



BUAP



IMSS

FACULTAD DE MEDICINA
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES
ADULTOS CON VIH EN EL HOSPITAL GENERAL
NUMERO 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. KEVIN EDUARDO CORTÉS SANTIAGO

DIRECTOR:

DRA. AIDA MURILLO CHAVÉZ

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, FEBRERO 2024



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA UNIDAD
MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**



**TEMA:
“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON VIH EN
EL HOSPITAL GENERAL NUMERO 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS”.**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:
DR. KEVIN EDUARDO CORTÉS SANTIAGO
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR:
DRA. AIDA MURILLO CHAVÉZ
MÉDICO FAMILIAR**

**ASESOR:
DRA. AIDA MURILLO CHAVÉZ
MÉDICO FAMILIAR**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2024.



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA UNIDAD
MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**



**TEMA:
“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON VIH EN
EL HOSPITAL GENERAL NUMERO 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS”.**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:
DR. KEVIN EDUARDO CORTÉS SANTIAGO
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 13
CORREO ELECTRONICO: orchuck@outlook.com
TELEFONO 9612955363
MATRICULA: 97070974**

**DIRECTOR:
DRA. AIDA MURILLO CHAVÉZ
MÉDICO FAMILIAR HOSPITAL GENERAL DE ZONA N 2
CORREO ELECTRONICO: aida_xiquila@hotmail.
TELEFONO 5563167748
MATRICULA: 99389379**

**ASESOR:
DRA. AIDA MURILLO CHAVÉZ
MÉDICO FAMILIAR HOSPITAL GENERAL DE ZONA N 2
CORREO ELECTRONICO: aida_xiquila@hotmail.
TELEFONO 5563167748
MATRICULA: 99389379**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2024.

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**



TEMA:

**“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS
CON VIH EN EL HOSPITAL GENERAL NUMERO 2, TUXTLA
GUTIÉRREZ, CHIAPAS”.**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

**DR. KEVIN EDUARDO CORTÉS SANTIAGO
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

DIRECTOR:

**DRA. AIDA MURILLO CHAVÉZ
MÉDICO FAMILIAR**

ASESOR:

**DRA. AIDA MURILLO CHAVÉZ
MÉDICO FAMILIAR**

AUTORIZACIONES:

**DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE
EDUCACION EN SALUD, OOAD CHIAPAS**

**DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE
INVESTIGACION EN SALUD, OOAD CHIAPAS**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2024.

INDICE

Agradecimiento	6
Resumen	7
I. Marco Teórico	10
II. Justificación	27
III. Planteamiento del Problema	29
IV. Objetivos	31
V. Hipótesis	32
VI. Material Y Métodos	33
• Diseño de Estudio	33
• Lugar de Estudio	33
• Universo de Estudio	33
• Periodo de Estudio	33
• Periodo de Recolección de Datos	33
• Instrumento	35
• Criterios de Inclusión, Exclusión Y Eliminación	36
• Análisis Estadístico	37
• Procedimiento	38
VII. Variables	39
VIII. Operacionalización de las Variables	40

IX. Recursos Para el Estudio	43
X. Consideraciones Éticas	44
XI. Resultados	49
XII. Discusión	58
XIII. Anexos	60
XIV. Bibliografías	74

AGRADECIMIENTOS

Es un honor para mí, estar en esta etapa tan increíble de mi carrera profesional como médico y quiero dar un profundo agradecimiento a las personas que me apoyaron en todo proceso, ya que es una satisfacción dedicarles este logro realizado.

Agradezco a mi Dios por brindarme las fuerzas para continuar día a día, por estar presente no sólo en esta etapa y gracias a él culmino una etapa más en mi vida. Agradezco a mis padres por ser uno de mis pilares y por ser ejemplos a seguir, por comprenderme y apoyarme en todo momento y trayecto de esta hermosa profesión, gracias a ellos, esto se ha vuelto realidad, los amo inmensamente.

Le agradezco a la Dra. Aida Murillo Chávez (asesora de tesis) por el apoyo otorgado en la guía y dirección de este trabajo, por la disposición en asesorarme día con día, por haberme otorgado los medios suficientes para realizar todas las actividades del desarrollo de este trabajo. Así también a mi profesora titular y mis profesores de escenario clínico por sus enseñanzas brindadas, las cuales han constituido las bases de mi vida profesional, en este proceso de la residencia médica.

Así mismo a mis compañeros, quiénes se convirtieron por un tiempo en familia estos tres años de residencia médica, con los cuáles conviví gratos momentos. Así como a toda mi familia por confiar en mí.

Le envío mi gratitud a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y al Instituto Mexicano del Seguro Social, por ser ambas instituciones en las cuales pude formarme el día de hoy como médico especialista en medicina familiar.

RESUMEN

Título:

Prevalencia de la depresión en pacientes adultos con VIH en el Hospital General Zona N° II, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Investigador Principal e Investigadores Asociados: Dr. Kevin Eduardo Cortés Santiago, Dra. Aida Murillo Chávez.

Número de Centros Participantes a Nivel Nacional e Internacional: Ninguno

Número de Centros Participantes del IMSS: 1. Hospital General número 2 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: Actualmente existe un alto índice de personas con depresión asociado al diagnóstico de VIH/SIDA que ha sido subdiagnosticada y subtratada por diferentes causas. Las causas del trastorno depresivo son multifactoriales, porque intervienen factores de riesgo de origen genético, social y biológico. El impacto psicosocial de la depresión en adultos y adultos jóvenes puede agravar el cuadro de la enfermedad y la disminución del sistema inmunitario en el tratamiento del VIH; como consecuencia resistencia a los fármacos antirretrovirales, por el cual es de suma importancia conocer la existencia de depresión en la población adulta con VIH en el Hospital General Zona N° II de Tuxtla Gutiérrez, con la finalidad de disminuir la incidencia de depresión en los pacientes adultos con VIH y poder derivar oportunamente a grupos de apoyo o terapia psicológica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes adultos diagnosticados con VIH en el HGZ N° II.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, con características analíticas e institucional. Se llevó a cabo en el hospital general zona número 2 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en un periodo comprendido de marzo 2021-Abril 2022, tipo

de muestreo no probabilístico por conveniencia, se encuestaron a las personas adultas con VIH, se utilizó como herramienta para evaluación de depresión los Ítems de Beck. En estos pacientes, se excluyó a todo paciente con VIH menores de 18 años, pacientes con VIH que no tenga sintomatología depresiva, pacientes quien no firmen carta de consentimiento informado y se eliminaran todas aquellas encuestas mal requisitadas o encuestas mal llenadas.

El análisis estadístico se llevó a cabo por el programa SPSS V.26 con pruebas descriptivas e inferenciales.

Resultados: se incluyeron 328 pacientes mayores de edad de los cuales 52.4% son mujeres y 47.6% son hombres, el 100% de los pacientes encuestados padecen de VIH, el grupo etario más afectado con un 38.4% se encuentra en la edad de 26-33 años y el grupo menos afectados con un 0.3% entre la edad de 66-73 años. 25.3% de las personas encuestadas en esta investigación son casados y viven en unión libre en un 25.3% y 20.4% respectivamente de los cuales en la mayoría curso o cursa el bachillerato en un 46.3%, así mismo observamos que al padecer de una enfermedad venérea inmunocomprometida, afecta en su mayoría de los pacientes a un estado emocional que conlleva a la depresión, se encontró que un 29.0% de los pacientes padecen depresión moderada y un 11.9% están en depresión extrema, la mayoría de ellos aún siguen siendo estudiantes en un 26.2%.

Conclusiones: en este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes afectados son hombres en un 52.44%. El 84.45% de todos los pacientes con VIH del hospital general zona no. 2 padecen depresión en diferentes grados de los cuales el 40.85% se asocian al grado de depresión moderada y extrema que ameritan valoración por el servicio de psiquiatría, el grupo etario más afectado se encontró

entre la edad de 26 a 33 años con un 38.41%, siendo los solteros los que más se asocian a depresión en un 39.94%, con bachillerato en su mayoría en un 46.34%, estudiantes en un 26.22% seguidos de desempleados menor al 10%.

Recursos e Infraestructuras: HUMANOS: Un Médico Residente en la Especialidad de Medicina Familiar, un asesor metodológico y de contenido.

Físicos: Área física: Hospital general zona Número II, Tuxtla, Gutiérrez.

Experiencia del Grupo: Él alumno ha cursado con capacitación en el área de metodología, durante su formación. Él asesor temático ha dirigido 3 tesis, participo como profesora titular de la residencia en la especialidad de medicina familiar en la UMF 13 y actualmente se encuentra como profesor titular de las diferentes residencias adscritas al Hospital General Zona N° II.

Tiempo de desarrollo: 7 meses después de haber sido aprobado por SIRELCIS.

Palabras clave: Depresión y VIH

I. MARCO TEÓRICO.

El virus de la inmunodeficiencia humana

Es un virus de ARN capaz de destruir al sistema inmune, por presentar afinidad por los macrófagos y linfocitos T-CD 4. El VIH fue identificado en 1983. (1)

Se conoce que la replicación del virus del VIH en una nueva célula infectada a otra es de un tiempo aproximado de 2.6 días, y diariamente se producen 10×10^9 (elevado a la 9). (2)

Se sabe que la característica principal de esta enfermedad es un periodo de incubación largo. Actualmente existen 2 tipos de VIH, el VIH tipo 1 y tipo 2, el VIH tipo 1 es mucho más infeccioso que el VIH tipo 2, y como consecuencia es el tipo de virus más encontrado a nivel mundial. (3)

Vía de transmisión

Es bien conocido que el VIH es transmitido por vía sexual, por vía sanguínea o contacto con fluidos, transmisión vertical y en personas que laboran y están expuestas a materiales infectados con el virus del VIH, uso de drogas y material de inyecciones compartidas, transfusiones sanguíneas o trasplante de órganos, estas últimas son las vías con menor frecuencia de infección. (4)

Replicación viral

El virus tiene una envoltura lipídica y tiene una forma esférica, contiene espículas, nucleocápside y la matriz, además se encuentran dos cadenas de ARN y 9 genes con distintas funciones. (5) La replicación del virus de inmunodeficiencia humana inicia a través de una enzima que es el ADN polimerasa o retrotranscriptasa, el cual proviene del

virión, esto es lo que conlleva a copiar información genética ARN a ADN, cualquiera de los tipos del VIH, el VIH1 posee varios serotipos y se clasifica en 3 grupos: M, N, O, el VIH tipo 1 es causante de la mayor parte de los cuadros infecciosos en todo el mundo. Existen diferentes serotipos: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K, en cambio el VIH tipo 2 tiene pocos serotipos A, B, C y E 1-5, todos estos serotipos llevan a replicación viral y tener un sistema inmunológico bajo y con ello a infecciones oportunistas. (6)

En ocasiones en respuesta a la infección que ocasiona este virus es capaz de mantener al VIH en una fase asintomática prolongada y posteriormente en algún momento de la vida pueda ser un incremento de la viremia y un aumento en la replicación viral a nuevas células y como consecuencia inmunosupresión por disminución de los linfocitos T CD4, si estas disminuyen por debajo de 200 cel/mm³ se presentaran enfermedades oportunistas y con ello una esperanza de vida reducida (7).

Factores de riesgo:

Diversos estudios han coincidido en que los principales factores desencadenantes para la infección de la inmunodeficiencia humana son los siguientes:

1. Vía de transmisión sexual: A nivel mundial es el origen o la causa número 1 de infección por el virus de inmunodeficiencia humana, en América latina y el Caribe es por transmisión heterosexual y en Europa y América del norte es de transmisión homosexual. (8)

2. Trasfusión por hemoderivados: Se sabe que esta vía de infección es de muy baja incidencia sin embargo se han reportado algunos casos en todo el mundo de VIH a través de esta vía de transmisión, el riesgo actual es de 1 en 2000000 debido a la imposibilidad de detectar RNA del virus de inmunodeficiencia humana en las primeras 2 semanas o del periodo de la ventana inmunológica. (8)

3. Accidente laboral biológico: En esta vía de transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se contagian principalmente los trabajadores a la atención de la salud, médicos, enfermeras, laboratoristas, personal de limpieza, etc. Al tener contacto con material punzo-cortante infectado por el virus. (8)

4. Uso de drogas intravenosas: Es una vía de transmisión común, el uso compartido de material inyectado entre varias personas conlleva a mayor riesgo de adquirir el VIH. La heroína es la principal droga usada por esta vía. (8)
5. Juguetes sexuales: El uso compartido de este tipo de dispositivos sin un método de barrera ante los fluidos tanto anal como vaginal, conlleva a arrastrar esos fluidos a otras personas y riesgo de adquirir VIH. (9)
6. Transmisión vertical: Se sabe que este tipo de infección es simplemente el contagio de una madre positiva al virus de inmunodeficiencia humana al bebe o producto y puede ser durante la lactancia materna, posparto, parto o durante el embarazo, si la madre no recibe adecuadamente un tratamiento oportuno contra el virus de la inmunodeficiencia humana el porcentaje de transmisión es de un 25% aproximadamente de que el producto se infecte, en cambio si la madre recibe el tratamiento correspondiente la infección puede reducirse hasta en un 2%. (10)
7. Factores psicosociales y educativos: La adolescencia es una etapa por el cual existe una inestabilidad emocional y psicológica, así como la experiencia, atracción física, sustancias toxicas, y prácticas sexuales de riesgo. La inadecuada educación sexual recibida por parte de los padres, es un riesgo para no saber los métodos anticonceptivos de barrera o de su utilización y los riesgos de transmisión sexual desde la adolescencia hasta la adultez. (11)

Diagnóstico:

Clínicamente es difícil el diagnostico ya que se tiene que realizar algunas pruebas de laboratorio para el diagnóstico, sin embargo, los

síntomas y signos de esta infección son inespecíficos, se debe realizar un buen interrogatorio e historia clínica completa, a todo paciente que tenga factores de riesgo, uso de drogas o alcohol debe investigarse los siguientes signos y síntomas:

- Fiebre, diaforesis, pérdida de peso.
- Cefalea, alteraciones visuales, úlceras bucales o mucosas.
- Disfagias, evacuaciones diarreicas y sintomatología pulmonar como disnea.
- Síntomas cutáneos como manchas, úlceras, etc.
- Alteraciones neurológicas y del estado mental.

Marcadores inmunológicos y virológicos:

En los pacientes que se sospeche del virus de inmunodeficiencia humana se debe realizar con prueba rápida de Elisa y posteriormente confirmarlo con Western-Blot. (12), La ventaja de las pruebas rápidas para la detección del virus de inmunodeficiencia humana es que es simple de aplicar, el cual puede obtenerse el resultado en 15 minutos a 20 minutos aproximadamente y la muestra puede obtenerse de suero, plasma, fluido oral o sangre. La prueba de Ensayo de Inmunoabsorción Ligado a Enzima se caracteriza por que el antígeno tiene una actividad inmunológica el cual ocasiona una reacción antígeno-anticuerpo, el cual queda inmóvil y es detectada por ELISA. (13). El estudio confirmatorio de Western Blot es capaz de detectar la proteína p24, glucoproteína 120, 41 y 160 y la proteína p41, la confirmación es al existir un resultado positivo, en caso de un resultado negativo con exposición reciente al virus de inmunodeficiencia humana o un resultado indeterminado se realizará nuevamente la prueba de Western Blot a los 3 a 6 meses para confirmar el diagnóstico (14).

Una vez confirmado el diagnostico se debe solicitar a todo paciente con virus de inmunodeficiencia humana recuento viral plasmático antes de iniciar la terapia antirretroviral, posteriormente 1 mes después del primer conteo de carga viral se solicita nuevamente para verificar adherencia terapéutica, y supresión viral, una vez alcanzada la supresión virológica se vuelve a solicitar el conteo de carga viral en 3 a 6 meses, la meta es alcanzar un conteo por debajo de las 50 copias/ml (15). Además de estos estudios previamente mencionados

debe solicitarse citometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, depuración de creatinina de 24 horas, perfil de lípidos, examen de orina, serología anti-hepatitis A, B, C y VDRL. Serología para toxoplasma, citología cervicovaginal cada 6 meses para valorar lesión premalignas o malignas (16).

Tratamiento

Según las guías mexicanas del seguro social, el tratamiento antirretroviral al reducir o suprimir la carga viral disminuye la morbi-mortalidad, activa del sistema inmune, y disminuye la resistencia al tratamiento. Se debe iniciar tratamiento con triple fármaco a todo paciente sin tratamiento previo antirretroviral y con disminución de linfocitos T CD4+ con una combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos más un inhibidor de la integrasa o un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos o bien usar un inhibidor de las proteasas potenciado, esta combinación antirretroviral puede suprimir la carga viral hasta < de 50 copias/ml en un periodo de aproximadamente 48 semanas, el tratamiento inicial puede comenzar con los siguientes esquemas:

1. Dolutegravir + Abacavir + Lamivudina
2. Dolutegravir + Tenofovir alafenamida + Emtricitabina
3. Evitegravir + Coblicistat + Tenofovir alafenamida + Emtricitabina
4. Raltegravir + Tenofovir alafenamida + Emtricitabina

Algunos otros esquemas siguiendo el tratamiento con triple fármaco con dos inhibidores de transcriptasa inversa, análogos de nucleósidos y un inhibidor de transcriptasa inversa son:

1. Efavirenz + Tenofovir alafenamida + Emtricitabina
2. Rilpivirina + tenofovir alafenamida
3. Zidovudina + Abacavir (16).

Evaluación de depresión en el VIH

Cuando se realiza el diagnóstico a una persona con el virus de inmunodeficiencia humana debe evaluarse su entorno socio-cultural y psicológico, el cual podría afectar el apego al tratamiento. Las emociones deben ser detectadas por el médico tratante ya que de ello dependerá si se deriva el paciente a la especialidad de psiquiatría o psicología para realizar consejería o apoyo psicológico, así como tratamiento oportuno antirretroviral y cognitivo, para disminuir las posibles complicaciones orgánicas y psicológicas (16).

La enfermedad psiquiátrica más frecuente y que afecta a la salud, calidad de vida y el apego al tratamiento antirretroviral, es la depresión. Ya que es subdiagnosticado y subtratado (16).

En Estados Unidos de Norte América según las guías mexicanas, el 36% de la población que padece VIH se acompaña con síntomas depresivos, los cuales conllevan a falta de adherencia al tratamiento, disminución de calidad de vida, mayor carga viral, enfermedades oportunistas, deterioro inmunológico y muerte. En un estudio observacional prospectivo se encontró dos terceras partes de los pacientes con VIH de recién diagnostico se encontró que tienen depresión, con reducción de la motivación para mantenerse sano el cual se les dificulta adherencia al tratamiento y atención médica, motivo por el que se busca intencionadamente signos y síntomas de depresión en pacientes con VIH para su derivación oportuna a psicología o psiquiatría (16).

Panorama epidemiológico de la infección por VIH asociado a depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud había 38 millones de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana en el mundo a finales del 2019, de las cuales 68% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento antirretroviral por el resto de sus vidas. Debido a las deficiencias en los servicios murieron cerca de 690 mil personas y se infectaron cerca de 1.7 millones de personas en ese mismo año, 60% de los nuevos casos eran personas de entre 15 y 49 años de edad, de los cuales predominaban los hombres que tenían relaciones con otros de su mismo sexo, sexoservidoras y reclusos (17).

Según la ONUSIDA las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana han aumentado un 22% en el medio oriente, África y en América en un 21% (18).

En México en 2018 se notificaron nuevos casos con reportes de aproximadamente 10701 cas de VIH y 6287 casos nuevos de SIDA, la mayoría adultos hombres entre 20 y 40 años de edad. (19)

D.V. Cardona y O. Medina nos dice en un estudio realizado por ellos en 2015 que la depresión afecta muy frecuentemente a las personas con VIH, ya que esta es una enfermedad crónica y puede afectar psicológicamente a lo largo de las etapas de esta enfermedad y puede interferir en la adaptación o del apego al tratamiento antirretroviral (20). Los síntomas de depresión son tan iguales con las personas con VIH, como las que son seronegativas al virus, pueden tener síntomas de insomnio, irritabilidad, incapacidad de sentir placer, cambio en su peso, etc. El VIH no solo afecta al sistema inmunológico, sino que también juega un papel al daño neurodegenerativo, daño a las células gliales, epiteliales colónicas, es por esto que surgen alteraciones electroencefalográficas, y otros trastornos como la depresión asociada al mismo daño celular (21).

La prevalencia de la depresión en personas VIH es mayor que en personas que no sufren esta enfermedad y se asocia con mal control de la enfermedad y por lo tanto a un mal control con su tratamiento médico y disminución de su sistema inmunológico (22). La depresión mayor ocurre en más del 50% de las personas con VIH/SIDA, este trastorno psiquiátrico son un factor de riesgo para las personas con VIH y a la vez consecuencia de la acción del virus en el organismo y en los medicamentos para tratar la infección (23).

Depresión

Es un descenso del estado de ánimo en el cual pueden predominar los síntomas afectivos, síntomas de tipo cognitivos con diferentes grados de alteración neurológica, síntomas volitivos, el cual es una afección de la vida psíquica (24).

Esta caracterizado por diferentes alteraciones del área cognitiva, tristeza y síntomas somáticos, que en los adultos se manifiestan principalmente con 4 de los siguientes síntomas: irritabilidad, anhedonia, problemas de concentración, disminución del rendimiento escolar, sentirse menos importante que los demás, aislamiento, disminución del apetito, labilidad emocional, llanto fácil, disminución o incapacidad para conciliar el sueño, delirios, sensación de culpa, etc. Durante un periodo de por lo menos 2 semanas. (25)

Epidemiología

Según la OMS estima que hasta el año 2015 había cerca de 300 millones de personas con depresión a nivel mundial, la mayoría de Asia y pacifico occidental. Es el principal factor de discapacidad y suicidio a nivel mundial, esta enfermedad afecta principalmente a mujeres > 7.5% a nivel mundial entre los 55 y 74 años de edad y hombres > 5.5% a nivel mundial (26).

El diagnóstico de VIH puede ser sumamente impactante en la vida de la persona, ya que vivirá con ella por el resto de su vida, puede afectar negativamente el estado de salud mental, los estudios en relación han mostrado que estas personas tienen más problemas de salud mental de las que no padecen VIH, como depresión, ansiedad y consumo de sustancias tóxicas.

En México el VIH tiene una prevalencia baja a comparación del resto de los países de Latinoamérica y el mundo, sin embargo, hay una alta prevalencia de hombres que tienen sexo con otros hombres, sexo sin protección, múltiples parejas, etc. Sin embargo, las mujeres tienden a tener en la actualidad mayor riesgo de contagio por factores de riesgo asociados como biológico, sociocultural y económico (27).

Factores de riesgo y prevención de depresión:

Factores personales y sociales:

La depresión es mayor en mujeres en un 50% que, en los hombres, se puede asociar al alcohol y tabaquismo como factores desencadenantes. La presencia de enfermedades crónicas se asocia a padecer depresión mayor, bajo nivel socioeconómico, desempleo, divorciado, soltero o viudo y el estrés crónico suele asociarse a depresión (28).

Se ha visto que factores genéticos o familiares de primer grado con trastornos mentales incrementa el riesgo en padecer depresión. El nivel socioeconómico bajo conlleva a la pobreza, carencia de un nivel educativo adecuado, buena vivienda, trabajo y salud y por consiguiente depresión (29).

Prevención:

Es difícil en muchas ocasiones poder prevenir la depresión ya que de ello dependerá desde una etapa muy temprana de la vida por factores socioculturales y económicos, educativos, y genéticos, sin embargo las intervenciones para restablecer la salud mental se basan en disminuir en lo posible los factores de riesgo que conllevan a la depresión: contar con apoyo o vínculo familiar afectivo, red de apoyo social activa, la actividad física tienen beneficios para aminorar o prevenir la depresión (30).

Diagnostico

El diagnostico de depresión es clínico y puede basarse con algunas escalas de depresión con puntuaciones y establecer un diagnóstico.

DSM-V indica los criterios para diagnosticar depresión:

A) Con 5 o más síntomas durante por lo menos dos semanas y son los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido (todo el día o casi todo el día, todos los días o casi todos los días).
2. Perdida de interés o de placer (de todas las cosas o casi todas las cosas, en la mayor parte del día todos los días o casi todos los días).
3. Disminución de peso importante sin tener que realizar alguna dieta.
4. Aumento de peso corporal de por lo menos el 5%.
5. Incremento de ingesta calórica diario o casi todos los días.
6. Insomnio o hipersomnia diario o casi diario.
7. Retraso psicomotor o agitación motriz todos los días o casi diario.
8. Fatiga todos los días o casi todos los días.
9. Sentimiento de culpabilidad casi todos los días o culpabilidad por estar enfermo.
10. Sentimiento de inutilidad todos los días o casi todos los días.
11. Falta de concentración para toma de decisiones diariamente o casi diario.
12. Pensamientos de muerte recurrente o intento de suicidio.

B) Que los síntomas antes mencionados afecten en su ámbito laboral, deterioro social y otras áreas de importancia para su funcionalidad.

C) Los síntomas de depresión son válidos siempre y cuando no se asocien a efectos fisiológicos a sustancias o alguna otra afección médica. (31)

Tratamiento

Tratamiento farmacológico:

Existen subtipos clínicos de la depresión y cada uno con su manejo medico:

1. Depresión psicótica sus síntomas característicos son iguales a la depresión en general + alucinaciones o ideas delirantes, su tratamiento es con terapia electroconvulsiva y en combinación con antidepresivo + antipsicótico.

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento biológico para las depresiones graves el cual se administra con corrientes eléctricas uni o bilaterales de la corteza frontal cerebral, 2 a 3 sesiones por semana, bajo anestesia general, ambiente controlado y bajo supervisión médica.

- Los medicamentos que se inician para la depresión desde leve hasta grave son los inhibidores de recaptura de serotonina (ISR), por ser los más tolerantes y menos efectos adversos, con el objetivo y meta de supresión total de los síntomas de la depresión, disminuyendo su recaída y remisión de los cuadros depresivos. Una vez instaurado el tratamiento farmacológico se valora al paciente y su sintomatología a las 2 semanas con ayuda de las escalas para depresión, si hay mejoría notable se revalora a las 8 semanas para valorar remisión o ajuste del tratamiento, posteriormente a las remisiones se continua el tratamiento por 6 meses y se reevalúa.
- Se recomienda iniciar tratamiento de primera elección a pacientes que no tienen enfermedades psiquiátricas establecidas con fármacos como sertralina o citalopram.

- Se recomienda el uso de terapia combinada a base de psicoterapia y farmacoterapia.
- 2. Depresión melancólica: Se inicia antidepresivos tricíclicos o terapia combinada con tricíclicos y tratamiento electroconvulsivo.
- 3. Depresión atípica: Manifestaciones de depresión + hipersomnia, aumento de peso, hipersensibilidad al rechazo. Se inicia tratamiento con los inhibidores de monoamino oxidasa y de segunda elección los antidepresivos tricíclicos.
- 4. Depresión bipolar: síntomas de depresión + irritabilidad, disforia, inquietud, síntomas psicóticos, variaciones diurnas del estado de ánimos, mayor historia autolítica. Se inicia tratamiento con fluoxetina + olanzapina/quetiapina de liberación prolongada (31).

Estudios relacionados

Makarela Valera y Susan Galdames realizaron una investigación denominada depresión y apego al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH, atendidos en un hospital de Santiago de Chile. En 2014 se realizó una muestra con 119 pacientes. El método fue usando el programa SPSS versión 20.0, el análisis empezó con medidas de tendencia central, luego análisis de chi cuadrada para variables categóricas y T de student para variables continuas, se usó el inventario de depresión de Beck para evaluar depresión. El resultado fue depresión moderada a severa en pacientes con VIH en un 28% y un 68% de los pacientes habían reportado problemas para la adhesión al tratamiento antirretroviral, los pacientes con depresión mayor tienen 3 veces más riesgo de tener una mayor probabilidad de adquirir otras enfermedades por incumplimiento de su tratamiento (32).

Un protocolo de investigación realizado por Sandra Basilio y Paola García, se hizo el estudio tipo transversal analítico. En este estudio las autoras encuestaron 239 pacientes por muestreo aleatorio simple se escogieron a 188 pacientes con VIH e los cuales el 27.7% de ellos tenían depresión y el 65.4% no tenía una buena adherencia al tratamiento antirretroviral (33).

Un estudio de función familiar realizado por las autoras Danica Caldera y María del Pilar Pacheco, realizaron un estudio transversal simple en Guanajuato en la UMF 53 con 71 pacientes de la consulta externa con VIH de los dos turnos en el 2018 para determinar la funcionalidad familiar utilizando el APGAR familiar, el cual se concluyó que el 64% de los estudiados tiene disfunción familiar, falta de apoyo, menor apego al tratamiento antirretroviral y mayor prevalencia al trastorno mixto depresivo y ansioso. (34)

II. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el VIH y depresión es un problema de salubridad a nivel mundial. El número de personas con VIH ha ido incrementándose en los últimos años a pesar de existir métodos para evitar el contagio, múltiples métodos diagnósticos y tratamiento antirretroviral, sin embargo el simple hecho de contagiarse de VIH en etapas tempranas de la vida o en la adultez, con factores sociodemográficos como la carencia de educación, sexo/distención de género, estado civil, trabajo, la edad y la falta de apoyo por parte de la familia son predisponente para adquirir diversos grados de depresión a lo largo de la vida. La depresión es subdiagnosticada en muchas ocasiones en nuestro medio, por diferentes circunstancias, la depresión es una enfermedad que puede acentuarse o agravarse ante enfermedades asociadas y una de ellas es el impacto del diagnóstico de VIH, sumando los factores que predisponen a un grado de depresión mayor, conlleva a una disminución de la inmunidad secundario al no apego al tratamiento antirretroviral y como consecuencia de ello muerte, por lo cual se realizará este estudio se realizará para conocer la prevalencia del trastorno depresivo en los pacientes adultos con VIH del Hospital General Zona Número II.

Es trascendente identificar los factores de riesgo que conllevan a la depresión en la población de este estudio, ya que depende de los resultados se podrá establecer estrategias para la disminución de los casos de depresión, para llevar un buen control y apego a su tratamiento antirretroviral, así como la disminución de las probabilidades de infecciones asociadas, siendo nuestro proyecto significativo, porque nos otorga herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH y disminuir el gasto de los recursos financieros del Hospital.

Esta investigación es sumamente factible y viable, puesto que será llevado a cabo con recursos humanos con 1 investigador, instrumento de estudio; inventario de depresión de Beck, será aplicado a todo paciente adulto derechohabiente con VIH que acude al servicio de infectología/epidemiología en el hospital general número 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Los recursos materiales serán aportados por el investigador.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es una enfermedad que desde su descubrimiento a la fecha se ha hecho una pandemia a nivel mundial, en 2019 murieron cerca de 700 mil personas alrededor del mundo y se infectaron 1.7 millones de personas adultas, en México esta enfermedad afecta aproximadamente a 313 mil personas por año, en Chiapas cerca de 16 mil personas hasta el 2020 fueron diagnosticadas con VIH, sin embargo nos encontramos en un estado con alta prevalencia de factores asociados a esta enfermedad que puede agravar o complicar la enfermedad como la depresión en sus diferentes clasificaciones (leve, moderada y severa) y disminución de calidad de vida por esta infección.

El trastorno depresivo es la cuarta causa de discapacidad funcional en pérdidas de años de vida saludable a nivel mundial. En México la depresión es un problema importante de salud pública, ocupando la primera causa de discapacidad principalmente en mujeres adultos y novena causa en adultos hombres de entre 20 y 40 años de edad, pertenecientes a poblaciones de mayor vulnerabilidad como son hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadoras sexuales. Chiapas es uno de los estados con mayor rezago económico y alto índices de analfabetismo, esto puede llevar a convertirse como factor de riesgo para adquirir VIH y con ello aumentar la prevalencia e incidencia de depresión, otros factores de riesgo como la carencia de educación, sexo/distención de género, estado civil, trabajo, la edad y la ausencia del apoyo familiar son predisponentes para un mayor grado de depresión, sumando una infección crónica y sin cura como es el VIH el cual agrava los problemas de salud y psicológicamente, así como el mal apego al tratamiento antirretroviral y por consiguiente una mayor carga viral del VIH o con resistencia a

los fármacos de dicha patología, el trastorno depresivo es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes y aumentado su prevalencia en pacientes que padecen de VIH, por el cual no se le da la importancia el tratamiento psicológico como al tratamiento antiviral de la patología base. Motivos suficientes que nos permitan evaluar la depresión y sus factores de riesgo que conllevan a esta patología, con la finalidad de diagnosticar y enviar oportunamente a psicología y psiquiatría a los pacientes con depresión y VIH para mejorar la calidad de vida y al apego a su tratamiento correspondiente, es por esto que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes adultos con VIH en el HGZ N° II, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Conocer la prevalencia de depresión en pacientes adultos con VIH en el Hospital General Zona Número II del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, CHIS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el grado de depresión en pacientes adultos con VIH.
2. Conocer la frecuencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación) de las personas con VIH del HGZ No. 2.
3. Identificar el sexo más afectado por depresión en adultos con VIH.

V. HIPÓTESIS

1. La depresión grave es la enfermedad psiquiátrica asociada más frecuente en pacientes adultos con VIH en el Hospital General Zona Número II de Tuxtla Gutiérrez, CHIS.
2. La educación, ocupación y estado civil son los factores de riesgo más frecuente para depresión asociado a los pacientes adultos con VIH.
3. Las mujeres con grado de escolaridad baja, con VIH, tienen más riesgo de sufrir de depresión severa.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

- Por la metodología se considera: Descriptivo
- Por la inferencia del investigador en el estudio se considera: Observacional.
- Por la medición del fenómeno (número de mediciones) se considera: Transversal.
- Por la intención de investigar la asociación entre dos parámetros se considera: Analítico.
- Por el ambiente en que se desarrolla la investigación: Institucional.

LUGAR DE ESTUDIO: Hospital General Zona Número II del Instituto Mexicano del Seguro Social

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Derechohabientes adultos adscritos en la especialidad de infectología y epidemiología del hospital general zona número 2 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

PERIODO DE ESTUDIO: marzo 2021- abril 2022

PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: De Octubre del 2021 a febrero del 2022

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE MUESTRA: 1939 derechohabientes adultos con VIH atendidos en el Hospital General Zona Número II del IMSS, durante un periodo comprendido de aproximadamente 6 meses de septiembre 2021 a febrero 2021.

Se calculó el tamaño de muestra necesario tomando en cuenta el número de pacientes registrados en el servicio de ARIMAC del HGZ2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: 1939 total.

Tomando un nivel de confianza de 95% y un intervalo de confianza de 0.05, lo cual arrojó un tamaño de muestra de **328** pacientes que se encuestaran, con la siguiente fórmula para poblaciones finitas.

Dónde:

n: tamaño de muestra buscado. N: total de la población (1939).

Z_{α} : 1.96 al cuadro (Nivel de confianza 95%)

p: probabilidad de éxito. (50%)

q: probabilidad de fracaso (50%)

d: precisión (5%)

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Se tuvo una muestra de 328 pacientes, con una confianza de 95% y con una precisión de 95 %.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUESTIONARIO DE LA CEDUDA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El primer rubro del instrumento se basa en las variables sociodemográficas.

2. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Instrumento

Inventario de depresión de Beck:

Es un cuestionario el cual aplicado por el propio paciente con pluma y papel. Con un alfa de Cronbach de 0.91 y una sensibilidad y especificidad de 90.2 y 86%, consta de 21 de ítems, en el cual la puntuación mínima es 0 y la máxima 63 puntos para evaluación del grado de depresión, esta escala evalúa sintomatología como tristeza, anhedonia, llanto, culpabilidad, ideas suicidas, etc. Estos síntomas corresponden a criterios de CIE-10 y DSM-V

INTERPRETACION:

Grados de severidad:

- Normal: 0-9 puntos.
- Depresión mínima: 10-13 puntos.
- Depresión leve: 14-19 puntos.
- Depresión moderada: 20-28 puntos.
- Depresión grave: 29-63 puntos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

2. Derechohabientes adultos con VIH adscritos al hospital general zona núm. 2 IMSS
3. Derechohabientes con VIH que firmen el consentimiento informado.
4. Derechohabientes con VIH que se encuentran en la edad por encima de 18 años (adultos).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes menores de 18 años con VIH
2. Pacientes adultos con VIH sin sintomatología depresiva.
3. Pacientes que no acepten participar

Criterios de Eliminación:

1. Encuestas incompletas o mal requisitadas.

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICO

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se recolecto la información del instrumento y posteriormente se ingresaron los datos a la base del programa estadístico SPSS versión 26 en español, donde se realizó la estadística descriptiva en el caso de las variables de tipo sociodemográficas, variables dependiente e independiente de la población estudiada utilizaremos las medidas de tendencia central (media), y dispersión (desviación estándar), frecuencia y porcentajes.

Posteriormente se presentó la información analizada en tablas y gráficas.

PROCEDIMIENTO:

Este estudio se someterá a revisión del Comité Local de Investigación número 703 y Ética en salud (CLIESIS) número 7038 de la unidad de medicina familiar número 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Posteriormente de ser aceptada se registrará en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en salud (SIRELCIS), para su aceptación final.

Una vez registrado se girarán los oficios convenientes para que el directo del hospital general zona número 2 del IMSS, nos facilite las herramientas para la aplicación del presente estudio.

A los (a) derechohabientes que cumplan con todos los criterios para este estudio, se realizará la recolección de datos a través del formato sociodemográfico y escala de Beck.

Lo siguiente es someter la información a análisis estadístico con referencia a los objetivos del estudio, por último, por último, se realizará la discusión y reporte de resultados a través de gráficas.

VII. VARIABLES:

VARIABLES DEPENDIENTES:

- a. Depresión
- b. VIH

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- 1. Edad
- 2. Sexo
- 3. Escolaridad
- 4. Estado civil

VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	definición concepto	Definición operacional	escala de medición	indicador
DEPRESION	Estado mental que se caracteriza por sentimientos permanentes de tristeza, perdida de la energía y dificultad para manejarse en la vida cotidiana normal.	Es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción, por las actividades y experiencias de la vida diaria, la vida incluye desmotivación, alteraciones motivacionales, cognitivas, físicas y conductuales.	Inventario de BECK Cuantitativa	Normal:0-9 puntos. Depresión mínima: 10-13 puntos. Depresión leve: 14-19 puntos. Depresión moderada: 20-28 puntos. Depresión grave:29-63 puntos.
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana	Enfermedad compleja, inmunodeficiencia producida por	Carga viral Cuantitativa	Detectable indetectable

	el VIH, como consecuencia disminución de linfocitos TCD4, con múltiples repercusiones sistémicas.
--	--

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	Definición Concepto	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador
EDAD	Tiempo que vive una persona contando desde el nacimiento	Número de años que vive una persona hasta la actualidad.	Discreta	a) 18 a 54 años b) 55-64 años c) 65-74 años d) 75-84 años e) > 85 años
SEXO	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres	Condición genética y biológica que divide a las personas en hombre y mujer según su aparato	Cualitativa nominal dicotómica	a) Hombre b) mujer

ESTADO CIVIL	Humanos.	reproductor		
	La condición particular que hace a una persona realizar sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Es la situación de las personas física determinada por sus relaciones de familia, provenientes de matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa nom-in al	Soltero (a) Unión libre Casado Divorciado Viudo
ESCOLARIDAD	Años d e escolaridad del paciente	Años cursados de escolaridad del paciente	Cualitativa ordinal	0= sin escolaridad 1= primaria 2= secundaria 3= preparatoria o mas

IX. RECURSOS PARA EL ESTUDIO: FINANCIEROS Y FACTIBLES

RECURSOS HUMANOS

- Asesor Metodológico
- Investigador
- Encuestados

MATERIALES

CONCEPTO	CANTIDAD
Computadora	1
Impresora	1
Hojas blancas	1350
Engrapadora	1
Grapas (Cajas)	1
Lápiz	1
Lapiceros	2
Borrador	1
Calculadora	1
Programa SPSS	1
Formatos	1
Formatos consentimiento	328

FINANCIEROS

Los gastos generados durante el estudio fueron financiados con recursos propios del investigador.

X. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación se apegará al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y a las normas éticas. Tomándose en cuenta lo establecidos en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en materia de investigación para la salud en México (SSA 2018), los resultados obtenidos serán confidenciales y se protegerán y se protegeré la privacidad de cada participante en este estudio.

Se someterá a evaluación y aprobación por el comité local de investigación en salud N.703 y el comité local de ética en investigación en salud N. 7038 de la unidad de medicina familiar de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se confirmó su viabilidad y realización.

Esta investigación se clasificó como estudio sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I, en el artículo 17 párrafo 1. De acuerdo al artículo 23 del mismo reglamento de la Ley General de Salud: En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin realizarse por escrito y tratándose de estudios sin riesgos, podrá otorgarse al investigador la oportunidad del consentimiento informado.

Esta investigación en salud se realiza tomando en cuenta al respecto a los derechos de privacidad de la información obtenida de cada participante, el formulario se aplicará de forma confidencial y al propio

paciente solicitando datos personales, tales como estado civil, sexo, edad, nivel de escolaridad.

Previo a la aplicación del consentimiento informado se explicará al paciente de forma rápida, clara y precisa del contenido de la encuesta, el cual se les proporcionará toda información y todos los datos personales que estos den, será totalmente confidencial.

Este estudio se basa en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM); Guía de recomendaciones para los médicos. Los principios éticos para las investigaciones en salud en seres humanos, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989. 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

En esta declaración se menciona los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha propuesto la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos. La declaración debe ser considerada como un todo y aplicado con consideración a los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a toda persona que se involucre en la investigación médica en seres humanos.
3. La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, vincula al médico con dicho Hipocrático “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente. El código internacional de ética médica afirma que: El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación, que debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de las investigaciones médicas en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente, para que sean seguras, eficaces y de calidad.
7. La investigación médica esta sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de las personas que participan en la investigación.

9. En la investigación médica, es el deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialización del individuo. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en el médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes de la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas.

13. Los grupos que están sub-representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en el estudio, sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costo. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para las personas que participan en el estudio.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidad de sufrir abusos o daño adicional.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de la información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar como se han considerado los principios enunciados en esta declaración.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebidamente calificado.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las personas que participen en la investigación y su confidencialidad de la información personal.

25. Las personas que participen en la investigación deben dar su consentimiento informado de forma voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar con sus familiares o líderes de su comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado, será incluida en el estudio.

26. En investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante tiene la capacidad de recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el paciente potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal.

29. Sin un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con la enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de investigación.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de atención que tiene relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización.

32. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación solo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada.

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva debe ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias: cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor aprobada.

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y el gobierno de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificadas como beneficiosas en el ensayo.

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponibles al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, directores y editores todos tienen la obligación ética con respecto a la publicación y difusión de los resultados de investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de la información.

37. Cuando la atención de un paciente las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de expertos, con el consentimiento informado del paciente o representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da una esperanza de salvar su vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento.

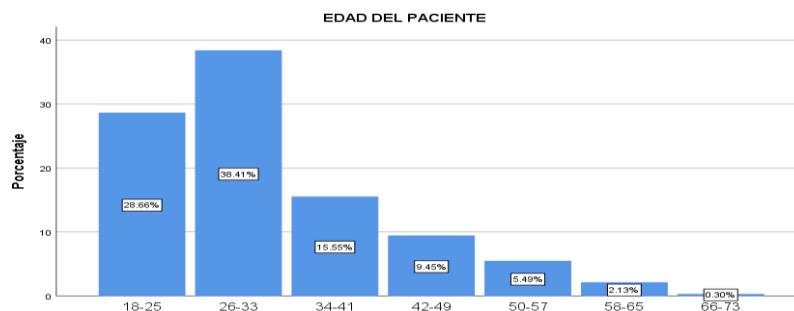
Los párrafos 26,27,28 y 29 han sido revisados editorialmente por el secretario de la AMM el 5 de mayo de 2015.

IX. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

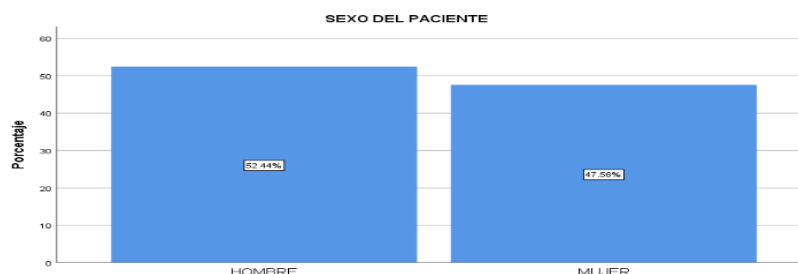
En este estudio se incluyeron a un total de 328 adultos mayores de 18 años en el Hospital General Zona Número II, Tuxtla Gutiérrez, CHIS. Los cuales ninguno padecía depresión antes del diagnóstico de VIH. La distribución por grupo de edad se representa en la gráfica I. Encontrándose que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de VIH y depresión se encuentra entre la edad de 26 a 33 años en un 38.41%, seguidos de los jóvenes de entre 18-25 años en un 28.66%. En relación con el sexo de los pacientes con depresión, el 52.44% eran hombres y el 47.56% mujeres. (Grafica 2).

GRAFICA I. Distribución de pacientes por grupo Etario.



FUENTE. Instrumento de medición y Base de datos del estudio.

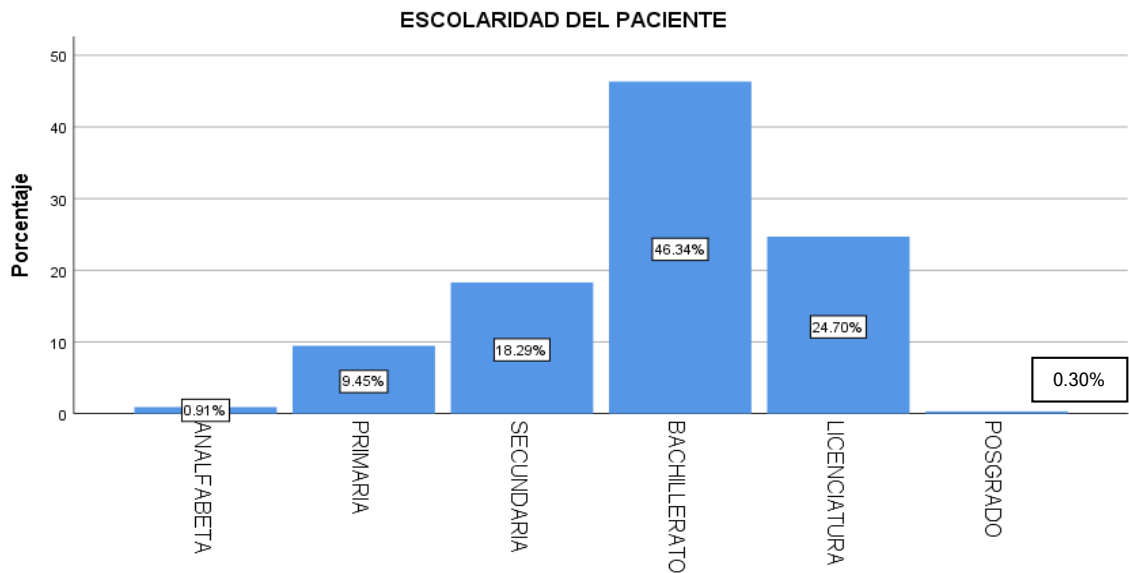
GRÁFICA II. Sexo de los pacientes incluidos.



FUENTE. Instrumento de medición y Base de datos del estudio.

En base con la escolaridad, un 0.91% fueron analfabetas, el 9.45% tenían escolaridad primaria, el 18.29% secundaria, bachillerato o preparatoria el 46.34%; es decir la escolaridad de nivel medio superior predominó. Seguida de la escolaridad superior licenciatura con el 24.70% y la menos predominante fueron las personas con posgrado representando el 0.30%. (Grafica 3).

GRÁFICA 3. Escolaridad de los pacientes.



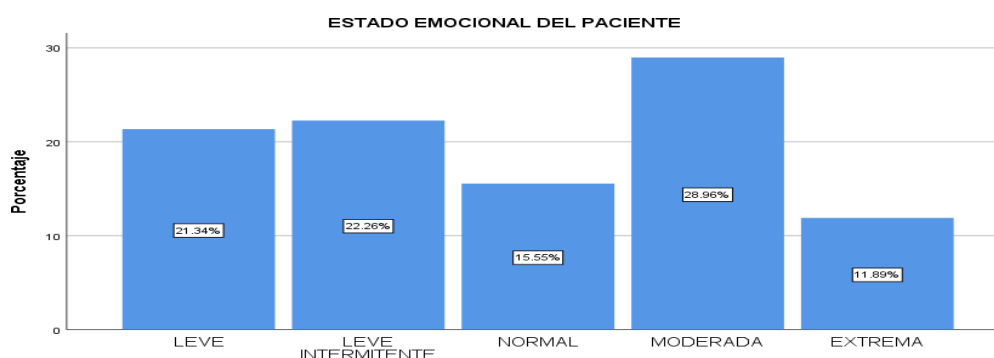
FUENTE. Instrumento de medición y Base de datos del estudio.

En relación al estado civil predominante fueron los solteros en un (39.9%) seguido por los casados con un (25.3%); el restante eran divorciados o vivían en unión libre, en un 14.3% y 20.4% respectivamente. (Tabla I).

Tabla I. características socio-demográficas.		
Característica	n	%
Estado civil		
Soltero(a)	131	39.9
Casado(a)	83	25.3
Divorciado(a)	47	14.3
Unión libre	67	20.4
Fuente. Instrumento De medición y Base de datos del estudio.		

En relación al estado emocional del paciente de acuerdo a los criterios de Beck para trastorno depresivo, se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados tienen una depresión moderada con un 28.96%; seguido de un 22.26% con depresión leve intermitente, depresión leve con un 21.34%, depresión extrema en un 11.89% y un 15.55% no padecen depresión. (Grafica 4).

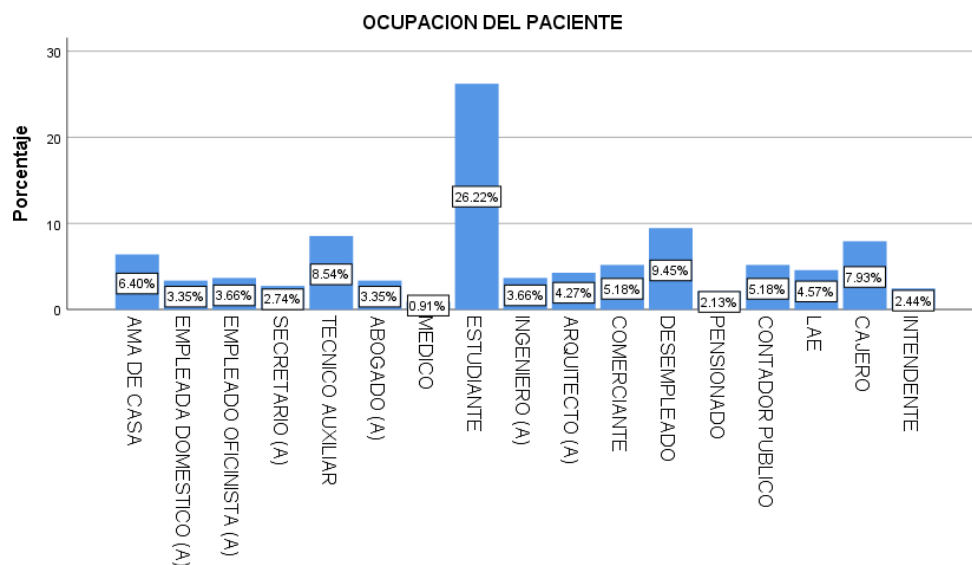
GRÁFICA 4. Estado emocional del paciente.



FUENTE. Instrumento de medición y Base de datos del estudio.

De acuerdo a la ocupación del paciente el predominio está en los estudiantes con un 26.22%, seguido de las personas desempleadas con un 9.45%, técnicos auxiliares en un 8.54%, cajeros en un 7.93%, amas de casa en un 6.40%, contadores públicos y comerciantes en un 5.18%, licenciados en administración de empresas en un 4.57%, arquitectos en un 4.27%, ingenieros y empleados oficinistas en un 3.66%, abogados y empleadas domésticas en un 3.335%, secretarios en un 2.74%, intendentes en un 2.44%, pensionados en un 2.13% y la ocupación menos predominante en este estudio fueron los médicos con un 0.91%. (Grafica 5).

GRÁFICA 5. Ocupación del paciente



FUENTE. Instrumento de medición y Base de datos del estudio.

XII. DISCUSIÓN

Los adultos mayores de 18 años con VIH, se encuentran predispuestos a padecer cierto grado de depresión en algún momento de su vida o al inicio del diagnóstico. Existen múltiples factores de riesgo o asociados a padecer esta enfermedad inmunitaria, se ha encontrado que la escolaridad media o básica, el desempleo, la pobreza, la escolaridad influyen mucho para adquirir el VIH y sobre todo que conlleve a la depresión y mala calidad de vida por sus consecuencias.

Por ello, identificar la depresión en esta población, como lo hicimos en este estudio, es de suma importancia para su derivación oportuna a las especialidades correspondientes. A continuación, revisamos los principales hallazgos de este estudio.

El sexo predominante fueron los hombres, la edad de los pacientes encuestados osciló entre los 18 y 73 años, con predominio entre edades de 26 a 33 años de edad, Además, la mayoría de los pacientes tenían escolaridad nivel medio superior, el estado civil más común fueron solteros y casados, las ocupaciones más frecuentes fueron ser estudiante y el desempleo, se encontró en este estudio un grado de depresión moderada en la mayoría de los pacientes con diagnóstico de VIH, por el que se sugiere incrementar la consejería a este grupo de pacientes en toda la república y énfasis a estudiantes vulnerables para adquirir VIH y por consiguiente depresión.

Este perfil sociodemográfico de los pacientes es similar al perfil sociodemográfico de los adultos que padecen VIH con depresión, en términos de distribución por sexo, también coincide con la proporción de solteros y casados de los adultos mayores mexicanos, ya que el estado civil soltero y casado predomina en esta población. También en la población mexicana predomina la escolaridad básica y media superior. Por tanto, el perfil sociodemográfico de los pacientes del Hospital General Zona No.2 de Tuxtla Gutiérrez es similar al de los adultos mayores, mexicanos. Se recomienda una educación adecuada a la población sobre las enfermedades de transmisión sexual, su prevención y las consecuencias de lo que esta enfermedad pudiera ocasionar o repercutir en la vida de los adolescentes, por lo que se insiste en mayor énfasis en difusión para la prevención de enfermedades de transmisión sexual por parte del médico familiar de primer nivel, el cual se podría evitar mayores gastos para el instituto en uso de recursos de consulta, tratamiento y valoraciones o estudios especializados en segundo o tercer nivel, por el cual se sugiere e insiste que al tener un paciente estudiante, adolescente con altos factores de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual se pueda abordar desde temprano y enviar a psicología de forma oportuna y en caso de diagnosticarse con VIH su prevención secundaria y envió a infectología y epidemiología para su apego al tratamiento, así como su valoración psicológica y psiquiátrica para disminuir el impacto emocional de estos pacientes y evitar un riesgo suicida y a mayores gastos y recursos por parte del instituto mexicano del seguro social.

XII. ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	ACTIVIDAD	2021						2022											
		MAR-	MAY-JUL	AGO	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
1	Planteamiento del problema.	X																	
2	Elaboración de antecedentes.		X																
3	Revisión de bibliografía y protocolo.		X																
4	Revisión de protocolo por el comité local del CLI.			X	X														
5	Aplicación de encuesta.																		
				X															
6	Recolección de datos.				X	X	X	X	X										
7	Tabulación de resultados.								X										
8	Análisis de datos.									X									
9	Presentación de resultados.										X								

Carta no inconveniente y autorización por parte del director del H.G.Z.2
IMSS para realización de protocolo de investigación:

 **GOBIERNO DE
MÉXICO**  **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
Órgano de Operación Administrativa
Hospital General de Zona No.2
Coordinación de Educación e Investigación en Salud



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 18 DE AGOSTO DEL 2021.

MEMO No. 070101250903/296/2021

DRA AIDA MURILLO CHAVEZ
MEDICO FAMILIAR

DR. KEVIN EDUARDO CORTES SANTIAGO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

Por medio del presente le informo que NO existe inconveniente por parte del H.G.Z. N° 2, para realizar el protocolo de investigación con Título: "PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES ADULTOS CON VIH EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS".

Le recuerdo que antes de iniciar la recolección de información deberá someterlo a consideración del comité de investigación y ética en Investigación para su autorización.

Agradeciendo la atención a la presente, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"


Dra. Zoila C. Barrios Aguilar
DR. FERNANDO FRANCO VARGAS
ENC. DIRECCIÓN DEL H.G.Z. N° 2 - 2021
 
Subdirección Médica
HGZ 2
Mat. 98292142

JJGC/Ero.



ENCUESTA A DERECHO-HABIENTES ASCRITOS EN HGZ II

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Esta encuesta es confidencial. Favor de llenar la edad y subrayar o encerrar las opciones que más le convenga.

DEL PACIENTE		
1. ¿Cuál es su edad _____ años		
2. Sexo		
a) hombre	b) mujer	
3. ¿Cuál es su escolaridad?		
A) analfabeta	b) primaria	c) secundaria
d) Bachillerato o equivalente	e) licenciatura	f) posgrado
4. ¿cuál es su estado civil?		
a) Casado (a) <u> </u>	b) unión libre	c) divorciado (a)
d) viudo (a) <u> </u>	e) soltero (a)	

ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inventario de depresión de Beck. En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale con una X (en el número correspondiente: 0,1,2,3 y en algunos casos 1,1 a,1 b,2 a, 2 b, 3 a, 3 b) cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Se 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 su selección. Se puntuará de 0-1-2-3.

1. TRISTEZA	2. PESIMISMO
(0) No me siento triste. (1) Me siento triste. (2) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. (3) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	(0) No estoy desalentado respecto a mi futuro (1) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. (2) No espero que las cosas funcionen para mi. (3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.
3.FRACASO	4. PERDIDA DEL PLACER
(0) No me siento como un fracasado. (1) He fracasado más de lo que hubiera debido. (2) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. (3) Siento que como persona soy un fracaso total.	(0) obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. (1) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo (2) Obtengo muy poco de placer de las cosas que solía disfrutar.
5. SENTIMIENTO DE	6. SENTIMIENTO DE

CULPA	CASTIGO
(0) No me siento particularmente culpable. (1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debía haber hecho. (2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. (3) Me siento culpable todo el tiempo.	(0) No siento que he este siendo castigado. (1) Siento que tal vez pueda ser castigado. (2) Espero ser castigado. (3) Siento que estoy siendo castigado.
7.DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO	8. AUTOCRITICA
(0) Siento acerca de mí lo mismo que siempre. (1) He perdido la confianza en mí mismo. (2) Estoy decepcionado conmigo mismo. (3) No me gusto a mí mismo.	(0) No me critico ni me culpo más de lo habitual. (1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. (2) Me critico a mí mismo por todos mis errores. (3) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. PENSAMIENTOS O	10. LLANTO

DESEOS SUICIDAS	
(0) No tengo ningún pensamiento de matarme (1) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. (2) Querría matarme. (3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	(0) No lloro más de lo que solía hacerlo. (1) Lloro más de lo que solía hacerlo. (2) Lloro por cualquier pequeñez. (3) Siento ganas de llorar, pero no puedo.
11. AGITACION	12. PERDIDA DEL INTERES
(0) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. (1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. (2) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. (3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	(0) No he perdido el interés en otras actividades o personas. (1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. (2) He perdido caso a todo el interés en otras personas o cosas. (3) Me es difícil interesarme por algo.
13. INDECISIÓN	14.

	DESVALORRIZACION
(0) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. (1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. (2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. (3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión	(0) No me siento que yo no sea valioso (1) No me siento menos valioso cuando me comparo con otro. (2) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. (3) Siento que no valgo nada.
15. PERDIDA DE ENERGIA	16. CAMBIOS EN LOS HABITOS DEL SUEÑO
(0) Tengo tanta energía como siempre. (1) Tengo menos energía que la que solía tener. (2) No tengo suficiente energía para hacer demasiado. (3) No tengo suficiente energía para hacer nada.	(0) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. (1ª) Duermo un poco más que lo habitual. (1b) Duermo un poco menos que lo habitual. (2ª) Duermo mucho más que lo habitual. (2b) Duermo mucho menos que lo habitual.

	(3ª) Duermo la mayor parte del día. (3b) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.
17. IRRITABILIDAD	18 CAMBIOS EN EL APETITO
(0) No estoy tan irritable que lo habitual. (1) Estoy más irritable que lo habitual. (2) Estoy mucho más irritable que lo habitual. (3) Estoy irritable todo el tiempo.	(0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito. (1ª) Mi apetito es un poco menor que lo habitual. (1b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. (2ª) Mi apetito es mucho menor que lo habitual. (2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. (3ª) No tengo apetito en lo absoluto. (3b) quiero comer todo el día.
19 DIFICULTAD DE CONCENTRACION	20. CANSANCIO O FATIGA
(0) Puedo	(0) No estoy más

concentrarme tan bien como siempre. (1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. (2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. (3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	cansado o fatigado que lo habitual. (1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. (2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. (3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21. PERDIDA DE INTERES EN EL SEXO	
(0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. (1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. (2) Estoy mucho menos interesado en el sexo. (3) He perdido completamente el	Interés por el sexo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____,
(paciente), acepto de forma voluntaria ser incluido como persona de estudio de investigación, en este proyecto científico denominado: **“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON VIH EN EL HOSPITAL GENERAL ZONA NÚMERO II EN LA CIUDAD DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.** Posterior a comprender la información otorgada y comprendida en su totalidad de dicho proyecto de investigación, a los riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos que este estudio podrá aportar y en el entendido que:

1. No habrá ninguna sanción en mí en caso de no aceptar la invitación.
2. Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la carta de revocación respectiva si lo considero pertinente, pudiendo si así lo deseo, recuperar toda información obtenida de mi participación.
3. No hare ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio
4. Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos, producto de mi participación.
5. Si con los resultados de mi participación como paciente se hiciera evidente algún problema, se me brindara orientación al respecto.
6. Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre y Firma del quien proporcione la información para fines del consentimiento: _____

Nombre y firma del testigo: _____

XIV. BIBLIOGRAFÍAS

1. Manuela CA. Virus de inmunodeficiencia humana: hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento. Medigraphic.com. 2019. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2019/ei192e.pdf>
2. Cordero RB. Patogénesis del VIH/SIDA. Medigraphic.com. 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>
3. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA. Gob.mx. 2012. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/manual-de-procedimientos-estandarizados-para-la-vigilancia-epidemiologica-del-vih-sida>
4. Morán Arribas M, Rivero A, Fernández E, Poveda T, Caylá JA. Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2018; 36:3-9.
5. Jorge Maldonado Torres CMS y. DMR. VIH: ciclo biológico, patogenia y tratamiento. biología molecular, evolución química y astrobiología. 2021.
- 6 Del Valle VAL, Moscol GBT, del Roció Varas Landivar N, Vega MBG. Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA. revista científica mundo de la investigación y el conocimiento. 2018; 2:1-22. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/339>
- 7 Secretaria de Salud S de P y. P de la S. Manual de procedimiento estandarizados para la vigilancia Epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Gob.mx. Marzo 2020. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37_Manual_VIH-SIDA_2020.pdf

8. Catalina Sánchez Álvarez, José Julián Acevedo Mejía, Miguel González Vélez. Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana. revista CES salud pública. 2012;28-37.
9. Jacome SPC. Factores de riesgo para la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Ecuador. revista médica ocronos. el 20 de noviembre de 2020;65.
10. Humberto P. Anangono-Morales, Glubis W. Gómez-Peláez, Hugo A. Luna- Rodríguez. Transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). revista científica dominio de las ciencias. 2019; 5:453-66.
11. Emilio Vidal Borrasi MPD y. JFL. Conocimientos sobre prevención d transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana en la comunidad de la Silsa. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2016;15(3):377-387.
12. Secretaria de salud. Diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención. CENETEC. 2008;12-4.
13. Secretaria de salud. guía para la detección del virus de inmunodeficiencia humana. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida. 2018;7-8.
14. Carrasco RIA. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Acta Médica peruana. 2017;314
15. Buzón MJ. Documento de consenso de GESIDA sobre control y monitorización de la infección Por el VIH. 2018.
16. Recomendaciones del paciente adulto con infección por el VIH. Cenetec-difusion.com. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-245-09/ER.pdf>
17. Baliga CS, Shearer WT. VIH/SIDA. En: Atlas de Alergia e Inmunología Clínica [Internet]. Elsevier; 2019. p. 351-67. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
18. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Unaid.org. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
19. Ulises López Sánchez DJOR. factores socioculturales y conductas sexuales de riesgo del VIH en hombres adultos latinoamericanos: revisión sistemática. 2020;1-16.
20. Deisy Cardona OM. ciencias epidemiológicas y salubrista. Revista Habanera de Ciencias Médicas. (noviembre 2016). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n6/rhcm10616.pdf>
21. Soto J, Cruz J. Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. Ecorfan.org. Disponible en: <https://www.ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T-IV/ARTICULO%201.pdf>

22. GESIDA. documento de consenso sobre el manejo clínico de la comorbilidad neuropsiquiátrica y cognitiva asociada a la infección por vih-1. 2020.
23. Iglesias M. 30 años del VIH-SIDA. centro de investigaciones en enfermedades infecciosas. 2011;240.
24. México SS. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. 1 de diciembre de 2015 p. 14.
25. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev Medica Sinerg. 2020; 5 (12):610.
26. Washington DC: estimaciones SM. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Organización Panamericana de la Salud; 2017. 24 p.
27. Caballero-Suárez NP, Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)., Rodríguez Estrada E, Candela-Iglesias M, Reyes-Terán G. Comparison of levels of anxiety and depression between women and men living with HIV of a Mexico City clinic. Salud Ment (Mex). 2017;40(1):15-22.
28. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014.
29. Londoño Pérez C, González Rodríguez M. prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. Acta Colombiana de Psicología. 2016; 19:315-9.
30. Del Cid MTC. La depresión y su impacto en la salud pública. revista médica honduras. 2021; 89:1-68.
31. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5 (R): Edición en español de la Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R). Arlington, TX, Estados Unidos de América: Publicaciones de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2014.
32. Valera y Susan Galdames M. Depresión y adhesión a terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el hospital san pablo de Coquimbo, Chile. Revista chilena de infectología. 2014;323-8.
33. Sandra y Rodríguez García b. depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA. universidad privada Antenor Orrego facultad de medicina humana; 2020.
34. Danica Caldera-Guzmán M del PP. Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. 2020; 15:48-53.