

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

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE VIH EN BASE AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ESTADIO CLÍNICO
DE VIH AVANZADO**

MARÍA XIMENA SOTO FAJARDO

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 Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

ENERO 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: María Ximena Soto Fajardo

Carné Universitario No.: 100022826

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el trabajo de tesis **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH EN BASE AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ESTADÍO CLÍNICO DE VIH AVANZADO”**

Que fue asesorado: Dr. Jorge Enrique Villar Anleu

Y revisado por: Dr. See King Emilio Quinto Barrera

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 19 de agosto de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala 27 de Abril 2015

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz M.Sc.
Coordinador General
Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Dr. Ruiz:

Por este medio le informo que en mi calidad de asesor del trabajo de tesis: **"Prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH en base al tiempo de evolución y estadio clínico de VIH avanzado, en la clínica de enfermedades infecciosas. Departamento de Medicina Interna, Hospital Roosevelt"** de la Dra. María Ximena Soto Fajardo, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post- Grado de Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted,



Atentamente

Jorge E. Villar A.
Medico y Cirujano Colegiado 2236

Dr. Jorge Enrique Villar Anleu
Asesor de Tesis
Post-Grado de Psiquiatría
Hospital Nacional de Salud Mental

c.c Comité de Selección, Evaluación y Promoción, Hospital Nacional de Salud Mental

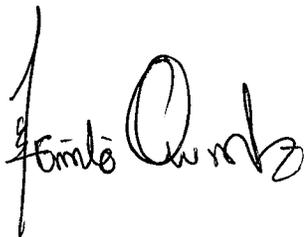
Guatemala 27 de Abril 2015

Doctor
Luis Ruiz
Coordinador General de Programas de Maestrías y Especialidades
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Dr. Ruiz:

Por este medio le informo que revise el contenido del informe final de Tesis con título: "Prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH en base al tiempo de evolución y estadio clínico de VIH avanzado, en la clínica de enfermedades infecciosas, departamento de Medicina Interna, Hospital Roosevelt" de la Dra. María Ximena Soto Fajardo, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post- Grado de Psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted



Atentamente

Dr. See King Emilio Quinto Barrera
Revisor de Tesis
Clínica Humanamente

Emilio Quinto B.
SIGNATURA
2015/04/27

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Páginas
ÍNDICE DE TABLAS	ii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1 Aspectos conceptuales de la depresión	3
2.2 Virus de la inmunodeficiencia humana	4
2.3 Epidemiología	6
2.4 Características clínicas del cuadro depresivo	9
III. OBJETIVOS	17
3,1 Objetivo general	17
3.2 Objetivo específico	17
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	18
V. RESULTADOS	24
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS	34
6.1 Conclusiones	37
6.2 Recomendaciones	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
VIII. ANEXOS	
8.1 Anexo No. 1	43
8.2 Anexo No. 2	45
8.3 Anexo No. 3	46

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
1) Tabla 1 Características demográficas de los participantes del estudio.	26
2) Tabla 2 Características demográficas de los pacientes con VIH y rango de depresión	28
3) Tabla 3 Características demográficas de pacientes con VIH avanzado y nivel de depresión	29
4) Tabla 4 Depresión en base al tiempo de evolución y estadio clínico.	31
5) Tabla 5 Características del grupo control.	32
6) Tabla 6 Medición estadística de los niveles de depresión.	33
7) Tabla 7 Nivel de significancia estadística en los grupos estudiados.	36

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Niveles de Depresión	24
---------------------------------	----

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de depresión en pacientes con recién diagnóstico de no más de un año de VIH en base al tiempo de evolución y estadio clínico de VIH avanzado, en el hospital Roosevelt en la clínica de infectología, en el periodo comprendido durante los meses de febrero 2013 a febrero 2014. **METODOLOGÍA:** investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población estudiada consiste en 165 personas, 52.12% personas viviendo con VIH, 47.87% con VIH avanzado, quienes estuvieron de acuerdo con el estudio, se utilizó un instrumento de recolección de datos y el inventario de Depresión de Beck, **RESULTADOS:** El valor promedio de depresión en la escala de Beck del grupo de VIH fue de 18.52 – 23.29, VIH avanzado fue 23.02.84 – 28.67, contra un 7.88 – 10.26 para el grupo control. **CONCLUSIONES:** Se identificó una mayor prevalencia de depresión en pacientes con VIH/VIH avanzado, respecto al grupo control. Se encontró nivel de significancia menor de 0.005 por lo que en base a la media que se estableció se puede concluir que existe una prevalencia mayor de depresión en pacientes con VIH avanzado respecto a los pacientes con VIH.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de depresión constituyen un grupo de trastornos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que evidencia la alteración de diferentes funciones psicológicas, entre las que cabe mencionar la cognición, el humor, patrón de sueño, conducta. En el caso de los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia secundario al diagnóstico de la infección (Claudia Wolff L, Rubén Alvarado M. y Marcelo Wolff R, 2009).

En la actualidad, en América y otros continentes se han realizado estudios donde se evidencia la asociación del VIH a trastornos psiquiátricos. Un estudio realizado en Estados Unidos demostró que más de la mitad de una población de 2864 pacientes infectados con VIH presentó un desorden psiquiátrico, de éstos el 60% presentó un trastorno depresivo, así como el 40% reportó el uso de alguna droga ilícita (Bing EG, Burnam Ma, Longshore D, 2001). Asimismo, un estudio realizado en México mostró para los niveles de depresión obtenidos de una muestra de 160 pacientes, que 70.63% tuvo una puntuación normal, 10.63% se encontró con reacción de ansiedad y 18.76% calificaron con depresión, de los cuales 1 alcanzó niveles de depresión severa, mientras que el resto calificó con depresión moderada. (Galindo Sainz J, Ortega Ramírez M, 2010, p129-133). En otros países de América Latina también se han realizado investigaciones similares que evidencian la comorbilidad entre VIH y depresión, "considerable número de participantes (23.4%) presentó altos niveles de ansiedad. Algunos (10.63%) presentaron altos niveles de depresión" (Arrivillaga Quintero M, Lopez Martinez J, Ossa Toro AM, 2006), "De la población estudiada se obtuvo 14% depresión leve, 18.6 depresión moderada, 25.5% depresión severa; (...)" (Martí Carvajal A, Lima A, Lezama Y, Jara Y, Hernández L, 2006).

En Guatemala no existe investigación análoga a la mencionada anteriormente, la presencia de depresión en personas con VIH ha sido poco explorada. Este estudio pretende comenzar a llenar ese vacío, con el objetivo de identificar la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH en base al estadio clínico de la infección, y la prevalencia de depresión

en esta población asociada al consumo de sustancias. A un nivel clínico, los resultados de esta investigación pretender acompañar y dar elementos científicos para el mejoramiento de los programas de atención a pacientes viviendo con VIH.

II. ANTECEDENTES

1. Aspectos conceptuales de Depresión

Un concepto que ha trascendido en el tiempo, descrito, diagnosticado y tratado de múltiples formas, actualmente la depresión es considerada una de las enfermedades provocadoras de mayor discapacidad a nivel mundial, generando disfunción familiar y social.

A finales del siglo XIX la depresión era sinónimo de melancolía. Kraepelin describió “una depresión que llegó a ser conocida como la melancolía involutiva” agrupando los síndromes depresivos en psicosis maniaco-depresivas (Sadock, James B, Sadock, Alcott V, 2007, p 528, Vallejo Ruiloba J, Leal Cercó C, 2012). De esta forma su teoría fue importante en el siglo XX, dejando un legado para que se produjeran investigaciones importantes, como la de Leonhard quien diferenció las formas bipolares de las unipolares depresivas (Vallejo Ruiloba J, Leal Cercó C, 2012).

Un cambio importante en la clasificación de las depresiones fue la aparición del Manual de clasificación y Estadística de los trastornos Mentales (DSM-III), de esta forma la melancolía queda relegada en el DSM-III-R (Vallejo Ruiloba J, Leal Cercó C, 2012), y en los manuales posteriores DSM-IV y DSM V ya no se contempla su introducción.

Según describe Vallejo, la depresión tiene tres significados importantes que se deben considerar como síntoma, síndrome y enfermedad o incluso como vivencia normal del ser humano ante acontecimientos de la vida, haciendo evidente la polémica en la descripción y clasificación de los trastornos afectivos.

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de trastornos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que conforman la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas como la afectividad, la cognición, la psicomotricidad y la conducta (Vallejo Ruiloba J, Leal Cercó C, 2012).

2. Virus de Inmunodeficiencia Humana

VIH es la abreviatura de lo que se conoce como infección por el virus de inmunodeficiencia humana y SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Para clasificar a un paciente como portador de VIH o haber desarrollado SIDA existen unos parámetros diagnósticos, en base a conteo de células T CD4 y a enfermedades definatorias asociadas.

Fue en 1983, dos años después de los primeros reportes del virus en humanos, que fue definido el virus de la inmunodeficiencia humana tipo I HIV-1 como la causa primaria del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Barré-Sinoussi F, et al, 1983). Las formas de transmisión son diversas, como el contacto sexual con una persona infectada, el compartir jeringas, transmisión madre a hijo, transmisión en riesgos laborales, transmisión por transfusión de sangre o factores de coagulación. El contagio no tiene fronteras para su expansión respecto a edad, sexo, clase social, etc., aunque sí se pueden establecer ciertas correlaciones entre todos estos factores y VIH¹.

Se conoce el síndrome viral agudo de la infección primaria por HIV, que es el periodo desde la infección inicial con HIV hasta el desarrollo de respuestas de anticuerpos (Reyes-Terán G et al, 2005). Después de la infección aguda habitualmente se alcanza un equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmune del huésped, y es probable que muchas personas infectadas no presenten manifestaciones clínicas de la infección por HIV durante años. Aun en ausencia de tratamiento antirretroviral, este período de latencia clínica puede durar 8-10 años o más. Al final del período de latencia, pueden aparecer diversos síntomas o enfermedades que no cumplen con la definición de SIDA. Estos incluyen leves signos inmunológicos, dermatológicos, hematológicos y neurológicos. También pueden

¹ Existen estudios que relacionan las condiciones socioambientales con la prevalencia de VIH. Esto, obviamente, no implica ninguna relación causal, solamente indica una mayor exposición a los factores de riesgo de infección como función de la situación socioeconómica, cultural, etc. Algunos estudios que ilustran esta relación: a) En un estudio realizado en Uruguay se encontró una prevalencia de 6.5% para la infección VIH en prisión, la elevada transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA en prisión se ve favorecida por una serie de factores como la drogodependencia entre reclusos, el hacinamiento, las pobres condiciones higiénicas (Macri Troya M, Berthier Vila R, 2010). b) La prevalencia de compartir indirectamente Material de Inyección (CIMI) es mayor que la de inyección con jeringas usadas. Para un porcentaje relevante, las únicas conductas de riesgo de inyección son las prácticas de CIMI. Estas y el escaso uso del preservativo, especialmente con la pareja estable, pueden estar contribuyendo a la extensión del virus de la inmunodeficiencia humana y al virus de la hepatitis C o B (Bravo MJ, et al, 2004).

desarrollarse los síntomas generales tales como la fiebre, la pérdida de peso, la sudoración nocturna y la diarrea. En esta situación, el valor de 200 CD4 células/μl es un punto de corte importante, por debajo del cual incrementa el riesgo de varias enfermedades cuya aparición define al SIDA (Reyes-Terán G et al, 2005).

Tabla 1 Clasificación CDC (12).

Categoría A	Categoría B	Categoría C
<ul style="list-style-type: none"> • Infección asintomática por VIH. • Infección aguda (primaria) por HIV con enfermedad acompañante o con historia de infección aguda por VIH. • Linfadenopatía persistente generalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis vaciada. • Candidiasis orofaríngea (COF, muguet). • Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o de poca respuesta a la terapia. • Displasia cervical (moderada o severa)/ carcinoma cervical <i>in situ</i>. • Síntomas generales, tales como la fiebre (38.5° C) o la diarrea de duración mayor a 1 mes. • Leucoplasia vellosa oral. • Herpes zoster (culebrilla), que implique al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma. • Púrpura trombocitopénico idiopático. • Listeriosis. • Enfermedad inflamatoria pélvica, particularmente si se complica por el absceso tubo ovárico. • Neuropatía periférica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis de bronquios, traquea o pulmones. • Candidiasis esofágica. • Cáncer cervical invasivo. • Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar. • Criptococosis extrapulmonar • Criptosporidiosis crónica intestinal (de duración mayor a 1 mes). • Enfermedad por citomegalovirus (distinta a la del hígado, bazo o ganglios). • Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión). • Encefalopatía relacionada con el VIH. • Herpes simplex: úlcera(s) crónica(s) (de duración mayor a 1 mes) o bronquitis, pneumonitis o esofagitis. • Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar. • Isosporiasis, crónica intestinal (de duración mayor a 1 mes). • Sarcoma de Kaposi. • Linfoma de Burkitt (o el término equivalente). • Linfoma inmunoblástico (o equivalente). • Linfoma primario de cerebro. • Complejo microbacteriano avium o <i>M. kansasii</i> diseminado o extrapulmonar. • <i>Mycobacterium</i>

		<p>tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mycobacterium, otras especies, o especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar. • Pneumocystis pneumonia. • Pneumonia recurrente. • Leucoencefalopatía progresiva multifocal. • Septicemia recurrente por Salmonella. • Toxoplasmosis cerebral. • Síndrome de desgaste por VIH.
--	--	---

Tabla 2 Categorías de linfocitos T CD4. La clasificación se debe basar en la cuenta más baja y precisa de CD4, no en la cuenta más reciente.

Categoría	Conteo de CD4
1	Mayor a 500 células CD4/ μ l
2	200-499 células CD4/ μ l
3	Menor a 200 células CD4/ μ l

3. Epidemiología

Depresión

Los trastornos del humor son comunes. En las encuestas más recientes, el trastorno depresivo mayor tiene una mayor prevalencia de vida (casi el 17%) de cualquier trastorno psiquiátrico (Sadock, James B, Sadock, Alcott V, 2007 p.528).

En América Latina, los reportes provienen de Brasil, donde (Noqueira y cols, 2006 y Antakly de Melo V, Malgebier A, 2006), observaron una prevalencia puntual de depresión de 21,8% en una muestra mixta y de 25,8% en una muestra compuesta sólo por mujeres, respectivamente. La encuesta Nacional de Salud Mental del 2009 menciona que 24% de los Guatemaltecos padecen de algún trastorno mental, 6.4% Depresión.

Una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es la prevalencia dos veces mayor del trastorno depresivo mayor en mujeres que en hombres. Las razones de

la diferencia son la hipótesis de involucrar a las diferencias hormonales, los efectos de dar a luz, diferentes factores de estrés psicosocial para mujeres y para hombres y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida. La edad media de inicio en el trastorno depresivo mayor es de unos 40 años, con un 50 por ciento de todos los pacientes que tienen un inicio entre las edades de 20 y 50. El trastorno depresivo mayor también puede comenzar en la infancia o en la vejez. Los últimos datos epidemiológicos sugieren que la incidencia del trastorno depresivo mayor puede estar aumentando entre las personas menores de 20 años de edad. Esto puede estar relacionado con el aumento del uso de alcohol y drogas en este grupo de edad (Sadock, James B, Sadock, Alcott V, 2007 p.528), así como con cambios recientes en factores ambientales.

La prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH se describe en torno al 35%, pero existe gran variabilidad en el reporte, con valores que fluctúan entre 20% y 79%, dependiendo de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la definición de caso (Morrison M, Petitto J, Ten Have T, Gettes D, Chiappinni M, Weber A, et al, 2002, Jin H, Hampton Atkinson J, Yu X, Heaton R, Shi C, Marcotte T, et al, 2006). Se ha descrito en varios estudios la frecuencia en mujeres y adolescentes, y en pacientes con malas redes de apoyo social, asociándose a más rápida progresión de la enfermedad y menor adherencia a terapia antirretroviral (TARV) (Antakly de Mello V, Malgebier A, 2006).

Vih/sida

De 1984 a Diciembre 2013 en Guatemala se han reportado un total acumulado de 31,506 casos de VIH y de VIH avanzado, el 43.2% (13,608/31,506) corresponde a casos de VIH y el 56.8% (17,804/31,506) a casos de VIH avanzado. En el año 2013, Guatemala cumplió 30 años de notificación de casos de VIH, el número va en constante aumento y solo en los últimos 10 años se registró más del 76% (24070/3106) de todos los casos registrados en esos 30 años. (Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, MSP, 2014)

En el año 2013 se reportó 1842 nuevos casos, de los cuales 1,254 corresponden a casos de VIH y 588 a casos de VIH avanzado. (Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, MSP, 2014)

El mayor porcentaje de casos se presenta en la población ladina, 75%, seguido de la población maya 21%. (Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, MSP,2014)

En Guatemala la forma de transmisión más frecuente en la sexual con el 93.59%, 3.20% transmisión madre-hijo. Con lo que respecta al estado civil el mayor porcentaje de casos se presenta en el soltero tanto en VIH como en VIH avanzado, con un 54.34% seguido por la población casada 20.58% y la que está en unión libre, 18.68% , en los grupos de edad el que representa mayor cantidad de casos es el de 25 - 29 años con un 29.32%, seguido por el de 20-24 con un 18.35% y el de 30-39 con un 14.93%. (Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, MSP, 2014)

El porcentaje de mujeres infectadas constituye casi la mitad de las personas que conviven con el virus en el mundo, aumentando paulatinamente en regiones como Europa Oriental, Asia y América Latina. En esta última, las mujeres representan aproximadamente el 36% de los 1,7 millones de adultos que viven con el VIH (Sassoon SA, Rosenbloom MJ, Fama R, Sullivan EV, Pfefferbaum A, 2012.). A su vez, las mujeres cada vez contraen la infección a edades más tempranas que los varones, estando la mayoría en edad reproductiva, entre los 15 y 44 años de edad. La relación hombre-mujer que, en 1990 era de 10 a 1, actualmente está cerca de 3 a 1 y de 2 a 1 (ONUSIDA, 2002b), lo que muestra una transición progresiva del predominio del virus en homosexuales masculinos al aumento en población heterosexual masculina y una feminización de la epidemia (Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguin L, Tovar J, 2006). Las mujeres representan el 49% de los adultos que viven con el VIH a nivel mundial en las regiones más afectadas como el Africa y el Caribe, alrededor del 60% de personas infectadas con el VIH son mujeres, a nivel mundial las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad son más vulnerables al VIH, siendo la tasa de infección dos veces más altas que en los hombres jóvenes. Cada minuto un joven se contagia con el VIH, representando así el 22% de las nuevas infecciones por VIH. (Marti Carvajal A, et al, 2006).

Las mujeres que se inyectan drogas tienen un 50% de mayor prevalencia del VIH que sus pares masculinos. (ONUSIDA, 2013).

Las enfermedades neurológicas y psiquiátricas comórbidas asociadas al VIH pueden ser de difícil diagnóstico, debido a su superposición sintomática con varias infecciones, neoplasmas, endocrinopatías, deficiencias nutricionales, trastornos metabólicos, y neurotoxicidad relacionada al tratamiento. Casi el 85% de los individuos infectados por VIH

exhibe algún síntoma de depresión durante el curso de la enfermedad y también se puede presentar un compromiso cognitivo desde las fases tempranas y asintomáticas de la infección por VIH y esto hace aún más difícil el diagnóstico de la depresión. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por VIH puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, debido a una enfermedad médica general, abuso de sustancias o a medicación relacionada al VIH, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas o complicaciones del SNC. (Fernandez F, MD,2002, Guevara-Silva EA, 2013)

4. Características Clínicas del cuadro depresivo

El cuadro clínico de la depresión se manifiesta con un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer por actividades que generaban interés en la persona, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (Frances A, M.D, Pincus HA, M.D, First MB., M.D, 1995). Otros signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo incluyen cambios en el nivel de actividad, las capacidades cognitivas, el habla y las funciones vegetativas (Sadock, James B, Sadock, Alcott V, 2007 p.527). A diferencia de los adultos, en los niños y adolescentes se puede presentar como un estado de ánimo irritable en lugar de triste, puede asociarse a alteración del ciclo del sueño, la cual es más específica para un trastorno depresivo mayor (Frances A, M.D, Pincus HA, M.D, First MB., M.D, 1995). Dicha alteración del sueño puede ser insomnio inicial, de mantenimiento, tardío o, menos usual, hipersomnía. A esto se puede agregar que la alteración del ciclo del sueño puede llevar a un estado adicional de irritabilidad, siendo un síntoma importante en la depresión.

La depresión se puede manifestar de distinta intensidad, de esta, va a depender la manifestación de síntomas y signos encontrados en cada paciente. En base al DSM V, existen varias clasificaciones dentro de los trastornos de depresión, de los cuales se describen los relevantes para este estudio.

El trastorno depresivo mayor representa la condición clásica en este tipo de trastornos, se caracteriza por episodios discretos de al menos dos semanas de duración que involucra cambios en el afecto, la cognición, funciones neurovegetativas, y con inter-episodios de

remisión. Los criterios de clasificación, en base a la última actualización del manual de clasificación y estadística (DSM-V) se detallan a continuación.

Trastorno depresivo mayor (DSM-V):

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

- D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica (Fawcett JA, M.D. Mood Disorders, 2013 p.160-162).

Los síntomas descritos en los criterios se deben presentar en el paciente cada día, excepto la pérdida de peso y la ideación suicida (Fawcett JA, M.D. Mood Disorders, 2013 p.160-162).

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de

deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (Frances A, M.D, Pincus HA, M.D, First MB., M.D, 1995).

Es importante enfatizar que el deterioro general que se presenta en todas las esferas de la persona con depresión, lleva a una disfuncionalidad, la cual aumenta de forma gradual iniciando con un episodio leve y de no ser tratado oportunamente llegar a un estado de depresión severa, siendo usual encontrar falta de energía, cansancio generalizado e incluso ideación suicida.

En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones. Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual (Frances A, M.D, Pincus HA, M.D, First MB., M.D, 1995).

Características clínicas del cuadro depresivo en pacientes con infección por VIH

La característica esencial del trastorno depresivo asociado a una condición médica es debido a la persistencia de un estado de ánimo bajo y pérdida de interés. Se cree que está asociado directamente como efecto fisiológico de la condición médica del paciente, la cual se debe respaldar con evidencia de la historia clínica, evaluación física y hallazgos de laboratorio (Fawcett JA, M.D. Mood Disorders, 2013, p.180-183).

Los episodios depresivos en pacientes seropositivos para VIH, en general, comparten las mismas características clínicas que en pacientes seronegativos (Wolff L C, Alvarado M R, Wolff R M, 2010). La diferencia principal o de mayor importancia en pacientes con diagnóstico de VIH sería la intensidad de los síntomas y una mayor frecuencia de presentación del cuadro. La pequeña cantidad de investigación disponible sugiere que las

mujeres VIH positivas están en mayor riesgo de sufrir de depresión, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH). Algunas estadísticas muestran una proporción entre incidencia de depresión de dos mujeres por cada hombre, sin importar la raza, etnia, y/o estatus económico (Swofford S, Perez K, 2006). El diagnóstico de depresión en pacientes con VIH se hace de igual forma que en el resto de la población en general, por ejemplo, a través de criterios de clasificación como los establecidos por el DSM V.

La depresión mayor se observa con una frecuencia 7 veces superior que en la población similar no VIH positiva. Y además, por otro lado la adherencia al TARV está marcadamente disminuida en pacientes con depresión. (Singh N, Squier C, Silvek C, Wagener M, Nguyen MH, Yu VL, 2012). Entre las personas infectadas por el VIH es común un mayor grado de angustia psicológica. Estudios realizados tanto en países de bajos ingresos como de altos ingresos han revelado tasas más elevadas de depresión en las personas VIH positivas en comparación con los grupos de control VIH negativos. El nivel de angustia a menudo parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección por VIH. Los estilos de afrontamiento y las habilidades adquiridas pueden configurar la experiencia de síntomas depresivos y la posibilidad de ocuparse de sí mismo (Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2005).

Los trastornos mentales, incluidos los trastornos por el consumo de sustancias, son factores de riesgo de la adquisición del VIH, y la presencia de VIH/SIDA aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales. La comorbilidad resultante complica la búsqueda de ayuda, el diagnóstico, la calidad de la atención prestada, el tratamiento y sus resultados así como la observancia. Los estudios han revelado una elevada seroprevalencia de la infección por VIH en personas con enfermedades mentales crónicas graves. Las tasas de prevalencia de enfermos mentales internados y tratados en ambulatorio, según se ha informado, se sitúan entre el 5% y el 23%, frente a una horquilla del 0,3% al 0,4% en la población general en los Estados Unidos de América en periodos de tiempo comparables (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Factores asociados

Los factores para presentar un cuadro depresivo en pacientes con VIH no varía del de la población en general, como el sexo femenino, nivel socioeconómico bajo y académico, los

solteros o divorciados, la inestabilidad laboral. A su vez, en pacientes con VIH, la mala adherencia a la terapia antirretroviral puede estar asociada con la aparición de un trastorno depresivo. Como plantea Schrimshaw, 2003, las relaciones específicas de apoyo por parte de la familia a mujeres con VIH/Sida influyen directamente y predicen los síntomas depresivos; además, como plantea González et al., 2004 las interacciones sociales que involucren el apoyo a las mujeres con VIH/Sida están altamente relacionadas con los bajos niveles de depresión experimentados por estas mujeres. (Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguin L, Tovar J., 2006).

Los trastornos mentales, incluidos los trastornos por el consumo de sustancias, son factores de riesgo de la adquisición del VIH, y la presencia de VIH/SIDA aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales. La comorbilidad resultante entre VIH/SIDA y enfermedad mental, complica la búsqueda de ayuda, el diagnóstico, la calidad de la atención prestada, el tratamiento y sus resultados así como la observancia en estos pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2008). Los pacientes con trastorno bipolar pueden experimentar episodios depresivos (Kindelán Jaquotota JM, et al, 2002).

El Grupo de referencia para las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas inyectables estimó recientemente que en todo el mundo alrededor de tres millones de consumidores de drogas por vía intravenosa podrían estar infectados por el VIH. Alrededor del 10% de los casos mundiales de VIH son atribuibles al consumo de drogas inyectables (mayormente opiáceos, aunque también el consumo de otras sustancias como los estimulantes, se ha asociado con prácticas de inyección poco seguras y comportamientos sexuales de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2008)).

En el caso de los usuarios de drogas, lo que no se tuvo en cuenta fue que el VIH no era efecto de “las drogas” sino de una forma especial de consumo: fundamentalmente la vía endovenosa, que llevaba a compartir agujas y otros materiales de inyección. En los últimos años, la tendencia en el consumo de drogas por vía inyectable muestra un marcado descenso, pero no en la población con un menor nivel educacional y socioeconómico, donde hay mayor prevalencia de depresión por ser una población de riesgo (Kornblit, A. L.; Mendes Diz, A. M.; Jones D, 2002).

Con lo que respecta a las prácticas sexuales, según una investigación realizada en Argentina, en los consumidores de drogas hay un adelanto de inicio sexual al igual que en la población general y responden al uso de preservativos en encuentros con parejas ocasionales mas no con parejas estables, y el menor cuidado en las relaciones con parejas estables abre un abanico de posibilidades a la transmisión del VIH y prevalencia de depresión (Mendes Diz AM, Camarotti AC, Schwarz P, 2008 p. 63).

La epidemia del VIH/sida y la propagación de la hepatitis C fueron asociadas a los grupos que asumen prácticas de riesgo. Rápidamente, homosexuales masculinos, consumidores de drogas por vía inyectable, trabajadoras/es del sexo y personas asociadas con prácticas sexuales promiscuas fueron calificados como “grupos de riesgo”. Esto llevó a agudizar la discriminación hacia estos grupos (Gamella J.F, 1991).

Los trastornos de personalidad, los cuales son considerados un riesgo en esta comorbilidad, pueden expresarse en dos categorías diferentes: extroversión e introversión. Los primeros se caracterizan por tener en primer plano sus sentimientos actuales y próximos, asociándose a abusos de drogas y actitudes impulsivas; priorizan, según su criterio y de forma impositiva, numerosas peticiones, provocando a menudo situaciones de caos social. Por el contrario, los pacientes con trastornos de la personalidad introvertidos se manifiestan con una preocupación extrema por su futuro llegando a cuadros de obsesión, fobia o ansiedad. En general, estos pacientes habitualmente son identificados como antisociales, personalidad límite o histéricos con relación a sus conductas (Arango-Dávila CA, Rojas Fernández JC, Moreno M, 2008). Con las conductas de alto riesgo que manifiestan este tipo de pacientes existe una posibilidad mayor de adquirir VIH y presentar con mayor frecuencia depresión ya que se asocia cambios de estado de ánimo fluctuantes con tendencia a la depresión.

Antakly de Mello y Malgebier en un estudio realizado en mujeres, encontraron que la depresión varia en un grupo con síntomas asociados a VIH y un grupo asintomático, la prevalencia del grupo con síntomas asociados a VIH alcanzo el 38.3% de depresión contra el 13.3% del grupo asintomático, y los síntomas depresivos en los pacientes con VIH fueron más graves (Antakly de Mello V, Malgebier A, 2006).

En varios estudios se ha presentado la influencia negativa de la depresión en pacientes con VIH, con estado inmunológico más deteriorado, manifestado con un conteo de T CD4 bajo y

mayor carga viral (Bing EG, Burnam Ma, Longshore D, et al, 2001; Rabkin J, 2008; Colibazzi T, Hsu T, Gilmer S, 2006).

III. OBJETIVOS

3.1 General

Establecer la prevalencia de depresión en pacientes con un estadio clínico de VIH/
VIH avanzado

3.2 Específicos

Identificar la presencia de depresión en base al estadio clínico.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de Estudio:

Estudio Transversal, descriptivo, cuantitativo

4.2 Unidad de Análisis

Pacientes con diagnóstico de VIH/ VIH avanzado diagnosticados en los últimos doce meses.

4.3 Muestra:

La cantidad de pacientes Diagnosticados con VIH en Enero 2012 a Diciembre 2012 en el Hospital Roosevelt es de 659 pacientes.

Tipo de Muestra: Personas con diagnóstico de VIH en los últimos doce meses febrero 2013-febrero 2014, en Clínica de enfermedades infecciosas, departamento de Medicina Interna, Hospital Roosevelt.

Se diagnostican 329 pacientes en un semestre y 330 pacientes en el siguiente semestre, existiendo en algunos caso una variante mínima.

Cantidad representativa: 165 pacientes

Para determinar el tamaño de la muestra, se asume que la distribución de valores promedio de de n datos está descrita por una curva normal. En base a esta suposición, bastante común en la literatura, calculamos el tamaño de la muestra n a partir de la expresión

$$n = \frac{N z^2}{z^2 + 4(N-1) \Delta^2},$$

donde N es el tamaño de la población total (a partir del cual se calcula el ancho de la distribución normal), z es el valor crítico asociado a un nivel de confianza (1.96 para un nivel

de confianza de 95%) y Δ es el error o intervalo de confianza. Nuestro tamaño de la muestra de 165 pacientes es compatible con una población total de 659 pacientes, un nivel de confianza de 95% y un intervalo de confianza de 0.066.

Marco muestral:

Personas con diagnóstico de VIH/VIH avanzado en los últimos doce meses, febrero 2013-febrero 2014

4.4 Selección de los sujetos de estudio

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH/VIH avanzado, que asistan a la clínica de infectología del hospital Roosevelt.
- Pacientes con diagnóstico realizado en los últimos 12 meses (febrero 2013- febrero 2014).
- Pacientes que estén de acuerdo con el estudio y consentimiento verbal.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con Antecedentes de depresión previo al diagnóstico de VIH/VIH avanzado.
- Antecedentes de Diabetes Mellitus, hipotiroidismo.
- Pacientes que estén utilizando antidepresivos.
- Pacientes que utilicen beta bloqueadores.

4.5 Selección de grupo control

Criterios de Inclusión

- Ámbito de procedencia de las personas : Hospital Roosevelt
- Personas sin diagnóstico de VIH o enfermedad crónica
- Personas sin antecedentes de depresión

- De acuerdo con el estudio y consentimiento verbal

Criterios de Exclusión

- Pacientes con Diagnóstico de VIH/VIH avanzado
- Pacientes con antecedentes o diagnóstico de depresión
- Antecedentes de Diabetes Mellitus, hipotiroidismo
- Pacientes que utilicen antidepresivos / beta bloqueadores

4.6 Definición y operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidad categoría o	Escala de medición
Sexo	Caracteres sexuales secundarios, internos y externos.	Hombre Mujer	Nominal
Edad	Fecha de Nacimiento	Años	De Razón
Estado civil	Estado Civil	Casado Soltero Unido Viudo	Nominal
Etnia	Conjuntos de personas que comparten rasgos culturales	Ladina Indígena Garífuna	Nominal
Nivel socioeconómico	Jerarquía que tiene una persona o un grupo respecto al resto	Alto Medio Bajo	Ordinal
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana	Positivo Negativo	Nominal
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	Positivo Negativo	Nominal

4.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos

Se utilizó un instrumento elaborado por el investigador con el que se obtuvo las variables psicosociales a determinar como: edad del paciente, sexo, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, estado civil, antecedentes médicos personales, antecedentes psiquiátricos personales, consumo de drogas, así mismo se adjuntó el Inventario de Depresión de Beck el cual es un instrumento de detección específico para depresión, su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad. El BDI-I es un autoinforme de 21 ítems que intenta valorar la existencia y severidad de los síntomas depresivos. Cada uno de los 21 ítems corresponde a un síntoma de depresión. Las respuestas de cada ítem se recogen en una escala de 4 puntos 0 a 3 y la suma de las respuestas es la puntuación en el inventario.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes: No depresión: 0-9 puntos,

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: > 30 puntos

Sensibilidad del 100 %, especificidad del 99 %

Procedimiento

Se abordó de forma aleatoria a pacientes de recién diagnóstico de VIH/VIH avanzado en la clínica de Infectología del Hospital Roosevelt en la ciudad de Guatemala, de manera individual. Los pacientes respondieron previo al consentimiento verbal en el cual se les informo sobre lo que consistía el estudio y se les explico que no se alteraría de ninguna forma su estado actual, se respondió de manera anónima el instrumento de recolección de datos elaborado por el investigador y el inventario de Beck.

Para la muestra clínica con previa aprobación del Comité de ética e investigación del Hospital Roosevelt, se seleccionó por conveniencia a individuos con recién diagnóstico (últimos 12 meses, febrero 2013- febrero 2014) de VIH/VIH avanzado. El instrumento de

recolección de datos y el Inventario de Beck fue aplicado por el estudiante de maestría en psiquiatría en el área de consulta externa de infectología.

4.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Se ingresaran los datos que se obtenga a un programa Microsoft® Excel®14.0.0 y Stata™ 6.0 para su respectiva tabulación y orden, donde se creó una base de datos. Tanto las variables cuantitativas como las cualitativas se ingresaron a dicha base de datos. Se presentaran las variables y se hará un examen general de los datos para encontrar inconsistencias. A partir de la tabulación se obtendrán tablas, gráficas y análisis de las mismas.

Usando IBM-SPSS statistics versión 20 se usó la prueba ANOVA para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control, grupo VIH y grupo VIH avanzado.

4.9 Alcances y límites

Los resultados son generalizables al hospital en donde se limitara el estudio.

Aspectos Éticos

A los pacientes que consultan en la clínica de infectología del hospital Roosevelt de Guatemala, se explicará de forma verbal previo a ser parte del estudio en que consiste, que se hará con los resultados obtenidos. Y se informara que los datos no serán trasladados ni utilizados por terceros.

Principio del respeto por las personas

Dentro del estudio se respetara la integridad de las personas, ya que no implicará ningún riesgo para ellos. Y se hará a través del consentimiento verbal.

Principio de la beneficencia

La investigación es diseñada de tal manera que no causara daño físico, emocional y psicológico a los sujetos de estudio.

Principio de justicia

El principio de justicia prohíbe exponer a riesgos a un grupo para beneficiar a otro, pues hay que distribuir de forma equitativa riesgos y beneficios. En esta investigación no se utilizaran fondos de gobierno u otra institución, con ningún fin.

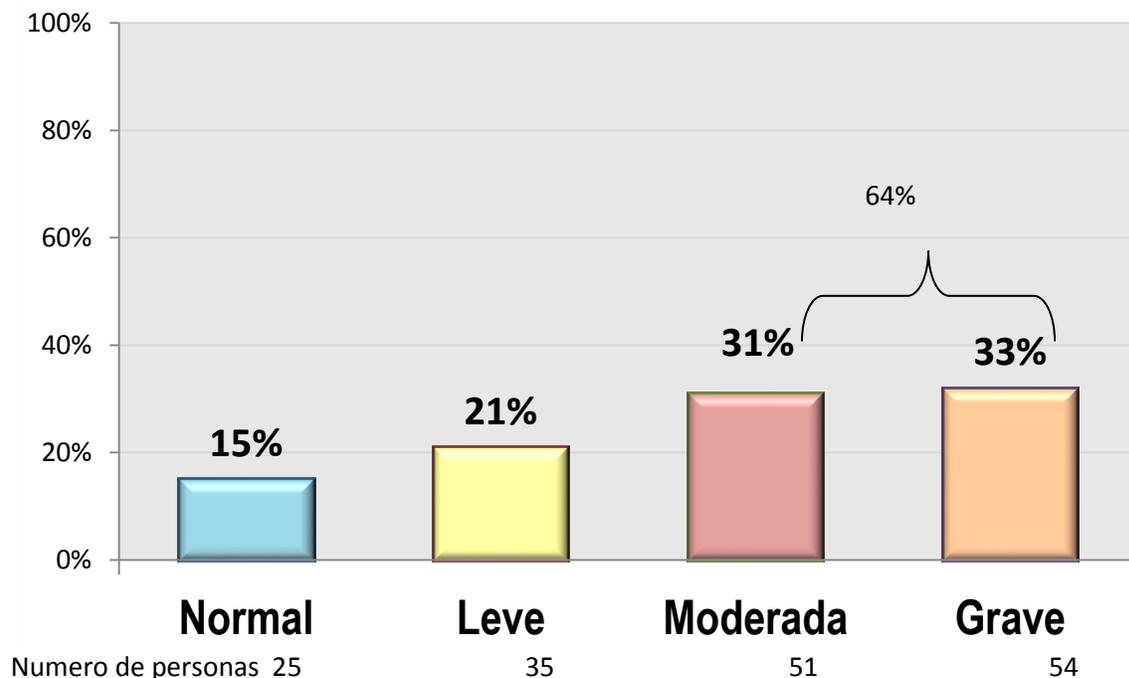
V. RESULTADOS

La muestra consistió en 165 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, las características generales de los pacientes que participaron en el estudio se pueden ver en la tabla 1.

Respecto a los niveles de depresión obtenidos entre los pacientes que participaron, 15% tuvo una puntuación normal, 21% calificaron con una depresión leve, 31% con una depresión moderada, 33% calificaron con una depresión grave (gráfica 1), la sumatoria de los que calificaron para una depresión moderada y grave es de 64% por lo que 6 de cada 10 pacientes se encuentran con un trastorno depresivo entre el rango moderado y grave.

Gráfica 1

Niveles de Depresión



Fuente: Inventario de Depresión de Beck

Entre los participantes, algunos son personas viviendo con VIH, mientras que otros han desarrollado VIH avanzado. De la muestra de 165 pacientes, 52.12% son personas viviendo con VIH, mientras que 47.87% presentan VIH avanzado. En la tabla 1 se presentan las características demográficas de los pacientes que participaron en el estudio en base a la evolución de la enfermedad.

99 participantes son Hombres y 66 son mujeres los cuales representan el 60% y 40% de la muestra respectivamente. De acuerdo a la edad el 13% corresponde a los menores de 25 años, y el 87% representan a los participantes mayores de 25 años.

Las variables de Nivel socioeconómico (NSE) y la etnia se obtuvieron por lo referido por los pacientes ya que no se realizó un estudio para tal medición, 35% refirieron pertenecer a un NSE medio y el 65% indicaron pertenecer a NSE bajo, 65% ladina, 34% indígena, 1% garífuna.

Tabla 1

Características demográficas de los participantes del estudio.

	Total	SEXO		EDAD		NSE		ETNIA			ESTADO CIVIL				
		Hombre	Mujer	-25	+25	Medio	Bajo	Ladina	Indígena	Garífuna	Soltero	Casado	Unido	Separado	Viudo
Base	165	99	66	21	143	57	108	107	56	2	80	38	25	5	17
VIH	86	47	39	17	69	39	47	58	26	2	46	14	15	3	8
	100%	55%	45%	20%	80%	45%	55%	67%	30%	2%	53%	16%	17%	3%	9%
SIDA	79	52	27	4	74	18	61	49	30	0	34	24	10	2	9
	100%	67%	33%	5%	95%	23%	77%	62%	38%	0%	44%	31%	13%	3%	10%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

5.1 Características Generales de pacientes con VIH

Respecto a los niveles de depresión obtenidos de los pacientes que son personas viviendo con VIH, 17% tuvo una puntuación normal, 28% depresión leve, 29% depresión moderada, 25% depresión grave.

En la tabla 2 se presenta en base al sexo los rangos de depresión obtenidos en los pacientes con VIH y las características de los mismos.

5.2 Características generales de pacientes con VIH avanzado

De los resultados obtenidos en los pacientes que padecen de VIH avanzado 13% tuvo una puntuación normal, 14% depresión leve, 33% depresión moderada y 40% depresión grave.

Ver en tabla 3 características generales de los pacientes y el rango de depresión.

Tabla 2

Características demográficas de los pacientes con VIH y rango de depresión

	Total	SEXO		EDAD		NSE		ETNIA			ESTADO CIVIL				
		Hombre	Mujer	-25	+25	Medio	Bajo	Ladina	Indígena	Garífuna	Soltero	Casado	Unido	Separado	Viudo
Base	86	47	39	17	69	39	47	58	26	2	46	14	15	3	8
Sin depresión	15	11	4	2	13	9	6	11	2	2	9	1	3	0	2
	100%	73%	27%	13%	87%	60%	40%	73%	13%	13%	60%	7%	20%	0%	13%
Leve	24	15	9	5	19	11	13	12	12	0	12	3	5	0	4
	100%	63%	37%	21%	79%	46%	54%	50%	50%	0%	50%	12%	21%	0%	17%
Moderada	25	13	12	5	20	13	12	18	7	0	15	5	3	1	1
	100%	52%	48%	20%	80%	52%	48%	72%	28%	0%	60%	20%	12%	4%	4%
Grave	22	8	14	5	17	6	16	17	5	0	10	5	4	2	1
	100%	36%	64%	23%	77%	27%	73%	77%	23%	0%	45%	23%	18%	9%	5%

Fuente: Inventario de Depresión de Beck e instrumento de recolección de datos.

Tabla 3

Características demográficas de pacientes con VIH avanzado y nivel de depresión

	Total	SEXO		EDAD		NSE		ETNIA			ESTADO CIVIL				
		Hombre	Mujer	-25	+25	Medio	Bajo	Ladina	Indígena	Garífuna	Soltero	Casado	Unido	Separado	Viudo
Base	79	52	27	5	74	18	61	49	30	0	34	24	10	2	9
Sin depresión	10	10	0	0	10	4	6	9	1	0	9	0	0	0	1
	100%	100%	0%	0%	100%	40%	60%	90%	10%	0%	90%	0%	0%	0%	10%
Leve	11	11	0	0	11	6	5	11	0	0	3	6	1	1	0
	100%	100%	0%	0%	100%	55%	45%	100%	0%	0%	27%	55%	9%	9%	0%
Moderada	26	15	11	2	25	5	21	10	16	0	10	5	7	1	3
	100%	58%	42%	4%	96%	19%	81%	38%	62%	0%	38%	19%	27%	4%	12%
Grave	32	16	16	3	28	3	29	19	13	0	12	13	2	0	5
	100%	50%	50%	10%	90%	10%	90%	58%	42%	0%	39%	42%	6%	0%	13%

Fuente: Inventario de Depresión de Beck e instrumento de recolección de datos.

5.3 Riesgo de depresión asociado a evolución y estadio clínico de VIH

En base al tiempo de evolución y el estadio clínico de VIH avanzado se puede ver la tendencia de una mayor prevalencia de depresión (tabla 4). Como se puede observar en la tabla 4 hubo una captación mayor de casos con VIH con una diferencia de 7 casos respecto a los pacientes con diagnóstico de VIH avanzado, 60% de los pacientes con VIH tuvieron una puntuación normal y 40% de los pacientes con VIH avanzado que tuvieron una puntuación normal, 69% de los pacientes con VIH y 31% de los pacientes con VIH avanzado calificaron con depresión leve respectivamente; el mayor número de casos calificó en un rango de depresión moderada y grave, 47 casos calificaron en este rango de pacientes con VIH y 58 casos en pacientes con VIH avanzado, con tendencia de depresión grave con un 58% en pacientes con VIH avanzado.

Tabla 4

Depresión en base al tiempo de evolución y estadio clínico

	Total	SEXO		EDAD		NSE		ETNIA			ESTADO CIVIL				ENFERMEDAD		
		Hombre	Mujer	-25	+25	Medio	Bajo	Ladina	Indígena	Garífuna	Soltero	Casado	Unido	Separado	Viudo	VIH	Sida
Base	165	99	66	22	143	57	108	107	56	2	80	38	25	5	17	86	79
Sin depresión	25	21	4	2	23	13	12	20	3	2	18	1	3	0	3	15	10
	100%	84%	16%	8%	92%	52%	48%	80%	12%	8%	72%	4%	12%	0%	12%	60%	40%
Leve	35	26	9	5	30	17	18	23	12	0	15	9	6	1	4	24	11
	100%	74%	26%	14%	86%	49%	51%	66%	34%	0%	43%	26%	17%	3%	11%	69%	31%
Moderada	51	28	23	7	45	18	33	28	23	0	25	10	10	2	4	25	26
	100%	55%	45%	12%	88%	35%	65%	55%	45%	0%	49%	20%	20%	4%	8%	49%	51%
Grave	53	24	30	8	45	9	45	36	18	0	22	18	6	2	6	22	32
	100%	45%	55%	15%	85%	17%	83%	66%	34%	0%	42%	34%	11%	4%	9%	42%	58%

Fuente: Inventario de Depresión de Beck e instrumento de recolección de datos.

5.4 Características del grupo control

De los resultados obtenidos del grupo control un total de 165 participantes en este grupo del estudio, sin diagnóstico de VIH/VIH avanzado o enfermedad crónica, los cuales cumplieron con criterios de inclusión y características demográficas similares a la muestra. Los porcentajes de este grupo en los distintos niveles de depresión (sin depresión, leve, moderada, grave) fue de 76%, 13%, 8%, 3% respectivamente. (Tabla 7)

Tabla 5
Grupo Control

Grupo Control				
	Total	Hombre	Mujer	Porcentaje
Base	165	58	107	
Sin Depresión	125	52	73	76%
Leve	22	3	19	13%
Moderada	13	2	11	8%
Grave	5	1	4	3%

Fuente: Inventario de Depresión de Beck

Medición de niveles de Depresión realizada a tres grupos

Las medias son para el grupo control, VIH y VIH avanzado 9, 20 y 25 respectivamente y los intervalos de confianza para la media al 95% son grupo control: 7.88-10.26, VIH: 18.52-23.29, y VIH avanzado 23.02- 28.67

Tabla 6
Medición de Intervalo de Confianza

BDI

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Grupo control	165	9,0727	7,72671	,60152	7,8850	10,2605
VIH	86	20,9070	11,13302	1,20050	18,5201	23,2939
SIDA	79	25,8481	12,60961	1,41869	23,0237	28,6725
Total	330	16,1727	12,37327	,68113	14,8328	17,5126

Fuente: IBM-SPSS statistics versión 20, prueba ANOVA

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Una serie de factores predisponen a la población en general, a alterar su bienestar emocional, en Guatemala la vulnerabilidad social, cultural, económica en la que la población se ve involucrada, es una condición que predispone a los pacientes que viven con VIH, a una serie de alteraciones que pueden afectar a un más su estado emocional. Establecer la prevalencia de Depresión en pacientes que padecen VIH en base al estadio clínico. Se realizó una medición de niveles de depresión para sujetos con VIH, se dividieron a los pacientes en tres grupos: un grupo control que consistió en pacientes sin VIH, un grupo de personas viviendo con VIH y un tercer grupo de pacientes que han desarrollado VIH avanzado.

La prueba ANOVA determina que una diferencia entre medias sea estadísticamente significativa, mediante la prueba anova determinamos si la diferencia entre las mediciones promedio de depresión en los distintos grupos fue estadísticamente significativa, el criterio para establecer si la diferencia es estadísticamente significativa, es el nivel de significancia menor de 0.005; entre grupo control y los grupos de pacientes VIH y VIH avanzado es de 0.000, por lo tanto se puede concluir que existen diferencias significativas de los niveles de depresión en todos los grupos entre si, en el siguiente orden los pacientes con VIH/VIH avanzado respecto al grupo control presentaron un nivel de significancia menor a 0.000 con lo que se concluye que existe prevalencia de depresión en la población VIH/VIH avanzado respecto al grupo control. En base al estadio clínico VIH/VIH avanzado se encontró nivel de significancia menor de 0.005 por lo que en base a la media que se estableció se puede concluir que existe una prevalencia mayor de depresión en pacientes con VIH avanzado respecto a los pacientes con VIH. Ver tabla 9

Refiriéndonos a la tabla 8 en los intervalos de confianza existe diferencia significativa en la prevalencia de depresión en los tres grupos.

No fue posible identificar el riesgo de depresión, en personas viviendo con VIH y VIH avanzado asociado al consumo de sustancias, debido a que en el grupo control no se distinguió dicha variable, se pudo concluir que 72% de la muestra estudiada consume sustancias tanto legales como ilegales en Guatemala y presentan comorbilidad con un trastorno depresivo.

La relación entre VIH y trastornos psiquiátricos depende en cierta medida de la incorporación en la cultura de cada sociedad de la existencia del VIH, así como del acceso de pacientes a servicios de salud, por lo que las particularidades de esta relación son diferentes en cada país. Por lo tanto no esperamos que nuestros resultados sean similares a los resultados de otras investigaciones realizadas en otros países, como un estudio un estudio realizado en Estados Unidos demostró que más de la mitad de una población de 2864 pacientes infectados con VIH presentó un desorden psiquiátrico y, de esta mitad, el 60% presentó un trastorno depresivo. (Bing EG, Burnam Ma, Longshore D, 2001).

Asimismo, un estudio realizado en México mostró respecto a los niveles de depresión obtenido de una muestra de 160 pacientes, que 70.63% tuvo una puntuación normal, 10.63% se encontró con reacción de ansiedad y 18.76% calificaron con depresión de los cuales 1 alcanzó niveles de depresión severa, mientras que el resto calificó con depresión moderada (Jorge Galindo Sainz, Miguel Ortega Ramirez, 2010).

Bajo la suposición de que el consumo de sustancias tanto legales como ilegales son homogéneas en los tres grupos, se puede atribuir la prevalencia de depresión al estado de inmunocompromiso, sin embargo el consumo de dichas sustancias no se preguntó en el grupo control, por lo que esta sería una línea de estudio para futuras investigaciones.

Tabla 7

Nivel de significancia en base a grupos

Variable dependiente: BDI

HSD de Tukey

(I) CD4N	(J) CD4N	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Control	VIH	-11,83425 [*]	1,33056	,000	-14,9670	-8,7015
	VA	-16,77537 [*]	1,36877	,000	-19,9980	-13,5527
VIH	Control	11,83425 [*]	1,33056	,000	8,7015	14,9670
	VA	-4,94112 [*]	1,55908	,005	-8,6119	-1,2704
VA	Control	16,77537 [*]	1,36877	,000	13,5527	19,9980
	VIH	4,94112 [*]	1,55908	,005	1,2704	8,6119

Fuente: IBM-SPSS statistics versión 20 se usó la prueba ANOVA

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

*. VA: VIH avanzado

- 6.1 Conclusiones

6.1.1 Se estableció diferencia estadísticamente significativa de depresión en pacientes con VIH/VIH avanzado, respecto al grupo control, en base a la medición de niveles de depresión, se realizó con la prueba ANOVA encontrando un nivel de significancia estadística menor de 0.000.

6.1.2 El 64% de casos calificó en un rango de depresión moderada y grave.

6.1.3 Se identificó el riesgo de depresión en base al estadio clínico encontrando un promedio mayor en el grupo de pacientes con VIH avanzado, respecto al grupo de pacientes con VIH, con un nivel de significancia estadística menor de 0.005

- 6.2 Recomendaciones

6.2.1 El hospital Roosevelt cuenta con la clínica de infectología, en dicha clínica se realizó el estudio en el cual se evidenció la prevalencia de depresión en personas viviendo VIH y VIH avanzado, de forma global el 21% de la población estudiada calificó en el rango depresión leve, y el 64% calificó en el rango de depresión moderada y grave; la clínica cuenta con tres psicólogas, cuyas funciones son la educación del paciente y proceso de apoyo y/o terapéutico. Por los resultados obtenidos se requiere mayor atención en el campo de la salud mental debido a la comorbilidad encontrada, se recomienda integrar al programa de la clínica de infectología del Hospital Roosevelt un médico psiquiatra, con la finalidad de que se diagnostique y se trate de forma temprana a los pacientes con depresión, principalmente a los pacientes con depresión moderada y grave, de esta forma se busca mejorar la calidad de vida del paciente y su adherencia al tratamiento establecido por el infectólogo.

6.2.2 Actualmente los pocos pacientes que son captados por infectología con comorbilidad psiquiátrica son referidos al departamento de Salud Mental cuando los síntomas de depresión se hacen evidentes, y en esta unidad se le da tratamiento y seguimiento al paciente, sin embargo por el alto volumen de pacientes no se cuenta en la clínica de infectología con una cantidad adecuada de profesionales capacitados para una evaluación periódica del estado mental de los pacientes que consultan en la clínica y de esta forma ser captados tempranamente para iniciar su tratamiento; se recomienda una evaluación periódica del nivel de depresión del paciente que asiste a la clínica de infectología, empleando escalas de medición de dicho trastorno (BECK, Hamilton), facilitando la detección de depresión en los pacientes y de esta forma ser referidos al profesional de salud mental para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

6.2.3 Se recomienda realizar en futuras investigaciones un estudio sobre la prevalencia de depresión al estado de inmunocompromiso asociado al consumo de sustancias.

VII. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Antakly de Mello V, Malgebier A. Depression in women infected with HIV. Rev Bras Psiquiatr 2006; 28: 10-7.

Arango-Dávila CA, Rojas Fernández JC, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en Psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat. 2008

Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguin L, Tovar J. Editores. Variables Psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un estudio correlacional. Univ. Psychol. Bogota (Colombia) 2006; 5 (3): 659-667.

Barré-Sinoussi F, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome AIDS. Science. 1983 ; 20;220(4599): 868-71

Bing EG, Burnam Ma, Longshore D, et al, "Psychiatric Disorders and drug use among Human inmunodeficiency virus- infected adults in the United States" Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 721-728.

Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, Rodríguez-Arenas MA , Fuente L. Prevalencia de prácticas indirectas de compartir material para inyectarse drogas en Galicia, Madrid, Sevilla y Valencia. Madrid. España. Gac Sanit 2004; 18(6): 472-8

Cespedes M, Aberg J. Evalúan la Aparición de Efectos Adversos Neuropsiquiátricos Derivados del Uso de Fármacos Antirretrovirales; Drug Safety [internet]. 2011 [citado 13 de Agos 2011]; 29(10):865-874, 2006. Disponible en <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/infectoweb468.htm>

Colibazzi T, Hsu T, Gilmer S. Human immunodeficiency virus and depression in primary care: A clinical review. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2006; 8: 201-11

Fawcett JA, M.D. Mood Disorders. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 155-168, 180-183.

Fernandez F, MD. Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA. Rev. Psiquiatría del Uruguay 2002; 66(1): 36-38

Frances A, M.D, Pincus HA, M.D, First MB., M.D. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa. Barcelona: Editorial Masson; 1995.

Galindo Sainz J, Ortega Ramirez M et al, "Prevalencia de Depresión en pacientes con VIH/SIDA en el hospital General zona #11 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)" Lic. Ignacio Díaz Tellez. ENF, INF microbiol 2010 30(4): 129-133

Gamella J.F. "Drogas: la lógica de lo endovenoso", en Claves de Razón Práctica Nº 18, 1991.

Guevara-Silva EA. Deterioro cognitivo y tratamiento antirretroviral en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana en una población peruana. Neurología, 2013.

Kindelán Jaquotota JM, Valerob JA, Martín Ruizc C, Saiz de la Hoya Zamacolad P, Pulido Ortega F, Laguna Cuestaf F. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. Enferm. Infecc. Microbiol Clin. 2002; 20(2): 19-28

Jin H, Hampton Atkinson J, Yu X, Heaton R, Shi C, MarcotteT, et al. Depression and suicidality in China. J Affect Disord 2006, 94: 269-75.

Kornblit, A. L.; Mendes Diz, A. M.; Jones D. Sexualidad y consumo de drogas por vía inyectable. Acta Psiquiátrica y Psicológica América Latina 2002,48 (1-4): 61-67

Macri Troya M, Berthier Vila R. Infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay. Rev Esp Sanid Penit 2010; 12: 21-28

Marti Carvajal A, et al. Trastornos psiquiátricos en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: estudio de prevalencia. Sociedad Venezolana de Psiquiatría 2006; 52(107): 36-41.

Mendes Diz AM, Camarotti AC, Schwarz P. Usuarios de drogas y el riesgo de transmisión de VIH. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ubatec SA, 2008.

Morrison M, Petitto J, Ten Have T, Gettes D, Chiappinni M, Weber A, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. Am J Psychiatry 2002; 159: 789-96.

Noqueira L, De Fátima P, Crosland M. Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. AIDS Care 2006; 18: 529-36.

Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA y salud mental, informe de la secretaria. EB124/6. Consejo Ejecutivo. Organización Mundial de la Salud; 2008.

Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, MSP. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Lucha Contra el VIH y sida. Guatemala; 2014

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe sobre la epidemia mundial del sida. Organización Mundial de la Salud; 2013

Rabkin J. HIV and depression: review and update. Curr HIV/AIDS Rep 2008; 5:163-71.

Reyes-Terán G et al. HIV Medicine 2005, version en español. Disponible en: http://www.hivmedicine.com/hivmedicine2005_spanish.pdf

Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott ,editors. Depression and Bipolar disorder. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.p. 528-562

Sassoon SA, Rosenbloom MJ, Fama R, Sullivan EV, Pfefferbaum A. Selective neurocognitive deficits and poor life functioning are associated with significant depressive symptoms in alcoholism-HIV infection comorbidity, Psychiatry research. 2012; 199 (2): 102 - 110

Singh N, Squier C, Silvek C, Wagener M, Nguyen MH, Yu VL. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patient with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. Pubmed [Internet]. 2012 [10 de Feb 2012]; 8:261-9. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8827119

Swofford S, Perez K. La depresión en mujeres VIH positivas [Internet]. [Place unknow]: THE BODY: The Complete HIV/AIDS Resource; 2006 [citado 10 de Abril 2015]. Disponible: <http://www.staging.thebody.com>

Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Ginebra, OrganizaciónMundial de la Salud, 2005.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercó C. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. España: Marban, 2012.

Wolff L C, Alvarado M R, Wolff R M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH. Rev Chil Infect 2010;27(1): 65-74

VIII. ANEXOS

ANEXO No. 1

DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA

FORMULARIO H-R



SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN
DE

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO

INVESTIGADORES:

NOMBRE DEL RESIDENTE: María Ximena Sobal Espada
DIRECCIÓN Domicilio: Km 20.5 carretera a Trujere Condominio
La Florida 400916074
Teléfono: _____
Correo electrónico: maximera22@hotmail.com

NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Carlos Mejía
DIRECCIÓN Domicilio: Calle 0-24 zona 2
Oficina o clínica: _____
Teléfonos: 22531383
Fax: _____
Correo electrónico: mejia-villetona@hotmail.com

DEPARTAMENTO DONDE REALIZARÁ EL ESTUDIO: Clinica de Infectología
Medicina Interna
Teléfonos: 24477300 Fax: 24451304 Correo electrónico: Clinicainfecciosas@gmail.com

TEMA DE INVESTIGACION: Prevalencia de depresión en pacientes
con diagnóstico de VIH en base al tiempo de
evaluación y estado clínico de VIH avanzado
diagnosticados en los últimos doce meses
en el Hospital Roosevelt Clínica 17 de
Infectología

PERIODO DE DURACIÓN: Febrero 2013 - Diciembre 2013

FIRMAS DE INVESTIGADORES:

[Signature]
Residente

[Signature]
Tutor

Dr. CARLOS MEJIA
Medicina Interna-Infectología
Colegiado 4113

NOTA:

Llenar el formulario a Maquina.
Al finalizar todo el trámite de autorización, favor sacar una fotocopia en duplex y dejarla
en el Departamento de Docencia e Investigación.



FIRMAS DE AUTORIZACION

COORDINADOR DE POSTGRADO:

Fecha: 12/11/2012

NOMBRE: Jorge Villar

(Firma)

Sello:



JEFE DEL DEPARTAMENTO:

Fecha: 22/11/2012

NOMBRE: Dr. Carlos Mejía U.

(Firma)



COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN:

Fecha: 13 FEB 2013

NOMBRE: Jorge E. Villar

(Firma)

Sello:



JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION:

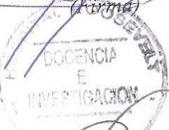
Acta No. 502 Punto No. Sexto

Fecha: 13 FEB. 13

NOMBRE: Dr. José Luis Alvarado Montiel

(Firma)

Sello:



DIRECCIÓN MÉDICA:

NOMBRE: Marta Julica López Ruano

(Firma)

INFORME FINAL

Fecha de Entrega: _____ Secretaria: _____

JEFE DE DEPTO. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN:

Nombre: _____ Firma y Sello: _____

Sello:



ANEXO No 2.

Instrumento de recolección de información

El presente estudio está siendo realizado por médico residente de la especialidad de Psiquiatría (Salud Mental) . Por este medio queremos garantizar que todas sus respuestas serán tratadas con la mayor confidencialidad posible.

Prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH en base al tiempo de evolución y estadio clínico de VIH avanzado

Instrucciones: Marque con una X , su respuesta seleccionada , excepto en la edad.

1. Edad : _____
2. Sexo : Hombre _____ Mujer _____
3. Etnia: Ladina _____ Indígena _____ Garífuna _____
4. Educación : Alfabeta _____ Analfabeta _____
5. Estado Civil: soltero _____ Casado _____ Unido _____ Separado _____
Viudo _____
6. Nivel Socioeconómico: Alto _____ Medio _____ Bajo _____
7. Ocupación : Agricultura _____ Construcción _____ Administración _____
Servicios _____
8. Consumo de drogas legales(alcohol, cigarro, puro): si _____ No _____
9. Consumo de drogas ilegales(cocaína, marihuana, LCD, Hongos , otras) :
Si _____ No _____
10. Antecedentes patológicos Personales: Diabetes _____ Cardiopatía _____
Hipotiroidismo _____ otra _____
11. Antecedentes Psiquiátricos Personales (antes del diagnóstico de VIH) :
Depresión _____ otra _____
12. Utiliza algún medicamento como : antidepresivos _____ Beta
bloqueadores _____ otro _____

Uso médico: _____

Muchas Gracias por su Tiempo

ANEXO No.3

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aun que quiera.

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.

- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Prevalencia de Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH en base al tiempo de evolución y estadio clínico de VIH avanzado" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al sé que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.