

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man on horseback, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and a crown. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTIBUS" is inscribed around the perimeter of the seal.

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA
Y SU ASOCIACIÓN CON LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

**GIBBER ABELMÁR OXLAJ GONÓN
ERICK DANIEL QUIJIVIX GONZÁLEZ**

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna**

Marzo 2021



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

01.PME.01.167.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Gibber Abelmár Oxlay Gonón
Registro Académico No.: 200730888 No. de CUI : 2535615310923
El (la) Doctor(a): Erick Daniel Quijivix González
Registro Académico No.: 200830921 No. de CUI : 2368825890901

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Medicina Interna**, el trabajo de TESIS **DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

Que fue asesorado por: Dr. Cesar Octavio Reyes López, MSc.

Y revisado por: Dr. Luis Carlos Barrios Lupitou, Msc..

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para marzo 2021

Guatemala, 18 de ENERO de 2021

21 ENERO 2021
Dr. Rigoberto Velásquez Paz MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales M.A.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/emxc

Guatemala, 5 de Julio de 2019

Doctora
Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado.
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna
Hospital General San Juan de Dios
Presente

Respetable Dr.:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presentan el doctor Gibber Abelmár Oxlaj Gonón, Carné No. 200730888 Y Erick Daniel Quijivix González, Carné No. 200830921 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula: Depresión en pacientes con VIH/SIDA y su asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Luego de la asesoría, hago constar que los doctores Oxlaj Gonón y Quijivix González han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

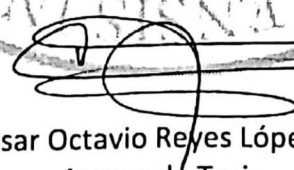
"ID Y ENSEÑAD A TODOS" *Dr. César Reyes*

Col. 6834

Jefe Psiquiatría de Adultos

Departamento de Medicina Interna

HGSJDD


Dr. Cesar Octavio Reyes López, MSc.
Asesor de Tesis

Guatemala, 5 de julio de 2019

Doctora
Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en
Hospital General San Juan de Dios
Presente

Respetable Dra:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presentan los doctores Gibber Abelmar Oxlaj Gonón, carné No. 200730888 y Erick Daniel Quijivix González, carné No. 200830921, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula: Depresión en pacientes con VIH/SIDA y su asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Luego de la revisión, hago constar que los doctores Oxlaj Gonón y Quijivix González han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Luis Carlos Barrios Lupitoy
Dr. Luis Carlos Barrios Lupitoy, MSc.
Revisor de Tesis

Dr. Luis Carlos Barrios L.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3693



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dra. Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna
Hospital General San Juan de Dios

Fecha Recepción: 26 de julio 2019

Fecha de dictamen: 10 de septiembre 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

Gibber Abelmár Oxlaaj Gonón
Erick Daniel Quijvíx González

"Depresión en pacientes con VIH/SIDA y su asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral."

Sugerencias de la Revisión: Autorizar examen privado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Mario David Cerón Donis, PhD
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo

MDCD/karin

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso por brindarnos la oportunidad de obtener otro triunfo, además de darnos salud, sabiduría y entendimiento para lograr esta meta.

A nuestros queridos padres, por ser siempre incondicionales y darnos siempre su apoyo en todo momento. Gracias por existir, y que Dios los bendiga siempre.

A la ilustre Universidad de San Carlos de Guatemala, por darnos nuevamente la posibilidad de egresar de ella, nos sentimos sumamente orgullosos de ser profesionales se esta Universidad.

A los asesores académicos de la Universidad, por su apoyo y valiosa colaboración.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO I.....	1
1.INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II	3
1.ANTECEDENTES	3
1.1 VIH/SIDA	3
1.1.1 Epidemiología.....	4
1.2 SALUD MENTAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH	5
1.2.1 Epidemiología.....	5
1.2.2 Ansiedad y Depresión como predictores de la adherencia terapéutica	6
1.3 DEPRESIÓN.....	7
1.3.1 Definición.....	7
1.3.2. Epidemiología y factores de riesgo	8
1.3.3. Causas	8
1.3.4. Síntomas de depresión.....	9
1.3.5. Tipos de depresión	10
1.3.6. Clasificación de depresión según síntomas	12
1.3.7. Diagnóstico de depresión.....	12
1.3.7.1 Escala de Montgomery-Asberg	13
1.3.8. Tratamiento de depresión.....	15
1.3.9. Depresión y VIH/SIDA.....	16
1.4 ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	17
1.4.1. Prevalencia sobre la falta de adherencia terapéutica.....	18
1.4.2. Importancia de la adherencia como factor de éxito terapéutico.....	19
1.4.3. Factores que influyen en la adherencia.....	20
1.4.3.1 Factores relacionados con el individuo.....	20
1.4.3.2 Enfermedad	21
1.4.3.3 Régimen terapéutico	21
1.4.3.4Equipo asistencial y sistema sanitario.....	22
1.4.4. Depresión y adherencia.....	22
1.4.5. Costos de la falta de adherencia terapéutica en VIH/ SIDA.....	23

1.4.6. Métodos para valorar la adherencia	24
1.4.6.1 Métodos Directos.....	24
1.4.6.2 Métodos Indirectos	25
1.4.7. Factores que afectan la Adherencia Terapéutica.....	28
CAPITULO III	32
3. OBJETIVOS.....	32
CAPITULO IV	33
4. MATERIAL Y MÉTODOS	33
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Población.....	33
4.3 Tamaño y Selección de la Muestra:	33
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	33
4.6 Variables estudiadas	34
4.7 Operacionalización de las variables	34
4.8 Instrumentos utilizados para la recolección e información	38
4.9 Procedimiento para la recolección de información.....	38
4.10 Procedimiento de análisis de la información	39
4.11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos.....	39
CAPITULO V	40
5. RESULTADOS	40
CAPITULO VI.....	44
6.1 DISCUSIÓN	44
6.2 CONCLUSIONES	47
6.3 RECOMENDACIONES	48
CAPITULO VII.....	49
7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
CAPITULO VIII.....	56
Anexo No.1	56
Anexo No. 2.....	60
Anexo No. 3.....	62
Anexo No. 4.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales.....	40
Tabla 2. Características generales y depresión.....	41
Tabla 3. Características generales y adherencia al tratamiento.....	43

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas infectadas por el VIH/SIDA, es considerablemente más alta que en la población general. **Objetivo:** estimarla prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA y su posible asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral. **Método:** Estudio descriptivo transversal. Se estudió a 448 pacientes seleccionados en forma aleatoria simple, 310 de la clínica de VIH del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y 138 de la clínica de VIH del Hospital Rodolfo Robles de Quetzaltenango. Se evaluó la presencia de depresión con la escala de Montgomery-Asberg y la adherencia al tratamiento con el test de Morisky-Green. **Resultados:** La edad media de los participantes fue de 48.8 años; el 58% hombres; 93% heterosexuales; la edad media del diagnóstico de VIH/SIDA fue 8.25 años. De acuerdo a la escala de Montgomery-Asberg, la prevalencia de depresión fue de 18% (n =81). Se encontró más depresión en los que refirieron consumo de drogas ($p < 0.001$), menor recuento de células CD4 ($p=0.005$) y en los que tenían menos tiempo de diagnóstico de VIH/SIDA ($p<0.001$). De los pacientes que presentaron depresión, el 50% fue adherente al tratamiento antirretroviral. La presencia de depresión no se asoció a la adherencia al tratamiento antirretroviral. **Conclusión:** La prevalencia de depresión fue del 18%. La presencia de síntomas depresivos no guarda relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Palabras clave: Trastornos mentales o psiquiátricos; Depresión; Adherencia terapéutica; VIH; SIDA; Antirretroviral.

CAPITULO I

1.INTRODUCCIÓN

Desde el hallazgo de una rara y fatalmente rápida forma de cáncer (Sarcoma de Kaposi), en 1981, en hombres homosexuales, los profesionales de la salud se enfrentaron a una de las epidemias que más muertes ha generado y a la que más recursos económicos y humanos se han asignado: el VIH/ SIDA.(1)

El VIH ataca el sistema inmunológico del cuerpo y lo deja vulnerable a las infecciones. Conforme la enfermedad se desarrolla y se convierte en SIDA, sus víctimas padecen infecciones que de otra manera serían manejadas con relativa facilidad.(2)

De acuerdo a ONUSIDA, para el año 2016,36.7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, de estas 34.5 millones son adultos y 2.1 millones son niños (menores de 15 años).(3)

En Guatemala desde el año 1984 hasta el año 2003 se han notificado en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica un total de 37.345 casos, de los cuales el 20% fueron identificados entre los años 1984 a 2003 (20 años) y el 80% notificados entre los años 2004 a junio de 2017 (últimos 14 años).(3)

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas infectadas por el VIH/SIDA, es considerablemente más alta que en la población general.(4) El virus suele concentrarse en poblaciones muy vulnerables, marginadas y estigmatizadas; en particular se evidencia en población en riesgo como personas promiscuas (heterosexuales y homosexuales), trabajadoras sexuales, los consumidores de drogas y las personas privadas de su libertad, que tienen porcentajes más altos de trastornos conductuales, de la personalidad y afectivos, que la población general.(1)

Entre las personas infectadas por el VIH es común que presenten un grado mayor de depresión, que a menudo parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección por VIH, debido a que es un virus altamente neurótrofo.(4) Así mismo el VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica, lo cual se evidencia en hombres y

mujeres siendo más vulnerables a sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal.

Debido a que hay estudios que reportan que la depresión puede influir en la no adherencia al tratamiento antirretroviral,(5,6) surgió el interés de conocer cuál era la prevalencia de depresión y como esta se asociaba a la adherencia al tratamiento antirretroviral en la población de estudio, ya que, en el caso de los pacientes seropositivos, la adherencia al tratamiento es incluso más importante que en otras enfermedades. El objetivo del tratamiento antirretroviral es mantener suprimida la replicación viral, que sus niveles en sangre (carga viral) se acerquen al cero. El olvido de una única dosis puede ser una oportunidad para que el virus se reproduzca muy rápidamente y aumente la carga viral.(7)

El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA y su posible asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se estudió a 448 pacientes seleccionados de manera aleatoria simple, 310 del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y de 138 del Hospital Rodolfo Robles de Quetzaltenango. El estudio fue descriptivo transversal. Se aplicó la escala de depresión de Montgomery-Asberg, la cual evaluó la presencia o no, de depresión. El segundo test, de Morisky-Green, el cual determinó si el paciente era o no, adherente al tratamiento antirretroviral.

Entre los resultados de esta investigación la edad media de los participantes fue de 48.8 años, 58% fueron hombres. De acuerdo a la escala de Montgomery-Asberg, la prevalencia de depresión fue del 18%. Al relacionar las características de los pacientes con la presencia de depresión, se encontró más depresión en los que refirieron consumo de drogas ($p < 0.001$), menor recuento de células CD4 ($p=0.005$) y en los que tenían menos tiempo de diagnóstico de VIH/SIDA ($p<0.001$). De los pacientes que presentaron depresión, el 50% fue adherente al tratamiento antirretroviral. La presencia de depresión no se asoció a la adherencia al tratamiento antirretroviral.

CAPITULO II

1.ANTECEDENTES

1.1 VIH/SIDA

Desde el hallazgo de una rara y con frecuencia fatalmente rápida forma de cáncer (Sarcoma de Kaposi), en 1981, en hombres homosexuales, de los cuales ocho murieron en menos de 24 meses después de recibir el diagnóstico los profesionales de la salud se enfrentaron a una de las epidemias que más muertes ha generado y a la que más recursos económicos y humanos se han asignado: el VIH/ SIDA.(1)

El término “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” (SIDA) fue acuñado inicialmente por los epidemiólogos, preocupados por la aparición, en 1981 de un conglomerado de enfermedades relacionadas con la pérdida de la inmunidad celular en adultos que no mostraban una causa evidente para tales deficiencias inmunitarias.(8)Más adelante se demostró que el SIDA era la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).En el término de semanas a meses después de contraer la infección por el virus, muchas personas presentan una afección aguda de curso limitado, que dura de una a dos semanas. Más adelante pueden mantenerse asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas. La gravedad de las infecciones oportunistas o cánceres ulteriores relacionados con el VIH guardan relación directa con el grado de disfunción del sistema inmunitario.(2)

El VIH ataca el sistema inmunológico del cuerpo y lo deja vulnerable a las infecciones. Conforme la enfermedad se desarrolla y se convierte en SIDA, sus víctimas padecen infecciones que de otra manera serían manejadas con relativa facilidad si los sistemas inmunes no estuvieran comprometidos.

El VIH puede transmitirse a través de las siguientes vías: transmisión sexual (semen, fluidos vaginales o cervicales), transmisión sanguínea (transfusión de sangre contaminada o compartir jeringas), y transmisión perinatal (durante el parto o a través de la leche materna).

El VIH progresa a través de cuatro etapas. La primera dura de una a ocho semanas, en ella el sistema inmune destruye la mayoría del virus. La segunda etapa, también

conocida como periodo de latencia, puede durar varios meses o incluso años. Aproximadamente en cinco años, el 30% de las personas infectadas cambian a la etapa tres en las que el sistema inmune, especialmente las células T (CD4) están reducidas y la persona está expuesta a las enfermedades oportunistas (candidiasis, citomegalovirus, herpes simple, neumonía, toxoplasmosis, sarcoma de Kaposi). Durante la etapa cuatro el número de células T disminuye de 1,000 a 200 o menos por milímetro cúbico de sangre.(9)

Algunos portadores del virus pueden padecer impacto neurológico que puede convertirse en el complejo de demencia del SIDA el cual se caracteriza por un deterioro de la atención, pérdida de la memoria, confusión, así como cambios en la personalidad.

El tratamiento para el VIH / SIDA consiste en terapias antirretrovirales sumamente activas (TARGA) o HAART, por sus siglas en inglés, que incluye en disminuir la carga viral (CV) en sangre e incrementar el conteo de las células CD4. El éxito de esta terapia depende de que el paciente la cumpla en un 90 a 95%, y en un inicio, podía incluir un promedio de 16 a 20 medicamentos diarios los cuales tienen que ser ingeridos en diferentes modalidades, con agua, con alimento, con base al horario de un medicamento anterior, entre otras indicaciones.(10) Afortunadamente hoy en día los pacientes toman una cantidad menor de medicamentos.

1.1.1 Epidemiología

Conocer el panorama del VIH/SIDA en un país es un asunto complicado, pues existen muchos factores que influyen en las cifras de los casos reportados. Algunos de ellos son las posibilidades de los organismos de salud en relación con la vigilancia y/o hay pocos recursos para hacer estudios de prevalencia. Tomando en cuenta lo anterior las cifras que a continuación se reportan pueden representar estimados de lo que realmente está sucediendo.

De acuerdo a ONUSIDA, para el año 2016, 36.7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, de estas 34.5 millones son adultos y 2.1 millones son niños (menores de 15 años). Alrededor del 53% tuvieron acceso a tratamiento ARV. Contrajeron la infección

de VIH 1.8 millones, fallecieron 1 millón a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.(3)

En Guatemala, se cuenta con datos desde el año 1984, hasta el año 2003 la vigilancia epidemiológica se realizaba únicamente en la etapa final del VIH o sea el SIDA, a partir del 2004 se incorpora la variable VIH como parte de la vigilancia de segunda generación.

De los casos acumulados desde el año 1984 a junio 2017 se han notificado en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica un total de 37.345 casos, de los cuales el 20% fueron identificados entre los años 1984 a 2003 (20 años) y el 80% notificados entre los años 2004 a junio de 2017 (últimos 14 años). El 62% del total casos son masculinos y el 38% corresponden a femeninos, esto nos proporciona una razón de masculinidad de 1,6 (por cada 2 masculinos encontramos un femenino). Del año 2004 a junio 2017, el 48.5% se han detectado como casos VIH avanzado y el 51.5% como casos VIH, esto significa que casi el 50% de los casos se detectan ya con alguna enfermedad oportunista. Sin embargo en relación al sexo, los pacientes masculinos acuden más tardíamente a consultar los servicios de salud en relación a las pacientes femeninas.(3)

Para el año 2017 se notificaron un total de 653 casos, de los cuales el 73% eran masculinos y 27% femeninos. Los Departamentos con mayor cantidad de casos son: Guatemala y Escuintla. Sin embargo, cuando se ven las tasas de riesgo, son 5 departamentos (Escuintla, Izabal, Guatemala, Retalhuleu y Suchitepéquez) los que superan la tasa a nivel nacional de 3.9 por 100 000 habitantes. El 66% de los casos se encontró entre las edades de 20 a 39 años. El 65% de los casos detectados se encontraban en ese momento en etapa inicial de la enfermedad, mientras que el 35% ya estaban alguna enfermedad oportunista o sea en la etapa de VIH avanzado.(3)

1.2 SALUD MENTAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

1.2.1 Epidemiología

Para poder entender la prevalencia de trastornos conductuales, de la personalidad y afectivos, en las personas infectadas con VIH/SIDA, basta conocer la epidemiología

psiquiátrica la cual muestra que en la población general, los trastornos más frecuentes son los trastornos de ansiedad (13 % de la población los ha tenido alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos en un 9.1%.(11)Estos datos sirven de preámbulo para entender que así como dentro de la población general, un buen número de personas padecen algún trastorno conductual, de la personalidad o afectivo, esta situación se agrava en las personas que son diagnosticadas con un padecimiento como el VIH.

Varias investigaciones enfatizan sobre la morbilidad psiquiátrica en personas con VIH. Algunos mencionan que la comorbilidad de los desórdenes psiquiátricos en esta población es muy común. Hablan de una prevalencia de hasta 58 % para depresión, 26.5% en distimia, 15.8% con trastorno generalizado de la ansiedad y ataques de pánico (10.5%).(4)Es interesante la alta prevalencia de desórdenes psiquiátricos entre las personas con VIH que refleja la alta prevalencia de desórdenes afectivos y de sustancias preexistentes, o bien, que existe un incremento en el riesgo para infectarse con VIH entre aquellos que tienen un desorden mental o abusan de las drogas.

Un estudio realizado sobre trastornos psiquiátricos en pacientes con VIH/SIDA, encontró que el 62% de los pacientes presentan trastornos de ansiedad, 18 % trastornos depresivos, distimia en un 49%.Así mismo presentan trastornos por dependencia y abuso a las sustancias con un 28 %, predominando el abuso del alcohol en un 10.7%.(12)Por lo tanto los pacientes con VIH/SIDA requieren mayor soporte social y familiar en comparación con otro tipo de pacientes y que aunque no se han demostrado estadísticamente la disminución de linfocitos CD4 o aumento de la carga viral con la sintomatología depresiva, sí ha mostrado un mayor progreso de la enfermedad a mayor morbilidad psiquiátrica y neurológica.(13)

1.2.2 Ansiedad y Depresión como predictores de la adherencia terapéutica

La Depresión es un factor de riesgo para la falta de cumplimiento con el tratamiento médico. Los desórdenes del ánimo como la depresión que inciden en la capacidad para enfocarse cognitivamente, en la energía y en la motivación, pueden afectar los deseos y habilidad de seguir adelante con el tratamiento. Aproximadamente de cada 100 pacientes

que no cumplen con el tratamiento, se puede esperar que el 63.5% de ellos pueden estar deprimidos, y que esto está poderosamente relacionado con la adherencia.(14)

1.3 DEPRESIÓN

1.3.1 Definición

La depresión es un trastorno afectivo frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente.(15–17)

A diferencia de otros trastornos mentales, la depresión ha sido estudiada por siglos, las civilizaciones más antiguas ya se hacía preguntas sobre qué provocaba esa sintomatología. En un inicio se le llamó melancolía y a lo largo de los siglos su etiología fue cambiando hasta las razones que hoy en día se conocen como contribuyentes al desarrollo de este padecimiento.

Los efectos de la depresión en pacientes con VIH pueden repercutir en la evolución de la enfermedad (baja adherencia que lleva a una disminución acelerada de los CD4 y una más baja probabilidad de sobrevivencia). Debido a que la depresión tiene una alta comorbilidad con el VIH, una evaluación no adecuada puede caer en falsos positivos o negativos, por lo que se sugiere que sea bien evaluado por parte del personal del sistema de salud.(18)

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria; en su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

1.3.2. Epidemiología y factores de riesgo

La proporción de los individuos que presentan una depresión entre la población general y/o que reciben tratamiento para la depresión es de dos mujeres por cada hombre. Existen razones biológicas que pueden explicar estas diferencias entre sexos, ya que sean hormonales o cromosómicas. Entre las causas biológicas figurarían la tensión premenstrual o la menopausia, así como el embarazo. Otras investigaciones sugieren que los efectos del estrés, de la vulnerabilidad social, la ausencia de apoyo, el papel de mujer en la vida social y el modo de afrontar los acontecimientos puede llevar a las mujeres a padecer de depresión en una determinada manera y dirigir a los hombres hacia otras vías (adicciones).(19)

Entre los factores de riesgo en la depresión mayor se encuentran: el hecho de ser mujer; edad entre 18 y 44 años, clase social baja, separado/divorciado, presencia de acontecimientos vitales, presencia de factores crónicos estresantes, ausencia de apoyo social, ausencia de estrategias apropiadas de afrontamiento, historia de abuso sexual, trauma físico, antecedentes familiares de depresión, estrés crónico o ansiedad, otro trastorno psiquiátrico.(15,17)

1.3.3. Causas

Las causas de la depresión son variadas, entre las principales causas de la depresión podemos encontrar tanto factores genéticos, fisiológicos, personales como ambientales, la bioquímica puede ayudar a explicar algunos casos, las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios.(4)

Los factores genéticos engloban la presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos.(19)

Los factores fisiológicos implican la aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales. Por este motivo, en el tratamiento de la depresión se emplea en ocasiones un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuya función consiste precisamente en modificar los niveles de serotonina que se encuentran alterados en estos pacientes.(20) Existe, además, un grupo de enfermedades estrechamente ligadas a la aparición de depresión, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas como migraña, diabetes, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Adisson, amenorrea, factores personales.

Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres. La edad también es un factor influyente, y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones. El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas.(19)

Los factores ambientales se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto (estrés, ansiedad, incapacidad de solucionar los problemas, etc.) en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar, etc.), en especial si el sujeto se encuentra además en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas, etcétera. Una situación de escasas o nulas relaciones interpersonales potencia especialmente estos factores.

1.3.4. Síntomas de depresión

Las personas que sufren de depresión, manifiestan un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos. Esta es una sintomatología que desde un estado de ánimo bajo a alteraciones de la conducta tan graves como la tentativa de suicidio o las autolesiones:(16,17,21)

- Síntomas afectivos/cognitivos: estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad/nerviosismo, dificultad para la concentración, pérdida de interés y motivación, incapacidad para disfrutar, anhedonia (incapacidad para presentar

placer), distorsiones cognitivas, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte o suicidio.

- Síntomas físicos: fatiga, pesadez en extremidades, insomnio, hipersomnias, pérdida de apetito, pérdida de peso, aumento del apetito, aumento de peso, disfunción eréctil, anorgasmia, dolor de cabeza, tensión muscular, problemas gastrointestinales, palpitaciones, sensación de quemazón.
- Síntomas conductuales: llanto, confrontación interpersonal, aislamiento social, evitación de intimidad, uso/abuso de sustancias, evitación de situaciones estresantes, rituales o compulsiones, reducción de producción, reducción de actividades de ocio, autolesiones, intentos de suicidio, conductas violentas.

1.3.5. Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo mayor (unipolar y bipolar), el trastorno distímico y post parto.(21)

El trastorno depresivo grave o mayor: también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad.(15)

Los síntomas del trastorno depresivo mayor son: estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo., sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso, pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio, inquietud, irritabilidad. También hay presencia de síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.(19,21)

El trastorno depresivo distímico: también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.(13)

Los síntomas del trastorno distímico, son las características parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son: sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada de interés o placer, aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad.(22)

Estos síntomas dependen de la edad y el sexo: en general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas. En los adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

La depresión posparto: se caracteriza porque puede ocurrir poco después del parto. Puede presentarse hasta un año más tarde de que la mujer haya dado a luz, pese a que es habitual que ocurra dentro de los primeros tres meses después del parto.(21)

Las causas de la depresión posparto, son: cambios a nivel corporal del embarazo y el parto (por ejemplo, debido al cambio hormonal), cambios en las relaciones laborales y sociales, tener menos tiempo y libertad para sí misma, cambios el ciclo sueño-vigilia debido al nacimiento, preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre.(19)

Entre los principales síntomas de la depresión postparto destacan la tristeza profunda, el insomnio, el letargo y la irritabilidad; así como: la fatiga, pereza, desmotivación, alteración del sueño y del apetito, falta de concentración, confusión, pérdida de memoria, sentimiento de culpa, pérdida de libido, miedo a autolesionarse o a dañar al niño, sobreprotección del niño, la madre siempre ve al hijo enfermo y consulta constantemente con el especialista; puede aparecer intolerancia extrema hacia el bebé, que se manifiesta

incluso con violencia verbal o física hacia el niño; síntomas ansiosos: angustia, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico.(23)

1.3.6. Clasificación de depresión según síntomas(5,16,21)

La depresión se clasifica en distintos grupos, en función a los síntomas que muestra el paciente.

De acuerdo a los criterios o grupos de clasificación se pueden identificar tres cuadros depresivos, donde predomina el nivel o la intensidad de depresión, lo cuales son leve, moderado o grave.

Episodio depresivo leve, donde se presentan dos o tres síntomas depresivos. Estos pacientes, por lo general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad.

Episodio depresivo moderado, aquí el paciente presenta más de tres síntomas depresivos, pero un mínimo de seis síntomas. Estos pacientes presentan dificultades manifiestas para el desarrollo de las actividades habituales.

Episodio depresivo grave, aquí se presentan todos los síntomas depresivos hasta conformar un mínimo de ocho síntomas. Estos pacientes manifiestan una situación emocional marcada ligada a la angustia, especialmente con pérdida de autoestima y sentimientos intensos de culpa e inutilidad.

En estos episodios cobran relevancia los intentos de suicidio, asociados a la carga somática, principalmente en los pacientes de sexo masculino, por lo que estos pacientes deben ser controlados de forma constante e incluso, en determinados casos, se debe valorar la hospitalización del paciente.

1.3.7. Diagnóstico de depresión.

Cuando aparecen síntomas depresivos en una persona que sufre de patología médica, puede ser difícil atribuir estos síntomas a un trastorno del estado de ánimo o a la

enfermedad médica. En numerosas patologías médicas aparecen síntomas depresivos, como problemas del sueño, pérdida del apetito y fatiga. Los síntomas somáticos/vegetativos de la depresión, y en especial los cambios en el apetito, son indicadores importantes de depresión.(15)

En la actualidad, el concepto de depresión con síntomas somáticos se utiliza para hacer referencia a los trastornos depresivos que influyen síntomas físicos de cualquier tipo, y no sólo aquellos asociados específicamente a las alteraciones del estado de ánimo: dolores de espalda, mareos, problemas digestivos, dolor torácico, náuseas, palpitaciones, etc.

Siempre debemos considerar la posibilidad de estar ante un trastorno del estado de ánimo en caso de: aparición de frecuentes quejas somáticas, incremento de las quejas somáticas en una paciente conocida por una enfermedad física crónica sin evidencia de modificación clínica, consultas repetidas sin justificación médica, cefalea, pérdida de peso, insomnio, etc., sin justificación orgánica, antecedentes personales y/o familiares de trastornos del estado de ánimo.(19,21)

Partiendo de los antecedentes clínicos y de la sintomatología del paciente, actualmente el diagnóstico sindrómico de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad se realiza, en primer lugar, mediante la aplicación de los criterios contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV(17) o en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y, secundariamente, mediante el uso de escalas de evaluación clínica. A pesar de su utilidad como elemento de apoyo al diagnóstico clínico, estas escalas se utilizan principalmente como instrumentos de medida de la gravedad de la sintomatología asociada al trastorno, por lo que alertan sobre la existencia de enfermedad depresiva al mismo tiempo que establecen su gravedad, resultando útil es tanto en la práctica asistencial como en estudios clínicos.(24)

1.3.7.1 Escala de Montgomery-Asberg(24)

La escala para valoración de la severidad de la depresión de Montgomery-Åsberg tiene elementos en común con la escala de Hamilton, son instrumentos heteroaplicados, tienen alta concordancia y estadifican la severidad de la depresión de una manera

adecuada, sin embargo, la escala de Montgomery–Åsberg teniendo menos enunciados, se centra en aspectos cognitivos, afectivos, y somáticos, sin darle mayor prioridad a este último componente, lo que le proporciona mayor utilidad en pacientes adultos mayores, o con enfermedades médicas concomitantes. También ha mostrado mayor precisión para determinar la severidad del episodio y adicionalmente se ha resaltado su mayor sensibilidad al cambio, lo que le confiere ventajas sobre la escala de Hamilton en el contexto de los estudios clínicos.

La escala es un instrumento de 10 ítems (ver anexo) que debe ser administrada durante una entrevista clínica por personal médico o paramédico previamente entrenado en su aplicación, y puede utilizar información de otras fuentes como los familiares del paciente de manera similar al desarrollo normal del contexto clínico.

Para cada ítem se contemplan 7 grados diferentes de severidad calificados de 0 a 6, anclando los valores pares (0, 2, 4, 6) a unos enunciados, permitiendo las puntuaciones intermedias entre dichos enunciados, cuando existe duda entre cuál de los dos asignar. El puntaje total de la escala se obtiene sumando los valores seleccionados de cada ítem, con un rango total entre 0 y 60 puntos. Los puntos de corte son de la siguiente manera: 35 o más puntos depresión severa, de 20 a 34 puntos depresión moderada, de 7 a 19 puntos depresión leve, y 6 o menos puntos, sin depresión.

El instrumento ha sido traducido a múltiples idiomas, incluyendo versiones para: Argentina, Austria (alemán), Brasil, Bulgaria, Canadá (inglés, francés), Chile, China (mandarín), Colombia, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, India (Inglés), Israel, Italia, Japón, Latvia, Lituania, Malasia (malayo), México, Noruega, Filipinas (tagalog), Polonia, Rumania, Rusia, Sur África (afrikaans, inglés), España, Suecia, Taiwán (Chino), Tailandia, Turquía, Ucrania (Ruso, Ucraniano), USA (inglés, español).

La escala ha atravesado por diversos estudios de validación desde la fecha de su publicación arrojando buenos resultados en la evaluación de confiabilidad y confiabilidad interevaluador.

1.3.8. Tratamiento de depresión.

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Al igual que con muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar a una condición médica como la causa, la persona debe llevar a cabo una evaluación psicológica o referir al paciente a un profesional de la salud mental.(25)

Los Medicamentos usados para la depresión, conocidos como antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina.(17,20) Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan.

Los tipos de medicamentos antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se encuentran la fluoxetina, el citalopram, la sertralina, y varios otros. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina y la duloxetina.(20) No obstante, los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, no existe una única propuesta cuando se trata de medicamentos. Por lo tanto, los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoaminoxidasa pueden ser la mejor opción para ciertas personas.

Las personas que toman inhibidores de la monoaminoxidasa deben atenerse a significativas restricciones alimenticias y medicinales para evitar posibles interacciones graves, deben evitar ciertos alimentos que contienen niveles altos de la sustancia tiramina,

la cual está presente en muchos quesos, vinos, y pepinillos así como en algunos medicamentos descongestivos.(25)

La psicoterapia o “terapia de diálogo” pueden ayudar a las personas con la depresión. Algunas psicoterapias son tratamientos de corto plazo (10 a 20semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo.(21)

Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo- conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

Así mismo puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición. Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años.(21,25)

1.3.9. Depresión y VIH/SIDA.

Los estudios muestran que las personas que están infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general. La depresión afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA.(12)

La depresión puede parecer una reacción inevitable después de recibir un diagnóstico de VIH/SIDA. Pero la depresión es una enfermedad independiente que puede, y debería ser tratada, incluso cuando una persona está recibiendo tratamiento para el VIH/SIDA.(21,25)

El diagnóstico de depresión puede a veces ser difícil debido a que los síntomas relacionados a la infección de VIH pueden ser similares a los síntomas físicos de la depresión. La fatiga, nivel de libido bajo, poco apetito y pérdida de peso pueden ocurrir tanto en enfermedades relacionadas al VIH como en la depresión.

La depresión puede tener particularmente efectos perjudiciales a la salud de las personas viviendo con VIH/SIDA y por lo tanto es muy importante que se diagnostique y/o se trate. Algunos estudios han mostrado que las personas infectadas por VIH que están deprimidas pueden experimentar progresión de enfermedades más rápido y puede que no vivan tanto como las personas que no están deprimidas.(26)

La depresión también está asociada con la dificultad en la adherencia al medicamento, lo que puede en consecuencia llevar a la resistencia a los fármacos.(6)

Otros factores que pueden contribuir a que la depresión en las personas infectadas por VIH ocurra incluyen: infecciones sobre agregadas como Hepatitis B o C, ser mujer, historial previo o familiar de enfermedades mentales, abuso de sustancias o alcohol, falta de apoyo social, no informar sobre su diagnóstico a quienes están a tu alrededor, fallo de tratamiento, también algunos medicamentos de VIH pueden causar depresión, más notablemente Efavirenz.(26)

1.4 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El tema del cumplimiento en los tratamientos médicos ha sido estudiado desde hace varios años. En un principio se hablaba de cumplimiento, o apego, sin embargo, estos términos tenían una connotación pasiva sobre la conducta de los individuos. En primer lugar, cumplimiento estaba relacionado con el término obediencia, asignándole un rol pasivo al individuo. Más adelante surge el concepto de adhesión o adherencia, en el que

se considera que el paciente tiene un rol activo y participa de forma responsable en su cuidado.

La Organización Mundial para la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), realizó una revisión sobre los mecanismos conductuales que explican la adherencia. La adherencia es un proceso conductual complejo determinado por la interacción de diversos factores, los cuales clasifican en tres grandes grupos: a) las conductas del proveedor de servicios (interacción y comunicación con los pacientes), b) los factores del sistema de salud (disponibilidad y accesibilidad de los servicios, apoyo para la educación de los pacientes, recolección de datos y manejo de los mismos, entrenamiento para los profesionales de la salud, entre otras, y c) los atributos de los pacientes (edad, sexo, educación, ocupación, ingreso, situación marital, raza, religión, presencia de problemas de salud mental como depresión, conocimientos sobre la enfermedad), finalmente características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento, por ejemplo, crónica versus aguda. (27)

Adherencia terapéutica se podría definir como la frecuencia, intensidad o exactitud aceptable de conductas específicas, dadas las circunstancias, que están asociadas con la mejoría en los resultados clínicos. La adherencia son conductas influidas por una multiplicidad de factores relacionados con el paciente, con el proveedor de servicios de salud y con los niveles de la organización encargada del cuidado de la salud.(14)

La falta de adherencia al tratamiento, puede ser de dos maneras inadvertida por parte del usuario y profesional (equipo médico). La falta de adherencia inadvertida sucede cuando las instrucciones proporcionadas por los médicos son comunicadas vagamente, cuando la persona no comprende o no recuerda lo que incluye el régimen médico, o cuando el usuario no tiene el conocimiento o la habilidad técnica para realizar ciertas conductas. La falta de adherencia por parte del equipo médico ocurre cuando el médico no proporciona el tratamiento o la información adecuada, o cuando no sigue las guías para el padecimiento.

1.4.1. Prevalencia sobre la falta de adherencia terapéutica.

El 35,9% de los encuestados en un estudio sobre la prevalencia de adherencia resultó ser no adherente. Los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual, tener una baja calidad de vida relacionada a la salud, poco apoyo

social, no tener domicilio, tener morbilidad psíquica (depresión) y tener mayor tiempo en tratamiento. Los factores de tipo psicosocial fueron los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.(6)

1.4.2. Importancia de la adherencia como factor de éxito terapéutico.

El tratamiento antirretroviral paulatinamente se convierte en el epicentro de la vida del paciente con SIDA, en tanto las posibilidades de continuar viviendo están directamente relacionadas con la forma de asumir la terapia.

Cada vez que el paciente pierde o retrasa una dosis, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápidamente, incrementando las posibilidades de mutación y de resistencia al tratamiento.(10) Esta relación entre el seguimiento estricto al medicamento prescrito y el desarrollo de virus resistentes ha hecho que la adherencia se convierta en un asunto de significativa importancia dentro del manejo de pacientes VIH/SIDA.

Los antirretrovirales constituyen un régimen de tratamiento complejo debido a varios factores:(7)

- La duración del tratamiento (permanente)
- Rigurosidad del régimen
- Presencia de efectos secundarios
- Necesidad de un compromiso personal por parte del paciente
- Promedio de comprimidos diarios, además del tratamiento profiláctico en caso necesario.

El tratamiento prescrito debe ser tomado de tal forma que asegure y mantenga altas concentraciones de medicamento en las células infectadas, para así inhibir la replicación viral. Una disminución de éste hasta llegar por debajo del nivel crítico, le permite al virus continuar reproduciéndose al mismo tiempo que provee condiciones idóneas para provocar el problema de resistencia. Es por ello que la adherencia al tratamiento se convierte en el factor determinante para alcanzar la efectividad terapéutica.

1.4.3. Factores que influyen en la adherencia.

En los últimos años se han publicado múltiples trabajos que estudian las variables predictoras de la adherencia.

Los factores estudiados pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: los relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial y sistema sanitario.(28)

1.4.3.1 Factores relacionados con el individuo.

En general, las características sociodemográficas no son buenos predictores del nivel de adherencia de un individuo. Sin embargo, algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica. La mayoría de pacientes no adherentes no cuentan con acceso a recursos económicos y son de estrato socio-económico deficiente, con un bajo nivel de instrucción educativa; viven en condiciones de pobreza y enfrentan mayor déficit social relacionado a su adherencia.(29)

Otras características como disponer de domicilio fijo y soporte social han sido claramente relacionadas con una mejor adherencia. Los factores de carácter psicológico juegan un papel clave en el cumplimiento. La ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia adecuada.(14) Dada la elevada prevalencia de estas enfermedades en los pacientes con infección por el VIH, es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual. La adicción activa a drogas y/o alcohol también ha sido identificada como factor de riesgo relacionado con el mal cumplimiento.(18) Por último, las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial, son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y resistencia a la medicación también ha mostrado predecir una mejor adherencia

1.4.3.2 Enfermedad.

La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. Pocos estudios en pacientes VIH han tenido en cuenta estos factores. Los estudios que evalúan la relación entre el estadio de la enfermedad y la adherencia, han obtenido resultados contradictorios. En la mayoría no se ha encontrado asociación. Sin embargo, según los pacientes en estadio B o C presentan una mejor adherencia que los pacientes en estadio A, ya que asocian el mal cumplimiento con un mayor riesgo de complicaciones.(6)

Las percepciones del personal sanitario y de los pacientes ante una patología en la que los conocimientos están en permanente cambio son importantes. Así, en los años noventa, al inicio de la monoterapia con zidovudina, las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de estudios reflejaban un grado de adherencia de alrededor del 60-80%. Pasados 2-3 años, el grado de aceptación y de adherencia bajó de forma considerable al 40-60% debido, en parte, a los continuos fracasos del tratamiento antirretroviral, con lo que las expectativas bajaron considerablemente.(7) Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa y se inician los tratamientos con terapia combinada, los resultados se tornan optimistas y esperanzadores, las expectativas mejoran y el grado de confianza, aceptación y adherencia vuelve a recuperarse lentamente. Por este motivo, algunos pacientes que no eran cumplidores con la monoterapia pueden ser buenos cumplidores con las nuevas terapias más complejas.(10)

1.4.3.3 Régimen terapéutico

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto.(28)

Otro factor que aumenta la complejidad del tratamiento son los requerimientos dietéticos. Determinados fármacos requieren una pauta muy estricta de dosificación porque

su absorción se encuentra altamente condicionada a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma.

La aparición de efectos adversos, constituye un factor claramente relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de la relevancia clínica que puedan tener. En un estudio multicéntrico, los pacientes que refirieron un mayor número de síntomas durante los primeros meses de inicio del tratamiento con inhibidores de la proteasa presentaron, posteriormente, una peor adherencia. Las alteraciones morfológicas son frecuentes y pueden tener importantes repercusiones psicológicas que hagan disminuir la calidad de vida del paciente y la adherencia al tratamiento antirretroviral.(7)

1.4.3.4 Equipo asistencial y sistema sanitario.

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad, son factores que influyen de manera favorable. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y realista y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Otros factores relacionados con el sistema sanitario como la accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios, también pueden influir en la adherencia. La evaluación de los posibles factores de riesgo para conseguir una adherencia óptima al tratamiento, deberá servir para planificar intervenciones específicas para cada paciente que generalmente serán de carácter multifactorial y multidisciplinar. Ante una predicción de posible adherencia inadecuada al tratamiento por parte del paciente, en ningún caso se le negará al mismo el acceso y la posibilidad de realizarlo.

1.4.4. Depresión y adherencia.

La Depresión es un factor de riesgo para la falta de cumplimiento con el tratamiento médico. Los desórdenes del ánimo como la depresión que inciden en la capacidad para enfocarse cognitivamente, en la energía y en la motivación, pueden afectar los deseos y

habilidad de seguir adelante con el tratamiento. Aproximadamente de cada 100 pacientes que no cumplen con el tratamiento, se puede esperar que el 63.5% de ellos pueden estar deprimidos, y que esto está poderosamente relacionado con la adherencia.(6)

1.4.5. Costos de la falta de adherencia terapéutica en VIH/ SIDA.

La falta de adherencia terapéutica en las personas con VIH / SIDA tiene diversas repercusiones tanto a nivel macro como a nivel micro. El impacto negativo es para la familia, las personas y los países. Entre algunas consecuencias están las siguientes: el ausentismo laboral, la discapacidad, la muerte prematura, los gastos de tratamiento, mitigación y entierro, y la viudez y orfandad. El VIH / SIDA no es un padecimiento que el individuo afronte de forma individual, pues las afectaciones de estar infectado de este virus y de no seguir el tratamiento tiene efectos en cadena. En primer lugar, el trabajador comienza a ausentarse por presentar complicaciones de la enfermedad, lo que es seguido de una discapacidad que lo dejará al cuidado de su familia o su red social cercana. En esta fase si el deterioro continua, la persona puede llevar a la familia a utilizar todos sus recursos económicos y humanos para gastos de tratamiento, visitas a la sala de urgencias, hospitalizaciones y en casos extremos la muerte que implica también un gasto económico para el que la familia no estaba preparada, y tampoco preparada estaba para la pérdida del familiar el cual puede a su vez dejar desprotegidos a sus hijos o pareja.

El desgaste que significa este camino tanto para la persona VIH positiva como para su familia puede ser altísimo, generando sentimientos de desesperanza, ansiedad o depresión. De lo anterior se puede concluir entonces, que los gastos de los sistemas de salud deberán estar dirigidos no sólo a la prevención de la infección, ni a proporcionar medicamentos a grupos de riesgo, sino a proporcionar a las personas con VIH / SIDA el apoyo necesario para lograr adherencia al tratamiento, es decir un programa integral para esta población.

La adherencia es la expresión de responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de su salud. Se menciona que las repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente son diversas entre las que se pueden señalar tres grandes grupos: las consecuencias médicas o clínicas, las consecuencias económicas, y las consecuencias sociales.(14)

El uso de los antirretrovirales cambió dramáticamente la historia del VIH, al significar una opción para el aumento de la esperanza de vida de los pacientes, pero exige un 95% de adherencia para obtener sus máximos beneficios. No existen a la fecha estudios que exploren los costos asociados a la baja adherencia, pero se podrían evaluar los costos directos e indirectos que se derivan de estas conductas como lo son la falla del tratamiento, creación de cepas resistentes del virus, incremento en el número de hospitalizaciones, así como una progresión más rápida al SIDA.(7)

1.4.6. Métodos para valorar la adherencia.

El método ideal de medida de la adherencia debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico. Los métodos para la valoración de la adherencia pueden clasificarse en directos e indirectos, entre los indirectos esta la entrevista clínica, la cual se basa en preguntar directamente al paciente sobre su cumplimiento. Este último método es recomendado por muchos autores.(28)

1.4.6.1 Métodos Directos.

a) Concentraciones plasmáticas de fármacos Antirretrovirales

Aunque se considera el método más objetivo, presenta muchas e importantes limitaciones. Si bien se han observado unos niveles de fármacos inferiores en los pacientes no adherentes y una buena correlación entre las concentraciones y los cuestionarios, se han encontrado niveles plasmáticos considerados como adecuados en un porcentaje importante del paciente con una baja adherencia autoreferida. En algunos estudios, no se han encontrado diferencias significativas respecto al control virológico y en otros se ha encontrado una aceptable sensibilidad, pero una baja especificidad para identificar la respuesta virológica. Es importante también considerar que existen muchas variables intra e interindividuales que condicionan el comportamiento cinético de los fármacos antirretrovirales. El establecimiento de un umbral estándar para clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes resulta cuestionable. Por último, cabe destacar que este método requiere unas técnicas analíticas caras y complejas, por lo que no es aplicable de

rutina en la mayoría de hospitales. Sin embargo, según criterio clínico puede ser de utilidad en alguna situación individualizada.(7)

b) Evolución clínica y datos analíticos

La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de esta.

1.4.6.2 Métodos Indirectos

Son elegidos por los investigadores a causa de sus bajos costos, practicidad y por la comodidad para el paciente, dado que no implican una práctica invasiva; aunque pueden carecer de objetividad porque dependen de la información brindada por el paciente, quien muchas veces, por falta de confianza, olvido u omisión, puede transmitir información parcial o distorsionada.(28)

Entre estos se encuentran cuestionarios, técnicas de entrevista, el juicio del médico y la impresión clínica, disponiéndose (para facilitar la valoración del cumplimiento) de una serie de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se pregunta al enfermo sobre su cumplimiento. Estos son métodos fiables si el paciente se confiesa mal cumplidor y, por tanto, poseen un alto valor predictivo positivo. No obstante, al comparar estos métodos con otros más exactos, se observa que hay un número importante de enfermos que mienten (bajo valor predictivo negativo).

Las escalas de autoinforme de adherencia tienen el potencial para medir el comportamiento para la toma de medicación o identificar las barreras y creencias asociadas con la adherencia. Su selección requiere considerar lo que medirá y lo bien que se ha validado. Los métodos basados en la entrevista clínica más utilizados son el test de Haynes-Sackett y el test de Morisky-Green.(5,14,28)

a) Valoración del profesional sanitario

La valoración de la adherencia de forma directa y subjetiva por parte de los clínicos es muy frecuente. Sin embargo, las diferentes experiencias publicadas han demostrado que los profesionales sanitarios sobreestiman notablemente la adherencia de los pacientes cuando esta se compara con otros métodos. El principal problema derivado de esta sobreestimación es que no se identifica a muchos pacientes no adherentes, perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre su conducta y pudiéndose tomar actitudes terapéuticas con un elevado grado de empirismo.

b) Recuento de medicación

Este método indirecto consiste en calcular la adherencia según la fórmula siguiente:(7)

$$\% \text{ de adherencia} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ unidades dispensadas} - \text{n}^{\circ} \text{ unidades de vueltas}}{\text{No. unidades prescritas}} \times 100$$

Se ha utilizado con éxito en otras patologías crónicas debido a sus ventajas: es poco costoso, permite una medida cuantitativa, es objetivo y relativamente poco sofisticado. No obstante, cuando este método se ha aplicado al cálculo de la adherencia a los antirretrovirales, se han puesto de manifiesto una serie de limitaciones que dificultan su aplicación rutinaria. En cualquier caso, portar la medicación es molesto y aparatoso para el paciente, y recontarla resulta complejo para los profesionales sanitarios, por requerir tiempo y personal. Además, esta medida es fácilmente manipulable y más cuando se solicita a los pacientes que colaboren portando la medicación sobrante para proceder a su recuento o se realizan recuentos por sorpresa. Aunque el recuento de medicación produce una sobreestimación de la adherencia cuando se ha comparado con otros sistemas o incluso combinándolo con los registros del Servicio de Farmacia, es un método que por sus características se ha usado frecuentemente como patrón.

c) Cuestionarios

El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, accesible y adaptable a las

características de cada centro. Las principales limitaciones derivan justamente de esa aparente sencillez del método. La subjetividad es inherente a los propios cuestionarios y aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia autorreferida y la efectividad antirretroviral, también se ha puesto de manifiesto su relativa baja sensibilidad, muy variable según los estudios, al compararlo con métodos más objetivos y una especificidad aceptable.

d) Test de Morisky-Green(14,28)

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

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

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula

fue utilizada para la validación del test para la hipertensión. Los pacientes fueron considerados adherentes a la Farmacoterapia cuando dieron la respuesta correcta a las cuatro preguntas y no adherentes si respondieron correctamente a tres o menos preguntas.(28)

Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA. También ha sido utilizado para demostrar la efectividad de diversos métodos desarrollados para incrementar la adherencia al tratamiento de la osteoporosis.

La escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS) es el cuestionario corto mejor validado que ha sido evaluado en pacientes con hipertensión o diabetes y en los que toman crónicamente medicamentos cardiovasculares, tales como agentes hipolipemiantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

1.4.7. Factores que afectan la Adherencia Terapéutica.

El siguiente apartado, tiene como intención describir algunos de los factores que funcionan como facilitadores de la adherencia, así como aquellos que funcionan como barreras para la adherencia terapéutica.

Ampliamente se ha investigado en distintos padecimientos cuáles son las variables o factores que facilitan o impiden la adherencia terapéutica. Algunos de los factores que afectan negativamente la adherencia son: ser joven, tener ascendencia africana, bajos niveles de escolaridad, factores psicológicos como padecer depresión, altos niveles de estrés, condiciones psiquiátricas, beber excesivamente, usar drogas, número de medicamentos que deben tomarse diariamente.(6)

Otras investigaciones mencionan que los factores que afectan la adherencia terapéutica al nivel del paciente consisten en el conocimiento y las creencias que tiene la persona sobre la enfermedad, la automotivación y autoeficacia relacionada a las conductas de manejo de la enfermedad, así como las expectativas relacionadas con los resultados de ser o no adherente. Además existen factores relacionados con la enfermedad y con el tratamiento que afectan la adherencia terapéutica, entre los que se encuentran a) las

dificultades sociales, ocupacionales, físicas y psicológicas resultantes de los síntomas y del tratamiento mismo; b) el significado cultural de la enfermedad y del tratamiento; c) la severidad y pronóstico de la enfermedad; y d) la complejidad, tiempo, grado de beneficios y efectos colaterales del tratamiento.(5)

En el caso de la conducta de adherencia a los medicamentos antirretrovirales, la conducta se vuelve más compleja, pues la mayor parte de los pacientes son jóvenes, y les recetan muchos medicamentos diariamente, algunos de ellos con distintas instrucciones, “ser tomados con alimentos”, “tomarse con el estómago vacío”, “tomarse sólo con líquidos”, entre otros. Entonces se conjuntan varios factores que hacen la adherencia al antirretroviral sea muy particular.

En un estudio realizado con pacientes VIH adultos bajo tratamiento antirretroviral se observó que sólo un tercio de los sujetos cumplieron la definición de adherencia. Se observó también que el grado de adherencia presentó una asociación significativa con la carga viral. Las variables psicosociales ansiedad, depresión, apoyo social y estrés mostraron relación con el grado de cumplimiento de los pacientes, y aquellos pacientes con un menor tiempo de infección por VIH mostraron mayor grado de cumplimiento.(13)Lo anterior puede dar a conocer cómo la ansiedad, la depresión y el apoyo social funcionan como barreras, y el tiempo de infección como variable facilitadora para que la persona cumpla con el tratamiento.

Otras investigaciones por su parte, mencionan que las características de la depresión incluyendo apatía y pérdida de energía pueden reducir la motivación hacia el auto cuidado o la adherencia al tratamiento; de forma similar la ansiedad puede estar asociada a tener pensamientos de preocupación sobre efectos potenciales del tratamiento, reduciendo la persistencia del paciente al tratamiento a pesar de sus beneficios potenciales.(4)

Se señala que los pacientes con VIH / SIDA se enfrentan a cuatro obstáculos para la adherencia. En primer lugar, los relacionados con la enfermedad. A este respecto se menciona que los niveles de cumplimiento son consistentemente más bajos en enfermedades crónicas y / o asintomáticas. En segundo lugar, aquellos factores relacionados con los pacientes, (algunos que han mostrado asociaciones inconsistentes

como la edad, la raza, el nivel económico, la disponibilidad de un hogar, y depresión, y en el otro extremo aquellos como el abuso de sustancias, consumo de alcohol que están relacionados con la no adherencia), la medicación sirve como un recordatorio negativo de la propia infección.(12)En tercer lugar los factores relacionados con el proveedor entre los que se encuentran la falta de experiencia, el poco tiempo utilizado en clínicas saturadas, y sobreestimación o subestimación de adherencia por parte de los paciente entre otras. Finalmente, los factores relacionados con el tratamiento entre los cuales incluye los efectos colaterales asociados con los antirretrovirales, y la complejidad del tratamiento (frecuencia de las dosis, carga de pastillas, instrucciones dietéticas, conveniencia y habilidad para incorporar el régimen de tratamiento a la vida diaria del paciente, entre otras).Aparentemente esta forma de organizar los factores que funcionan como obstáculos para la adherencia es útil para comprender el fenómeno, pero también para trazar estrategias que incorporen todos estos ámbitos.

Es importante mencionar que, a pesar del conocimiento existente, se sigue trabajando sobre la existencia de variables psicosociales (particularmente depresión) en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales que pueden influir en la adherencia al tratamiento. En relación a la depresión, hay mayores índices de depresión en hombres heterosexuales seropositivos.(26) Existe una posible influencia de las presiones culturales, prejuicios y poca ayuda específica. Estos datos son de considerarse pues un programa de intervención debe tomar en cuenta que dentro de la población infectada con el virus del VIH / SIDA, existen algunas personas con mayores riesgos de tener depresión o ansiedad y esto a su vez afecta la adherencia terapéutica y debe ser abordado como parte del programa.

La falta de adherencia a los tratamientos antirretrovirales supone la principal amenaza para el fracaso terapéutico de la enfermedad, ya que, a diferencia de lo que ocurre con cualquier otra enfermedad crónica, aumentan los riesgos de transmitir cepas resistentes del virus.(10)

Investigaciones han revelado que existen ciertas razones por la que los pacientes refieren saltarse la toma de medicamentos o no tomarse el medicamento, por olvido (58%) o por causa de los efectos secundarios (30%).(28) Los pacientes que se saltan u omiten los medicamentos por lo general son más jóvenes, beben alcohol con mayor frecuencia, y es

más probable que estén desempleados o temporalmente inhabilitados para trabajar. Un detalle interesante es que la presencia de depresión hace más probable saltarse los medicamentos, sentir que las pastillas son “difíciles de tomar” así como tomarse “vacaciones de los medicamentos”.(13) También es probable que aquellos pacientes a quienes se les prescriben muchos más medicamentos muestran menos adherencia.

En conclusión, aparentemente existen factores que afectan a la mayoría de los pacientes con VIH / SIDA como son el tiempo de infección, la autoeficacia percibida, los índices de depresión y el apoyo social. No queda claro todavía si el conocimiento sobre la enfermedad está tan relacionado como los demás factores. Los anterior da la pauta sobre los factores específicos que influyen en estas poblaciones para que los programas de intervención los tomen cuenta al momento de elegir los contenidos de los mismos, pues aunque se sabe que el padecer un enfermedad crónica aunado a ciertos factores puede incrementar o mermar la adherencia, los pacientes con VIH / SIDA son personas con un perfil muy especial a atender.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Estimarla prevalencia de depresión en pacientes con VIH/ SIDA y su posible asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

CAPITULO IV

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo transversal.

4.2 Población

Pacientes adultos con diagnóstico de VIH/SIDA que acuden a consulta externa de Clínica de VIH en Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y Hospital de Especialidades Rodolfo Robles de Quetzaltenango.

4.3 Tamaño y Selección de la Muestra:

Para una población estimada de 1589 pacientes que son atendidos en clínica de VIH, en el Hospital Juan José Ortega de Coatepeque, y 803 pacientes atendidos en clínica de atención integral del Hospital de Especialidades Rodolfo Robles de Quetzaltenango, con prevalencia esperada de 40%, de acuerdo a estudios revisados, (5,26,30,31) con nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%, la muestra calculada fue de 310 pacientes a evaluar en Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y de 138 en el Hospital de Especialidades Rodolfo Robles de Quetzaltenango

Se realizó muestreo aleatorio simple, los números aleatorios se generaron en el programa en línea Open Epi.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Pacientes mayores de edad que acudieron a consulta, en clínica de VIH/SIDA del Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y Hospital de Especialidades Rodolfo Robles de Quetzaltenango

Exclusión:

Pacientes que acudieron por primera vez a consulta médica.

Pacientes con antecedente de enfermedad oportunista con afectación cerebral diagnosticada previamente (Toxoplasmosis, criptococosis meníngea, linfoma, tuberculosis cerebral, leucoencefalopatía)

Pacientes con déficit neurocognitivo

Pacientes que no desearon formar parte del estudio

4.6 Variables estudiadas

Edad	Nivel de escolaridad
Salario	Tiempo de diagnóstico
Genero	Religión
Orientación sexual	Recuento de CD4
Procedencia	Depresión
Uso de drogas	Adherencia

4.7 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Edad en años del paciente, obtenida en la entrevista.	Cuantitativa	Intervalo	Años
Sexo	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Sexo que el paciente exprese.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

Procedencia	Lugar del cual la persona procede. Urbana: Área geográfica que cuenta con acceso de servicio de salud y servicios básicos. Rural: Área geográfica con escasos de servicios de salud y servicios básicos.	Lugar que el paciente exprese.	Cualitativa	Nominal	Urbana Rural
Nivel de Escolaridad	Grado de escolaridad más alto, alcanzado por una persona.	Nivel de escolaridad que el paciente exprese.	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Diversificado Universitario
Religión	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento y ceremonias que son propias de un determinado grupo con lo que el hombre	Religión que el paciente exprese.	Cualitativo	Nominal	Católico. Evangélico. Mormón. Testigo de Jehová. Otra denominación.

	reconoce una relación con la divinidad.				
Salario Mínimo	Remuneración mínima fijada, que debe percibir cualquier persona por desempeñar un trabajo en jornada laboral completa.	Cantidad de dinero que el paciente establezca en la encuesta, si corresponde a más de Q2700.00 mensuales considerado el salario mínimo en Guatemala.	Cualitativo	Nominal.	Si percibe el salario mínimo. No percibe el salario mínimo.
Orientación sexual.	Preferencia que una persona manifiesta hacia tener relaciones con un mismo o diferente género sexual.	Preferencia que el paciente exprese.	Cualitativo	Nominal	Heterosexual. Homosexual. Bisexual.
Uso de drogas	Consumo actual o anterior de sustancias ilícitas	Consumo o no de drogas, según lo que el paciente exprese.	Cualitativo	Nominal	Si. No.
Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento.	Intervalo de tiempo entre el cual el paciente es diagnosticado	El tiempo que el paciente exprese.	Cuantitativo	Razón o intervalo.	Meses o Años

	de VIH y el inicio de tratamiento dirigido a este cuadro.				
Tiempo de Diagnóstico de la enfermedad	Tiempo que el paciente tiene de haber sido diagnosticado con VIH.	El tiempo que el paciente exprese.	Cuantitativo	Razón o intervalo.	Meses o Años
Recuento de CD4	Número de células por milímetro cúbico de sangre. Estadios 1, 2 y 3 del VIH.	Valor tomado del último recuento de células CD4, en la historia clínica del paciente.	Cuantitativo	Intervalo	Células por milímetro cúbico.
Depresión	Trastorno tipo emocional que se caracteriza por la presencia de tristeza perdida de interés o placer, sentimiento de culpa o pérdida de autoestima.	Según puntaje tomado de escala Montgomery-Asberg.	Cualitativo	Nominal	No depresión. Leve. Moderada. Grave.
Adherencia al tratamiento	Adecuado cumplimiento y apego a esquema de medicamentos para tratar la enfermedad.	Toma adecuada o no de medicamentos, según test de Morisky- Green	Cualitativo	Nominal	Adherente. No adherente.

4.8 Instrumentos utilizados para la recolección e información

Encuesta estructurada, que incluyó la escala de depresión de Montgomery-Asberg y test de Morisky-Green.

4.9 Procedimiento para la recolección de información

El estudio se realizó en los Hospitales Juan José Ortega de Coatepeque y Hospital Rodolfo Robles de Quetzaltenango, se tomó una muestra aleatoria simple del total de pacientes que son atendidos en un año calendario. Se solicitó el listado al personal de enfermería, de los pacientes que asistieron a su cita programada, con el total de los pacientes se les asignó un número del 1 hasta el total de pacientes que consultaron ese día, posteriormente se ingresaron los datos a la página www.openepi.com para seleccionar a los participantes de manera aleatoria. Previo a realizar la entrevista se solicitó consentimiento informado a cada participante, se explicó el objetivo principal del estudio, la confidencialidad de la información recolectada, posteriormente se inició con el interrogatorio.

Los participantes fueron entrevistados por el examinador, quien utilizó la encuesta estructurada, con dos test. El primero de ellos, la escala de depresión de Montgomery-Asberg consta de 10 preguntas (ver anexo), sobre síntomas presentes en el paciente, que sugieren la presencia o no de depresión y la gravedad de depresión si el paciente la presenta. Para cada ítem de esta escala se contemplan 7 grados diferentes de severidad calificados de 0 a 6, anclando los valores pares (0, 2, 4, 6) a unos enunciados, permitiendo las puntuaciones intermedias entre dichos enunciados, cuando existe duda entre cuál de los dos asignar. El puntaje total de la escala se obtuvo sumando los valores seleccionados de cada ítem, con un rango total entre 0 y 60 puntos. Los puntos de corte son de la siguiente manera: 35 o más puntos depresión severa, de 20 a 34 puntos depresión moderada, de 7 a 19 puntos depresión leve, y 6 o menos puntos, sin depresión.

El segundo, Test de Morisky-Green, tiene 4 preguntas (ver anexo), el cual determinó si el paciente se adhirió o no al tratamiento instituido. Consiste en una serie de 4 preguntas

de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Valora si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. El paciente es considerado como cumplidor o adherente si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/No/No/No. Los pacientes fueron considerados adherentes a la farmacoterapia cuando dieron la respuesta correcta a las cuatro preguntas y no adherentes si respondían correctamente a tres o menos preguntas.

Se evaluaron factores demográficos, económicos y sociales en una tercera parte de la entrevista, para detectar si estos pueden influir en la adecuada adherencia al tratamiento. Las respuestas brindadas por los participantes se registraron en la encuesta estructurada para su posterior procesamiento y análisis.

4.10 Procedimiento de análisis de la información

Las variables cualitativas se presentan con frecuencias simples y porcentajes, las cuantitativas con media y desviación estándar. Se utilizó Chi Cuadrado y prueba exacta de Fisher para comparación de variables categóricas, y t de Student para las cuantitativas. Se consideró diferencia significativa si $p < 0.05$. Se usó el programa estadístico Epi Info™ 7.

4.11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos

A cada participante se le proporcionó información verbal del estudio antes de iniciar la entrevista y se solicitó consentimiento informado. Se explicó la confidencialidad de los datos que proporcionaban, dándoles a conocer que no se revelarían sus datos a personas ajenas al estudio y que en ningún momento se publicarían datos con nombres del participante.

CAPITULO V

5.1 RESULTADOS

La edad media de los participantes fue 48.8 años, con una mínima de 18 y máxima de 87; el 58% hombres; 59% provenía del área rural; 56% refirió tener una escolaridad de nivel primario y 25% ningún nivel escolar; 54% dijo ser evangélico y 28% católico; 93% heterosexuales; la edad media del diagnóstico de VIH/SIDA fue 8.25 años (Tabla 1).

Tabla1. Características generales

Características	n = 448 (%)
Edad en años, media (DE)	48.8 (13.5)
Sexo, n (%)	
Hombres	260 (58)
Mujeres	188 (42)
Procedencia, n (%)	
Rural	265 (59)
Urbano	183 (41)
Escolaridad, n (%)	
Ninguna	112 (25)
Primaria	251 (56)
Secundaria	38 (8)
Diversificado	25 (6)
Universitario	22 (5)
Religión, n (%)	
Evangélico	242 (54)
Católico	124 (28)
Mormón	4 (1)
Sin religión	78 (17)
Orientación sexual, n (%)	
Heterosexual	419 (93)
Homosexual	27 (6)
Bisexual	2 (1)
Salario, n (%)	
Menor de Q. 2700.00	368 (82)
Mayor de Q. 2700.00	80 (18)
Años de diagnóstico de la enfermedad, media (DE)	8.25 (4.5)
Adherencia al tratamiento antirretroviral, n (%)	265 (59)

De acuerdo a la prueba de Montgomery-Asberg, la prevalencia de depresión fue del 18% (n =81). El 11% presentó depresión leve, 3% moderada y 1% depresión severa. Al relacionar las características de los pacientes con la presencia de depresión, se encontró más depresión en los que refirieron consumo de drogas ($p < 0.001$), menor recuento de

células CD4 ($p=0.005$) y en los que tenían menos tiempo de diagnóstico de VIH/SIDA ($p<0.001$). Con las demás características no se encontró posible asociación (Tabla 2).

Tabla 2. Características generales y depresión

Característica	Depresión n = 81 (18%)	No depresión n = 367 (82%)	Valor p
Edad en años, media (DE)	41.91 (13.77)	43.06 (13.51)	0.489
Sexo, n (%)			
Masculino	47 (18)	213 (82)	0.546
Femenino	34 (18)	154 (82)	
Procedencia, n (%)			
Rural	42 (16)	223 (84)	0.169
Urbano	39 (21)	144 (79)	
Escolaridad, n (%)			
Si escolaridad	60 (18)	276 (82)	0.887
No escolaridad	21 (19)	91 (81)	
Religión, n (%)			
Evangélico	49 (20)	193 (80)	0.502
Católico	20 (16)	104 (84)	
Mormón	0 (0)	4 (100)	
Sin religión	12 (15)	66 (85)	
Orientación sexual, n (%)			
Heterosexual	66 (16)	353 (84)	NA*
Homosexual	13 (48)	14 (52)	
Bisexual	2 (100)	0 (0)	
Uso de drogas, n (%)			
Si	12 (46)	14 (54)	<0.001
No	69 (16)	353 (84)	
Salario, n (%)			
Menor de Q. 2700.00	69 (18)	304 (82)	0.742
Mayor de Q. 2700.00	12 (16)	63 (84)	
Recuento de CD4, n (%)			
< 200 c/mm ³	21 (27)	55 (73)	0.005
200 –500 c /mm ³	46 (19)	190 (81)	
> de 500c/mm ³	14 (10)	122 (90)	
Adherencia al tratamiento, n (%)			
Adherente	40 (15)	225 (85)	0.060
No adherente	41 (22)	142 (78)	
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad en años, media (DE)	6.64 (4.62)	8.60 (4.51)	<0.001

*NA: No aplica

En cuanto a la adherencia al tratamiento antirretroviral, se encontró que los adherentes tenían una edad promedio mayor ($p < 0.001$), la mayoría refirió no tener escolaridad ($p = 0.002$), no consumía drogas ($p < 0.001$), no refirió dificultad para cumplir el tratamiento ($p < 0.001$), no abandono de tratamiento por efectos adversos ($p < 0.001$) y tenía más tiempo de diagnóstico de la enfermedad ($p < 0.001$) (Tabla 3). Según el presente estudio la adherencia no se asoció al estado anímico de los pacientes (depresión).

Tabla 3. Características generales y adherencia al tratamiento antirretroviral

Característica	Adherencia n = 265 (59%)	No adherencia n = 183 (41%)	Valor p
Edad en años, media (DE)	45.33 (13.39)	39.26 (13.00)	<0.001
Sexo, n (%)			
Masculino	155 (57)	105 (43)	0.845
Femenino	110 (59)	78 (41)	
Procedencia, n (%)			
Rural	162 (61)	103 (39)	0.328
Urbano	103 (56)	80 (44)	
Escolaridad, n (%)			
Si escolaridad	185 (55)	151 (45)	0.002
No escolaridad	80 (71)	32 (29)	
Religión, n (%)			
Evangélico	143 (59)	99 (41)	0.323
Católico	79 (63)	45 (37)	
Mormón	3 (75)	1 (25)	
Sin religión	40 (51)	38 (49)	
Orientación sexual, n (%)			
Heterosexual	254 (60)	165 (40)	0.052
Homosexual	10 (37)	17 (63)	
Bisexual	1 (50)	1 (50)	
Uso de drogas, n (%)			
Si	7 (27)	19 (73)	<0.001
No	258 (61)	164 (39)	
Salario, n (%)			
Menor de Q. 2700.00	228 (60)	145 (40)	0.071
Mayor de Q. 2700.00	37 (49)	38 (51)	
Recuento de CD4, n (%)			
< 200 c/mm ³	43 (57)	33 (43)	0.867
200 –500 c /mm ³	140 (59)	96 (41)	
> de 500c/mm ³	82 (60)	54 (40)	
Dificultad al cumplir el tratamiento, n (%)			
Si	2 (11)	17 (89)	
No	263 (61)	166 (39)	<0.001
Abandono de tratamiento por efectos adversos, n (%)			
Si	2 (13)	13 (87)	<0.001
No	263 (61)	170 (39)	
Recibió información sobre su enfermedad, n (%)			
Si	261 (60)	175 (40)	0.078
No	4 (33)	8 (67)	
Facilidad de acceso a la clínica, n (%)			
Si	149 (62)	91 (38)	0.178
No	116 (56)	92 (44)	
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad en años, media (DE)	8.70 (4.55)	7.19 (4.23)	<0.001

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que la prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH fue 18% y se halló posible asociación de la depresión, con el uso de drogas, conteo de CD4 bajo y tiempo de diagnóstico de la enfermedad. También que el 50% llevaban una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.

Las personas infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general, hay reportes que uno de cada 3 infectados de VIH padecen depresión.(12) Hay varios estudios que se han enfocado en los trastornos neuropsiquiátricos asociados al VIH, en los cuales han catalogado al virus del VIH como neuroinvasivo, neurotrófico y neurovirulento, afectando preferentemente neocórtex frontal, ganglios basales y los tractos fronto-estriado-tálamo-corticales, lo cual puede explicar parte del comportamiento neuropsiquiátrico en los pacientes con VIH/SIDA.(32–36) La prevalencia de depresión en el presente estudio fue 18%, comparable a lo reportado en estudios en donde la prevalencia puede oscilar desde 10% hasta un 58%.(5,26,30,31,37) La baja prevalencia encontrada puede ser debido al método de comprobación usado (test de Montgomery-Asberg) siendo este un test de diagnóstico, pues en la mayoría de estudios se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y el Inventario de Depresión de Beck, los cuales son de cribado.(38,39) Además el tiempo de diagnóstico más largo (una media de 8.25 años) en este estudio, comparada a los estudios revisados puede influir en la baja prevalencia encontrada, pues a mayor tiempo de diagnóstico menor de presión. (4,26,40,41)

Estudios revelan que depresión y abuso de sustancias ilícitas comúnmente se encuentran al mismo tiempo en pacientes con infección de VIH/SIDA.(42,43) En este estudio se encontró posible asociación entre uso de drogas (en su mayoría consumo de alcohol y en menor porcentaje marihuana u otras sustancias psicoactivas) y depresión. En otras investigaciones reportan que pacientes con consumo de alcohol comparado a los que no beben, presenta más síntomas depresivos, por ser el alcohol una sustancia depresogena a nivel del sistema nervioso central.(43,44) La depresión es un factor de riesgo para el abuso de sustancias, principalmente alcohol. Este mayor porcentaje en el uso de drogas entre los

pacientes con depresión, puede atribuirse a que se busca un alivio y salida temporal a los problemas emocionales y psicosociales, lo que podría condicionar a su mayor consumo, pues hay reportes que cualquier droga consumida en exceso causa una activación directa del sistema de recompensa del cerebro, o que refuerza comportamientos y produce recuerdos que hacen que la persona ignore u olvide sus actividades y entorno normales.(43,45)

La prevalencia de depresión en pacientes con VIH es mayor cuando el conteo de CD4 esta disminuido especialmente menor de 200 células/mm³(12,30,46), estudios han encontrado que una carga viral alta y CD4 bajo se asocia a neurodegeneración.(36) Otros reportan un incremento dos veces mayor en la prevalencia de depresión en pacientes con recuentos de CD4 menor de 200 células/mm³, comparado aquellos con conteos mayores.(30,31) Este estudio encontró una asociación significativa entre depresión y conteo bajo de CD4 (menor de 200 células/mm³). Estos hallazgos soportan lo reportado por investigaciones anteriores, donde la progresión acelerada del VIH se asoció a más síntomas depresivos, debido a la neurodegeneración que van experimentado estos pacientes.(47)

La depresión es muy prevalente en pacientes con diagnostico reciente de VIH(48), pero hay escasos reportes en cuanto a un mayor tiempo de diagnóstico de VIH/SIDA y la presencia de depresión. Se ha evidenciado en estudios previos que a mayor cantidad de años con diagnóstico de VIH, menor depresión(12), mientras que otros revelan lo contrario, en los que el estrés, la depresión y los problemas funcionales (problemas de movilidad, relacionados a actividad usual y autocuidado) fueron más frecuentes a mayor tiempo de diagnóstico (41). En este estudio se encontró que a mayor cantidad de años con diagnóstico de VIH menos depresión se observa en los pacientes. Esto debido quizá a la aceptación psicosocial por parte del propio paciente, lo cual está asociado a los conocimientos que van adquiriendo sobre su enfermedad a través de medios informáticos y por parte de la red de servicios de salud enfocados a este tipo de pacientes (clínicas de atención integral de pacientes con VIH/SIDA).

Se evaluó otras variables asociadas a depresión como el grupo etario, sexo, procedencia, escolaridad, religión e ingresos económicos, los cuales no mostraron una relación significativa para la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo en otros estudios la depresión fue más frecuente en el sexo femenino, personas sin trabajo, con ingreso económico bajo, migrantes y en homosexuales.(4,12,37)

De los pacientes que presentaron depresión, el 50% tenía una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. La adherencia se asoció a mayor edad de los pacientes, quienes no tenían escolaridad, no usaban drogas, no tenían dificultad para cumplir el tratamiento, no abandonaban el tratamiento por efectos adversos y quienes tenían más años de diagnóstico con VIH/SIDA. La depresión no se asoció a la adherencia al tratamiento antirretroviral.

6.2 CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral fue del 18%.
- La presencia de síntomas depresivos no guarda relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA.

6.3 RECOMENDACIONES

- Utilizar un test estandarizado para el diagnóstico de depresión, y poder clasificar a los pacientes que presenten esta enfermedad, entre leve, moderada y severa, así brindar el tratamiento oportuno.
- Brindar información adecuada a los pacientes y a sus familiares sobre el riesgo que corren al no tener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, así lograr que más del 70% de pacientes sean adherentes.
- Estandarizar en todas las redes de salud enfocadas en la atención de pacientes con VIH/SIDA, la adecuada información hacia los pacientes y familiares, sobre que es el VIH, sus complicaciones y la importancia de una adecuada adherencia.

CAPITULO VII

7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moore RD. Epidemiology of HIV infection in the United States: implications for linkage to care. Infectious Diseases Society of America [Internet]. el 15 de enero de 2011 [citado el 26 de julio de 2018];S208-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21342909>
2. Naif HM. Pathogenesis of HIV Infection. Infectious disease reports [Internet]. el 6 de junio de 2013 [citado el 26 de julio de 2018];5(Suppl 1):e6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24470970>
3. Garcia J. Vigilancia Epidemiologica del VIH [Internet]. Guatemala; 2017. Disponible en: [http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones 2017/VIH/Informe VIH enero a junio 2017 JG real 15ago2017.pdf](http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202017/VIH/Informe%20VIH%20enero%20a%20junio%202017%20JG%20real%2015ago2017.pdf)
4. Bhatia M, Munjal S. Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing art and factors associated with it. J Clin Diagnostic Res [Internet]. octubre de 2014 [citado el 26 de julio de 2018];8(10):WC01–4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25478433>
5. Alcántara N. Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con VIH [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2008 [citado el 26 de julio de 2018]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/403>
6. Gonzalez J, Batchelder A, Psaros C, Safren S. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: A review and meta-analysis. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. el 1 de octubre de 2011 [citado el 26 de julio de 2018];58(2):181–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21857529>
7. Searo, Hampton G. UPDATE ON ANTIRETROVIRAL REGIMENS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION AND UPDATE ON EARLY INFANT DIAGNOSIS OF HIV POLICY BRIEF HIV TREATMENT-INTERIM GUIDANCE. En:

- World Health Organization 2018 [Internet]. 2018 [citado el 26 de julio de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>.
8. Sharp PM, Hahn B. Origins of HIV and the AIDS pandemic. Cold Spring Harbor perspectives in medicine [Internet]. septiembre de 2011 [citado el 26 de julio de 2018];1(1):a006841. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22229120>
 9. Carvalho A, Pinto C. Modeling the dynamics of the three stages of HIV infection. IFAC [Internet]. el 1 de enero de 2015 [citado el 26 de julio de 2018];48(1):190–1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405896315002001>
 10. NIH, National Institute of Health. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents [Internet]. 2016 [citado el 26 de julio de 2018]. 1–288 p. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>
 11. Schneier FR. Social Anxiety Disorder. N Engl J Med [Internet]. el 7 de septiembre de 2006 [citado el 26 de julio de 2018];355(10):1029–36. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMcp060145>
 12. Gaynes B, O'Donnell J, Nelson E, Heine A, Zinski A, Edwards M, et al. Psychiatric comorbidity in depressed HIV-infected individuals: Common and clinically consequential. General Hospital Psychiatry [Internet]. 2015 [citado el 26 de julio de 2018];37(4):277–82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25892152>
 13. Sledjeski E, Delahanty D, Bogart L. Incidence and Impact of Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Depression on Adherence to HAART and CD4 + Counts in People Living with HIV. AIDS Patient Care STDS [Internet]. 2005;19(11):728–36. Disponible en: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/apc.2005.19.728>
 14. Sin N, DiMatteo R. Depression Treatment Enhances Adherence to Antiretroviral Therapy: a Meta-Analysis. Ann Behav Med [Internet]. el 14 de junio de 2014 [citado el 26 de julio de 2018];47(3):259–69. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24234601>
 15. Belmaker RH, Agam G. Major Depressive Disorder. N Engl J Med [Internet]. el 3 de enero de 2008 [citado el 26 de julio de 2018];358(1):55–68. Disponible en:

<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra073096>

16. Lill S. Diagnosing Depression in Older Adults in Primary Care. *New Engl Journal Med* [Internet]. 2015 [citado el 26 de julio de 2018];33(3):260–8. Disponible en: <https://nsduhweb.rti.org/>
17. American Psychiatric Association. Criterios Diagnósticos del DSM V [Internet]. Arlington, Virginia ; 2014 [citado el 27 de julio de 2018]. 492 p. Disponible en: www.appi.org
18. Murphy P, Garrido-Hernansaiz H, Mulcahy F, Hevey D. HIV-related stigma and optimism as predictors of anxiety and depression among HIV-positive men who have sex with men in the United Kingdom and Ireland. *AIDS Care* [Internet]. el 2 de septiembre de 2018 [citado el 26 de julio de 2018];30(9):1173–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29494229>
19. Kessler R, Bromet E. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2013 [citado el 26 de julio de 2018];34:119–38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514317>
20. Hiemke C, Härtter S. Pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacol Ther* [Internet]. el 1 de enero de 2000 [citado el 27 de julio de 2018];85(1):11–28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163725899000480>
21. Avarez M, Atienza G, Avila M. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2014a ed. Galica, España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014 [citado el 27 de julio de 2018]. 264 p. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
22. Williams J, Barrett J, Oxman T, Ellen F, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of Dysthymia and Minor Depression in Primary Care. *JAMA* [Internet]. el 27 de septiembre de 2000 [citado el 27 de julio de 2018];284(12):1519. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.284.12.1519>
23. Park YJ, Shin HJ, Ryu HS, Cheon SH, Moon SH. The Predictors of Postpartum Depression. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. el 1 de agosto de 2004 [citado el 27 de

julio de 2018];34(5):722. Disponible en:

<https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2004.34.5.722>

24. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clinica* [Internet]. 2002 [citado el 27 de julio de 2018];Vol. 118:493–9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223>
25. Gautam S, Jain A, Gautam M, Vahia V, Grover S. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian J Psychiatry* [Internet]. enero de 2017 [citado el 27 de julio de 2018];59(Suppl 1):S34–50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28216784>
26. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. mayo de 2001 [citado el 26 de julio de 2018];158(5):725–30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11329393>
27. OMS. OMS | El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [citado el 27 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
28. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* [Internet]. mayo de 2008 [citado el 26 de julio de 2018];10(5):348–54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18453793>
29. Garcia F, Ruiz del Valle D, Ochoa J. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martin Icaza”. *Revista Científica Mundo de La Investigación y El Conocimiento* [Internet]. marzo de 2017;849–65. Disponible en: <file:///C:/Users/Gibber/Downloads/Dialnet-FactoresQueInfluyenEnLaNoAdherenciaAlTratamientoAn-5889740.pdf>
30. Wolff C, Alvarado M, Wolff R. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la

depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura Depression in HIV infection: Prevalence, risk factors and management. *Revista chilena de infectología* [Internet]. 2009;27(1):65–74. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf>

31. Olisah VO, Adekeye O, Sheikh TL. Depression and CD4 Cell Count Among Patients With HIV in a Nigerian University Teaching Hospital. *Int J Psychiatry Med*. el 1 de abril de 2016;48(4):253–61.
32. Mantilla JC, Cárdenas N. Hallazgos neuropatológicos de la infección por VIH-SIDA: estudio de autopsias en el. *Revista colombiana de Psiquiatría*[Internet]. 2009 [citado el 13 de mayo de 2019];40. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc09058>
33. Ayuso JL, Gómez Del Barrio JA. Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la infección por VIH [Internet]. 2009 [citado el 13 de mayo de 2019]. Disponible en: https://psiquiatria.com/tratado/cap_26.pdf
34. Irargorri ÁM. Demencia asociada con infección con VIH. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2008 [citado el 13 de mayo de 2019];37(1):81–93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000100007&lng=es&nrm=iso
35. Castillo A, Rincón-Hoyos HG, Lewis JE, Vélez JD, Bersh S, Penedo F, et al. Psychosocial and Clinical Characteristics and Psychiatric Co-morbidity Among Men and Women... Psychosocial and Clinical Characteristics and Psychiatric Co-morbidity Among Men and Women with HIV/AIDS under Medical Treatment at a Tertiary Health Care Center in Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2008 [citado el 11 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n1/v37n1a03.pdf>
36. Andrés J, De Bedout D, Castrillón JG, Rascovsky S, María García L, Mario Vélez J, et al. Cambios cerebrales en la morfometría en pacientes con VIH [Internet]. Vol. 41, *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2012 [citado el 11 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a02.pdf>
37. Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguin L. VARIABLES PSICOLÓGICAS EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA: UN [Internet]. Vol. 5, *Univ*.

- Psychol. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana; 2006 [citado el 26 de julio de 2018]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/universitas-psychologica/articulo/variables-psicologicas-en-mujeres-diagnosticadas-con-vihsida-un-estudio-correlacional>
38. Del M, Beltrán C, Freyre M-Á, Hernández-Guzmán L. The Beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Terapia Psicológica*[Internet]. 2012 [citado el 29 de mayo de 2019];30:5–13. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art_01.pdf
 39. González-Forteza C, Wagner Echeagaray FA, Jiménez Tapia A. Escala de Depresión del Centro de Estudios epidemiológicos (CES-D) en México: Análisis bibliométrico. *Rev Psiquiatr*[Internet]. [citado el 29 de mayo de 2019];35(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a3.pdf>
 40. Hammer S. Management of Newly Diagnosed HIV Infection. *N Engl J Med* [Internet]. el 20 de octubre de 2005 [citado el 26 de julio de 2018];353(16):1702–10. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMcp051203>
 41. McGowan J, Sherr L, Rodger A, Fisher M, Miners A, Anderson J, et al. Age, time living with diagnosed HIV infection, and self-rated health. *HIV Med.* 2016;18(2):89–103.
 42. Schuman W, Mrazek D, Tipnis T, Pao M, D'Angelo L, Lyon M. Psychiatric diagnoses in adolescents seropositive for the human immunodeficiency virus. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(3):240.
 43. Morton S, Shapiro M, Turner B, Ortiz-Barron L, Eggan F, Sherbourne CD, et al. Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;58(8):721.
 44. Pence B, Miller W, Whetten K, Eron J, Gaynes B. Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the southeastern United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2006;42(3):298–306. Disponible en: <https://embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L44050007%0Ahttp://dx.doi.org/10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa>

45. Salazar LM, De la Hoz A, Gaviria R, Valderrama S, Gómez C. Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2017 [citado el 13 de mayo de 2019];58. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/19790/15805>
46. Olisah VO, Adekeye O, Sheikh TL. Depression and CD4 Cell Count Among Patients With HIV in a Nigerian University Teaching Hospital. *Int J Psychiatry Med*. 2016;48(4):253–61.
47. Bunnell R, Kaharuza F, Moss S, Purcell D, Wamai N, Downing R, et al. Depression and CD4 cell count among persons with HIV infection in Uganda. *AIDS Behav*. 2006;10(SUPPL. 7):105–11.
48. Bhatia R, Hartman C, Kallen M, Graham J, Giordano T. Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: Results from the steps study. *AIDS Behav*. 2011;15(6):1161–70.

CAPITULO VIII

ANEXO No.1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS CON ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
INTERNA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Depresión en pacientes con VIH/SIDA en Hospital Juan José Ortega de Coatepeque y
Hospital de Especialidades Rodolfo Robles de Quetzaltenango

HC: _____ Procedencia _____ Masculino ____ Femenino ____ Edad _____
Escolaridad _____ Religión _____ Orientación Sexual _____

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad. _____

Tiempo después de diagnóstico e inicio de tratamiento. _____

I SERIE

1. Tristeza observada.
 0. Sin tristeza.
 2. Parece decaído pero se anima sin dificultad.
 4. Parece triste y desgraciado la mayor parte del tiempo.
 6. Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido.

2. Tristeza declarada por el paciente.
 0. Tristeza esporádica según las circunstancias.
 2. Triste o decaído, pro se anima sin dificultad.
 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas.
 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable.

3. Tensión interna.
 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera.
 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.
 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad.
 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.

4. Sueño reducido.
 0. Duerme como siempre.
 2. Ligeramente dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.
 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas.
 6. Menos de 2 o 3 horas de sueño.

5. Apetito reducido.
 0. Apetito normal o aumentado.
 2. Apetito ligeramente reducido.
 4. Sin apetito. La comida es insípida.
 6. Necesita persuasión para comer algo.

6. Dificultades para concentrarse.
 0. Ninguna dificultad para concentrarse.
 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos.
 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.
 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.

7. Lasitud (debilidad)
 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
 2. Dificultades para empezar actividades.
 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.

8. Incapacidad para sentir.
 0. Interés normal por el entorno y por otras personas.
 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos.
 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los pacientes próximos y amigos.

9. Pensamientos pesimistas
 0. Sin pensamientos pesimistas.
 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio.
 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro.
 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables.

10. Pensamientos suicidas.
 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
 4. Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

II SERI (Test de Morisky-Green)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
Sí_____ No_____

2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?
Sí_____ No_____

3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?
Sí_____ No_____
4. Si alguna vez le sienta mal la medicación ¿Deja usted de tomarla?
Sí_____ No_____

SERIE III (Si una respuesta de la serie II es afirmativa, pasar esta serie)

1. Factores relacionados al individuo
- a. ¿Uso de drogas y/o alcohol? Si_____No_____
- b. ¿Fuente de ingreso?
- Trabajo o negocio Si_____No_____
- ¿Ingreso mensual?¹ Menor a Q. 2700 _____
- Mayor a Q. 2700 _____
2. Factores relacionados a la enfermedad
- a. Recuento CD4²:
- Menor a 200 células/ ul._____
- Entre 200 a 500 células/ ul_____
- Mayor a 500 células/ ul_____
3. Factores relacionados al régimen terapéutico
- a. ¿Cree que el tratamiento es muy difícil para ser cumplido en su totalidad?
Si_____No_____
- b. ¿Cuándo el medicamento le hace mal, dejado de tomarlo?
Si_____ No_____
4. Factores relacionados a los servicios médicos
- a. ¿Ha recibido información adecuada sobre su enfermedad y la toma de los medicamentos por parte del personal médico y paramédico?
Si_____No_____
- b. ¿Le es fácil venir a esta clínica de atención integral?
Si_____No_____

¹ Salario mínimo para Guatemala, según acuerdo gubernativo 297-2017.

² Estadios 1, 2 y 3 del VIH.(9)

Anexo No. 2

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)^{1,68}

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza 1. 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad 3. 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo 5. 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias 1. 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad 3. 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas 5. 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera 1. 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido 3. 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad 5. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre 1. 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado 3. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h 5. 6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado 1. 2. Apetito ligeramente reducido 3. 4. Sin apetito. La comida es insípida 5. 6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lاسitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lاسitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruína.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruína, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

Anexo No. 3

Test de Morisky- Green.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
Sí No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
Sí No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
Sí No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Sí No

Anexo No. 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Confirmando que se me ha dado información de manera verbal, con respecto al registro y entrevista que se me realizara. He tenido tiempo para considerar mi participación, de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Acepto que mi historial médico (si fuera necesario) pueda ser revisado por las personas encargadas de este estudio. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y que el rechazo a participar no implicara penalización alguna o pérdida de beneficios para mí.

Doy pues mi consentimiento para participar en el estudio:

Nombre del paciente: _____

Firma o huella digital _____

Persona encargada de realizar la entrevista

Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de esta entrevista al paciente, familiares o a sus representantes legales autorizados.

Nombre: _____

Firma: _____

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL" para uso de consulta académica, sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.