatura internacional, Así mismo el análisis. Así mismo se demostró que otras comorbilidades que son usualmente atendidas en la consulta externa de Medicina Interna así como variables continuas como el test de MOCA la edad y los años de estudio no fueron un factor significativo para presentar trastorno depresivo mayor lo cual se contradice con respecto a múltiples estudios internacionales en lo cuales se a demostrado relación de estas variables al riesgo de padecer trastorno depresivo mayor.

Según el análisis estadístico bivariado el presentar 3 comorbilidades de las anteriormente evaluadas fue el único factor de riesgo significativo además de padecer infección por VIH para la presentación de trastorno depresivo mayor

Una de las fortalezas que presenta este estudio, es que no solo se consideró la presencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana si no también se analizó su incidencia en otras patologías así como el riesgo que cada una de estas patologías confería para la presentación de este trastorno psiquiátrico

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones: la primera se refiere al diseño del mismo, ya que al ser un estudio transversal, no se puede inferir la temporalidad de la asociación entre la infección o el diagnóstico con el los síntomas de trastorno depresivo mayor siendo posible que los pacientes presentaras este trastorno previo al diagnóstico o adquirir las enfermedades previamente analizadas.

Otra limitación es la confusión residual debida a factores de riesgo no medidos, como estado socioeconómico, apego al tratamiento además no se contó con un amplio análisis de la presencia de complicaciones asociadas a estas enfermedades o el estadio de las mismas.

CONCLUSIONES

Este estudio y sus resultados pueden ser referente para la evaluación constante de factores de riesgo para presentar trastorno depresivo mayor y así evitar las complicaciones que este puede traer a las patologías a las que se está asociando mejorando la calidad de la atención médica en cuanto al diagnóstico del mismo . de igual manera al disminuir el abandono al tratamiento y disminuir la mortalidad en paciente con infección por VIH debido a la relación directa que este trastorno presenta con el abandono de la terapia medica

Referencias bibliográficas:

1. Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, Eron JJ Jr. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 44:159.
2. Himelhoch S, Moore RD, Treisman G, Gebo KA. Does the presence of a current psychiatric disorder in AIDS patients affect the initiation of antiretroviral treatment and duration of therapy? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 37:1457.
3. van Servellen G, Chang B, Garcia L, Lombardi E. Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virus-infected men and women. *AIDS Patient Care STDS* 2002; 16:269.
4. Angelino AF, Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2001; 33:847.
5. Compton WM, Cottler LB, Ben-Abdallah A, et al. The effects of psychiatric comorbidity on response to an HIV prevention intervention. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58:247.
6. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA* 2001; 285:1466.
7. Asch SM, Kilbourne AM, Gifford AL, et al. Underdiagnosis of depression in HIV: who are we missing? *J Gen Intern Med* 2003; 18:450.
8. Treisman G, Fishman M, Schwartz J, et al. Mood disorders in HIV infection. *Depress Anxiety* 1998; 7:178.
9. Atkinson JH Jr, Grant I, Kennedy CJ, et al. Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:859.