



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31**

TÍTULO DE LA TESIS:

**“TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA”**

NÚMERO DE REGISTRO

R-2017-3609-64

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**CALDIÑO FLORES ROCIO**

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

ROBERTO SAN PEDRO HERNÁNDEZ





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# “TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**CALDIÑO FLORES ROCIO**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:




---

**DR. JOSÉ LUIS MONTES CERVANTES**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS



---

**DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS




---

**DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ.**  
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS

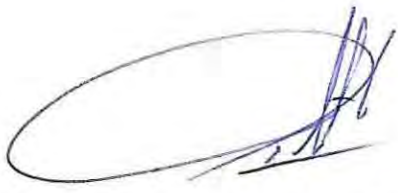


**U. N. E. No. 31**  
**DIRECCION**



---

**Teresa Alvarado Gutiérrez**  
Médica Familiar Profesora Titular de Médicos  
Residentes de Medicina Familiar en la UMF 31



---

**Roberto San Pedro Hernández**  
Médico Internista Encargado de la Clínica de SIDA  
del HGZ No. 47 Vicente Guerrero IMSS

CIUDAD DE MÉXICO

MAYO 2018

**“TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**CALDIÑO FLORES ROCIO**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31**



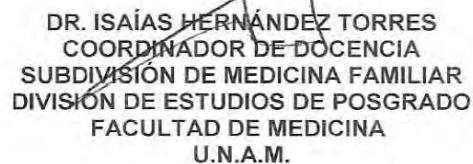
**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

U.N.A.M.

U.N.A.M.



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

U.N.A.M.



**U. N. F. No. 31**  
**DIRECCION**



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3609** con número de registro **13 CI 09 014 189** ante COFEPRIS  
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR, D.F. SUR

FECHA **10/01/2018**

**DR. TERESA ALVARADO GUTIERREZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA"**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3609-64

ATENTAMENTE

**DR.(A). FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión de la MF Teresa Alvarado Gutierrez y del MI Roberto San Pedro Hernández, a quienes me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento, por hacer posible la realización de este estudio. Además de agradecer la paciencia, tiempo y dedicación que tuvieron para que esto saliera de manera exitosa.

Gracias por su apoyo, por ser la columna vertebral de mi tesis.

A mis padres por apoyarme en todo lo que me he propuesto, por ser el apoyo más grande durante mi educación, que sin ellos no hubiera logrado mis metas y mis sueños. Por ser mi ejemplo a seguir, por enseñarme a continuar aprendiendo todos los días sin importar las circunstancias del tiempo.

A mi hermana por apoyarme y animarme a lograr este sueño que se está haciendo realidad.

A mi sobrina que es uno de mis motores que me impulsa a ser mejor cada día, para que siempre se sienta orgullosa de mí.

A Dios, por brindarme la oportunidad de vivir, por permitirme disfrutar cada momento de mi vida y guiarme por el camino que ha trazado para mí.

<b>DATOS DEL ALUMNO</b>	
Apellido paterno	Caldiño
Apellido materno	Flores
Nombre	Rocio
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Familiar
No. de cuenta	97261742
<b>DATOS DEL ASESOR</b>	
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
Apellido paterno	San Pedro
Apellido materno	Hernández
Nombre	Roberto
<b>DATOS DE LA TESIS</b>	
Título	<b>“TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA”</b>
No. de páginas	56
Año	2018

## ÍNDICE

	PÁGINA
1.-RESUMEN	9
2.-INTRODUCCIÓN	11
2.1. Marco Epidemiológico	12
2.2. Marco Conceptual	14
2.3. Marco Contextual	17
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
4.1. Pregunta de Investigación	22
5. OBJETIVOS	23
5.1. General	23
6. HIPÓTESIS	23
7. MATERIAL Y MÉTODO	24
7.1 Periodo y sitio de estudio	24
7.2 Universo de trabajo	25
7.3 Unidad de análisis	25
7.4 Diseño de estudio	25
7.5. Criterios de selección	25
7.5.1. Criterios de inclusión	25
7.5.2. Criterios de exclusión	26
8. MUESTREO	26
8.1. Cálculo del tamaño de muestra	27
9. VARIABLES.	28
9.1. Operacionalización de variables	28



10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	33
11. ANALISIS ESTADÍSTICO	34
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
13. RECURSOS	37
13.1. Humanos	37
13.2. Materiales	37
13.3. Económicos	38
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	38
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	39
16. RESULTADOS	40
17. DISCUSIÓN	43
18. CONCLUSIONES	44
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	45
20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
20. ANEXOS	51
18.1. Hoja de Consentimiento Informado	51
18.2. Hoja de Recolección de datos	52
18.3. Indicador de Depresión de Beck II	54

## 1.- RESUMEN

### **“TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA”**

\* Rocio Caldiño Flores, \*\* MF. Teresa Alvarado Gutiérrez, \*\*\* MI Roberto San Pedro Hernández.

\* Residente de Primer Año de Medicina Familiar UMF No. 31 “Iztapalapa”.

\*\* Médica Familiar, Profesora Titular de Médicos Residentes de Medicina Familiar.

\*\*\* Médico Internista en Hospital General de Zona No. 47 “Vicente Guerrero”.

**Antecedentes:** Actualmente en el VIH la expectativa de vida es más larga por lo que se ha transformado en una enfermedad crónica; afectado el estado mental y emocional y no nada más el estado fisiológico ya que lo rodean grandes estresores como son los socioeconómicos y socioculturales; lo que los lleva a la disminución de la energía emocional alterando su calidad de vida.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de Depresión en pacientes con VIH/SIDA de Clínica de SIDA (CLISIDA) del Hospital General de Zona No. 47 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31 por medio de un tamizaje.

**Materia Y Método:** Estudio trasversal en donde previo consentimiento informado participaron pacientes de la Clínica de SIDA (CLISIDA) del Hospital General de Zona No. 47 y se seleccionaron los pacientes que son adscritos a la Unidad de Medicina Familia No. 31 y se les aplicó el cuestionario Indicador de Depresión de Beck II (BDI II) y los datos obtenidos se procesaron en programa estadístico SPSS de acuerdo con las variables establecidas, utilizando estadística descriptiva.

**Resultados:** Se tomó una muestra de 145 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró que predomina sintomatología mínima de depresión con un 75.2%, seguido de síntomas de depresión moderada con un 19.3%, depresión leve solo con el 5.5 %, no encontrando síntomas de depresión grave en la población.

**Palabras Clave:** *VIH/ SIDA, Depresión.*

## SUMMARY

### "SCREENING OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH HIV / AIDS"

\* Rocio Caldiño Flores, \*\* MF. Teresa Alvarado Gutiérrez, \*\*\* MI Roberto San Pedro Hernández.

\* Residente de Primer Año de Medicina Familiar UMF No. 31 "Iztapalapa".

\*\* Médica Familiar, Profesora Titular de Médicos Residentes de Medicina Familiar.

\*\*\* Médico Internista en Hospital General de Zona No. 47 "Vicente Guerrero".

**Background:** Currently in HIV, the life expectancy is longer so it has become a chronic disease; affected the mental and emotional state and not just the physiological state since they are surrounded by great stressors such as socioeconomic and sociocultural; which leads to the decrease of emotional energy altering their quality of life.

**Objectives:** To determine the frequency of depression in patients with HIV/AIDS of the AIDS Clinic (CLISIDA) of the General Hospital of Zone No. 47 assigned to the Family Medicine Unit No. 31 by means of a screening.

**Material and Method:** Cross-sectional study in which prior informed consent patients from the AIDS Clinic (CLISIDA) of the General Hospital of Zone No. 47 participated and patients who are assigned to the Family Medicine Unit No. 31 were selected and applied the Beck II Depression Indicator questionnaire (BDI II) and the data obtained were processed in the SPSS statistical program according to the established variables, using descriptive statistics.

**Results:** A sample of 145 patients who met the inclusion criteria was taken. It was found that minimal symptoms of depression predominate with 75.2%, followed by symptoms of moderate depression with 19.3%, mild depression only with 5.5%, not finding symptoms of severe depression in the population.

**Keywords:** HIV / AIDS, Depression.

## **2.- INTRODUCCIÓN**

La infección de Virus de inmunodeficiencia humana es considerada actualmente como una enfermedad crónico-degenerativa, consumiendo recursos tanto físicos como psicológicos, acompañado de estigmas sociales, que provienen del entorno que los rodea como es el familiar, los prestadores de salud y la sociedad en general, en donde se ve afectado el estado mental y emocional y no nada más el físico, enfrentando sentimientos de culpa y venganza contra sí mismos y contra la persona que posiblemente los contagio, llevando a tratos discriminatorios laborales, familiares en el sistema de salud y sistema social, contribuyendo a presentar comorbilidades, uno de ellos son los trastornos neuropsiquiátricos, siendo la Depresión el trastorno mas prevalente. En la literatura se menciona que la prevalencia de Depresión en pacientes que padecen VIH/SIDA es cuatro veces mayor que en la población general. Sin embargo, a pesar de todo ello, el diagnóstico de depresión en el primer nivel de atención se encuentra subdiagnosticado, por lo que se requieren adecuados tamizajes para la oportuna detección de síntomas de depresión en pacientes portadores de VIH.

## 2.1 Marco epidemiológico.

Datos obtenidos de estudios por ONUSIDA estima que existen 36.7 millones de personas que vivían con VIH en todo el mundo hasta el 2016. La región en donde se concentra el mayor número de personas infectadas es en África Oriental y Meridional con 19.4 millones, con mayor prevalencia en Sudáfrica con 7 millones de personas infectadas. En América Latina se reportan 1.8 millones, con Brasil como el país con mayor número de personas infectadas con 830 mil personas. En México se han reportado en el 2016, 220 mil personas infectadas. <sup>(1)</sup>

El Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA (CENSIDA) de la Secretaría de Salud informa que hasta el primer trimestre de 2017 hay 189,418 casos de SIDA son notificados, el estado con mayor tasa por 100 habitantes de casos nuevos diagnosticados de VIH y de SIDA es Campeche; sin embargo; la Ciudad de México continúa teniendo el primer lugar con un total de 27,628 personas infectadas en la que la mayoría son hombres. <sup>(2)</sup> Dentro de la Ciudad de México se reportan el mayor número de defunciones por complicaciones de SIDA en las Delegaciones de Iztapalapa, Azcapotzalco y Coyoacán. <sup>(3)</sup> En la delegación Iztapalapa se encuentra ubicada la UMF No.31 la cual presenta 4 defunciones en el 2014, con 315 personas con la enfermedad adscritas a la Unidad hasta el 2016, sitio en donde se realizará el estudio. <sup>(4)</sup>

Por otro lado, la Depresión es una de las causas principales de discapacidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en este 2017 afirmó que el 4% de la población mundial cursa con depresión; las mujeres, los jóvenes y los adultos mayores son la población más propensa para presentar incapacidad

por su sintomatología, ocasionando pérdidas económicas, secundaria a la apatía y la falla de energía que presentan estos pacientes. El informe del 2015 menciona que 322 millones de personas presentaron síntomas asociados a la depresión. La mayoría no tiene acceso al tratamiento y 95% no se atienden; es más frecuente en el sexo femenino y es común en los países en desarrollo. En Latinoamérica, Brasil es el país con mayor prevalencia con un 5.8%. <sup>(5)</sup>

El Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) informa que en México hay 10 millones de personas que padecen depresión con alta prevalencia en la Ciudad de México, costándole al país más de 14 billones de dólares en pérdida de productividad estableciéndose como primera causa de discapacidad laboral, además de ser un factor de riesgo para uso de sustancias, enfermedades crónico-degenerativas, así como para suicidio. <sup>(6)</sup>

En estudios recientes se ha observado una tasa por 100 mil habitantes de 20 al 37% en pacientes que padecen VIH/SIDA y además tienen diagnóstico de depresión considerando que son tasas más altas que en la población general no infectada por VIH/SIDA. Esto se puede justificar por los factores que contribuyen a la depresión desde los efectos del VIH/SIDA en el cerebro, el estigma, incapacidad laboral, el aislamiento, cambios de la imagen corporal, el duelo y debilitación, además de los factores relacionados con el recordatorio de padecer la enfermedad, el estrés diario que acompañan a un régimen estricto de tratamiento del VIH. <sup>(7)</sup> No encontrándose registro en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 sobre esta problemática, motivo de interés para realizar este estudio.

## 2.2 Marco conceptual.

El virus de inmunodeficiencia humana infecta al sistema inmunitario dañando su funcionamiento lo que provoca deterioro progresivo de dicho sistema llevándolo a su deficiencia. El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida es la etapa más avanzada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana con la aparición de alguna de las infecciones oportunistas o cánceres asociados con la enfermedad. Se puede transmitir por relaciones sexuales vaginales u orales, transfusión de sangre contaminada o el uso compartido por instrumentos punzo cortantes; de la misma forma puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo, parto y lactancia. <sup>(8)</sup>

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana presenta una expectativa de vida más larga que la cataloga como una enfermedad crónico-degenerativa, <sup>(9,10)</sup> debido a los avances en el tratamiento se disminuye la formación de las infecciones oportunistas con menos tasas de mortalidad;<sup>(9)</sup> convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial afectando en la mayoría a la población joven.<sup>(11)</sup> Por lo que se ha propuesto hacer un enfoque directo a las comorbilidades que preexisten junto con la infección que son las que pueden influir en la calidad de vida del enfermo aumentando la morbimortalidad de los mismos y acelerando la progresión de la enfermedad. <sup>(12, 13)</sup> Se presentan estigmas sociales sobre la enfermedad lo que provoca rechazo social, en su trabajo e incluso en su matrimonio ocasionando divorcio y/o rechazo familiar. <sup>(14)</sup>

Al momento de confirmar el diagnóstico en los pacientes portadores de VIH se comienzan a consumir todos los recursos, tanto físico como psicológicos,



influyendo en la perspectiva de vida que tienen de si mismos; <sup>(15,16)</sup> una de las comorbilidades con las que preexiste el VIH son los trastornos neuropsiquiátricos en un 50% <sup>(17)</sup> (del ánimo, personalidad y psicosis); siendo los más frecuentes la depresión, trastorno de ansiedad y abuso de sustancias; <sup>(18, 19)</sup> la Depresión es el trastorno psiquiátrico más prevalente 4 veces mayor que en la población general.<sup>(20)</sup>

La Depresión puede ser desencadenada por factores como son la edad, <sup>(21)</sup> género, <sup>(22)</sup> estado civil, <sup>(23)</sup> escolaridad, <sup>(24)</sup> ocupación, <sup>(25)</sup> duración con tratamiento antirretroviral <sup>(26)</sup> además de los patrones de personalidad, la inteligencia, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional son los factores que llevan a la enfermedad a condición estresante y demandante. <sup>(15, 20,21)</sup>

Es común el sub diagnóstico de Depresión en médicos de primer nivel, secundario a la falta de tiempo, falta de capacitación sobre los instrumentos de tamizaje de depresión o porque se presentan prejuicios en las enfermedades mentales por parte del personal de salud. <sup>(27,28)</sup>

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas afectando la funcionalidad de los pacientes en su afecto. <sup>(29)</sup>

Para hacer el diagnóstico de depresivo mayor de acuerdo con el DSM 5 se deben cumplir 2 ó 4 criterios principales: 1) estado del ánimo depresivo la mayor parte del día, 2) disminución del interés de todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, 3) pérdida importante de peso o disminución del apetito, 4) insomnio o hipersomnias, 5) agitación o retraso psicomotor, 6) fatiga o pérdida de energía, 7) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva,

8) disminución de la capacidad de concentrarse, 9) pensamientos de muerte recurrente; se tienen que presentar la mayoría de los días por 2 semanas. <sup>(30)</sup>

Como se ha mencionado antes, los pacientes con VIH/SIDA al enterarse del diagnóstico de la enfermedad presentan un estado de vulnerabilidad que los lleva a pensamientos negativos de si mismos sobre su futuro y de su entorno, llegando a mantener síntomas depresivos, este modelo de vulnerabilidad ante el estrés es la base de la teoría de la depresión de Beck de donde surge el inventario de Depresión de Beck (BDI). <sup>(31)</sup>

Actualmente se presentan varias escalas que evalúan la depresión en los adultos, siendo el Inventario de depresión de Beck (BDI) uno de los más usados, presentado como revisión importante la de 1996 de la que se crea BDI-II. <sup>(32)</sup> Posee una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.87 en la población mexicana, la cual es alta. <sup>(33)</sup>

Dicho instrumento presenta un formato de fácil lectura lo que favorece a su comprensión ahorrando material y tiempo, ayudando a los pacientes que presentan falta de atención y fatiga, síntomas que presentan los pacientes con depresión.

Interpretándose de la siguiente forma: 0-13 depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva.

Los pacientes tienen que elegir entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas), su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa que se eligió se suman todas las puntuaciones de cada ítem obteniendo como total de 0-63. <sup>(34)</sup>

Otra de las causas de depresión en los pacientes portadores de VIH/SIDA es el uso de Efavirenz, que es uno de los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa del VIH, es uno de los antirretrovirales más utilizados en la población en estudio, por ser más factible su modo de uso porque se administra una vez al día por su vida media de 40 a 55 horas, con concentraciones máximas de 3 a 5 horas, sin embargo; sus principales efectos adversos son en el sistema nervioso central, mareos, insomnio, cefalea, confusión, amnesia, agitación, pesadillas, euforia y depresión hasta en un 50% de los pacientes, los efectos adversos se resuelven en un mes. <sup>(35)</sup>

### **2.3 Marco contextual.**

En África se presenta la mayor prevalencia de VIH/SIDA, lo que obliga a tener investigaciones para tener un adecuado control de la enfermedad, lo que ha llevado al estudio de la relación que hay entre trastornos psiquiátricos y el VIH. En 2011 se realiza un estudio en donde se desglosan los resultados de depresión en grados en la comunidad de Keyne, África reportando que el 79% de los pacientes con VIH/SIDA cursaban con depresión con mayor porcentaje en la depresión severa (23%), mientras que en la leve y moderada 16.5% y

16% respectivamente, es más frecuente en hombre con 82%, en las mujeres el 78.4% presentaba depresión clínica, 38.5% con ideación suicida. <sup>(36)</sup> En estudios del 2012, 2013 y 2014, se menciona una relación bidireccional de éstas dos enfermedades ya que el VIH produce un proceso de inflamación cerebral, llevando a la Depresión, y ésta última influyendo en la calidad de vida del paciente infectado por VIH/SIDA. <sup>(37, 38, 39)</sup>

En estudio de 2016 también en África se observó que los trastornos psiquiátricos influyen en gran medida en el funcionamiento de los pacientes, la calidad de vida y la gestión de los medicamentos. <sup>(40)</sup> En dicho estudio se observó que los pacientes con VIH/SIDA, presentaron depresión mayor en población nigeriana, aumentando la probabilidad tres veces con factores como estado civil, nivel educativo y ocupación, con tasas elevadas de Depresión. <sup>(37)</sup>

En Irán entre el 2006 y 2007 en el centro de consejería del Hospital Irmam Khomeini se realiza investigación con pacientes de ambos sexos aplicando el Inventario de Depresión de Beck II, arrojando como resultado una prevalencia de depresión del 74 % considerada una de las más altas reportadas en Asia. <sup>(41)</sup>

En Estados Unidos se realizan estudios similares en 2002 en el Norte de Florida utilizando una entrevista estructurada para el DSM IV y con la finalidad de evaluar síntomas de Depresión y Ansiedad; tienen como resultados que el trastorno depresivo mayor es cuatro veces mayor en mujeres portadoras de VIH/SIDA en un 19.4% comparadas con las que no son portadoras con un 4.8% resaltando la importancia de tener una evaluación y tratamiento adecuados de la depresión en mujeres portadoras. <sup>(42)</sup>

En Nueva York con el objetivo de evaluar factores con el género, la atención de la salud mental con respecto a la adherencia en los usuarios de las drogas infectados de VIH se realiza un estudio de tipo retrospectivo encontraron que las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar depresión en un 34% vs 29% que en los hombres. <sup>(43)</sup>

En América Latina de los primeros estudios fue en Perú en 2008 utilizando el Inventario de Depresión de Beck en un grupo experimental portadores de VIH/SIDA y en uno de control no portadores de VIH/SIDA, como resultados el grupo experimental lo niveles de depresión aumentan y los del control disminuyen. <sup>(44)</sup>

En el 2009 en Chile comienzan con este tipo de investigación reportado que los pacientes de VIH/SIDA, no presentaron sintomatología ansioso-depresiva. <sup>(45)</sup>

Un año después se realiza en el mismo país una de las investigaciones más reconocidas en la literatura, en donde se llega a la conclusión que durante la infección del VIH se presenta una prevalencia del 35% de la depresión, prevalencia que es mayor que en la población general ocasionando mayor rapidez en la progresión de la enfermedad, haciendo hincapié que la detección de la depresión es subdiagnosticada y subtratada por los médicos de primer contacto. <sup>(46)</sup>

En Brasil en 2011 por medio del inventario de depresión de Beck permitió identificar que el 27.6% presentaban síntomas de depresión, el 5.7% presentaba síntomas leves, 12.7% moderados y 9.2% graves, cuando se comparó la presencia de síntomas de depresión entre géneros se verificó diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, ya que las mujeres presentaron síntomas de intensidad más grave que los hombres. <sup>(47)</sup>

En Cuba realizaron un estudio comparativo entre dos hospitales mediante muestreo simple aleatorio en 80 pacientes de cada institución, la depresión grave afectó al 81,25 y 92,50 %, respectivamente. <sup>(48)</sup>

Para el 2012 Cabaiguán, Cuba encontraron en una muestra de 25 pacientes que viven con VIH; que más de la mitad no presentó el síndrome depresivo, el 44% con muy baja depresión y el 24% con ninguna depresión, de los cuales predominó el sexo masculino con preferencia homosexual con 44%, en cuanto al tiempo de contagio se apareció que el 56% padece la enfermedad entre 1 a 10 años. <sup>(49)</sup>

Recientemente en 2015 se realizó en Colombia un estudio observacional para reconocer factores asociados con depresión en personas infectadas con el VIH utilizando el Inventario de Depresión de Beck concluyendo que en un tercio de los pacientes que participaron en el estudio, presentan depresión moderada a severa, además de síntomas de ansiedad, con elevados niveles de depresión en el sexo masculino, resaltando un factor protector que el paciente se encuentre con una relación de pareja. <sup>(50)</sup>

En México se reporta un estudio parecido en 2008 en el Estado de Sonora, se realiza un estudio transversal con el fin de relacionar la depresión con la adhesión al tratamiento, tienen como resultado que el nivel de depresión que tiene su población en estudio es bajo, lo que este grupo de pacientes se ha adaptado de forma adecuada a su condición. <sup>(51)</sup>

En fechas recientes se ha realizado un estudio de este tipo en el 2010 en el Hospital General de Zona No. 11 del IMSS en el estado de Veracruz dónde concluyeron que hay menor prevalencia de depresión en paciente infectadas por VIH/SIDA de la reportada en otros estudios, pero ésta prevalencia es mayor

comparada con la de la población general atribuida nuevamente a los factores de riesgo que presentan cada uno de los pacientes, reportando de la misma forma mal apego al tratamiento condicionando a una progresión más rápida de la infección de VIH/SIDA así como una mala calidad de vida en el paciente. <sup>(15)</sup>

### **3.- JUSTIFICACIÓN.**

Se han documentado datos acerca de cómo los trastornos psiquiátricos interfieren en el desempeño de actividades y afectan en la calidad de vida de los pacientes, entre estas actividades se encuentran la adhesión a los tratamientos para controlar la enfermedad, entre los trastornos que afectan la adhesión al tratamiento destacan el estrés percibido, la depresión y la baja motivación para seguir el tratamiento prescrito. Por lo que la realización de este estudio es para la adecuada y rápida identificación de signos y síntomas de pacientes portadores de VIH /SIDA ya que puede alterar la calidad de vida e influir en un mal apego en tratamiento médico, y de acuerdo con resultados poder referir al psiquiatra si es que lo requieren. Además de no contar con datos de la relación de estas dos patologías en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 lo que lleva al interés del estudio.



#### **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los pacientes con VIH positivos se ven afectados en su estado mental y emocional por varios estresores socioeconómicos, socioculturales, llevando a tratos discriminatorios laborales, familiares, en el sistema de salud y sistema social provocando el desarrollo de Depresión e influyendo en su calidad de vida.

Sin embargo, actualmente no se realiza de manera precoz el diagnóstico de Depresión en este grupo de pacientes, concentrándose particularmente en los problemas fisiológicos exclusivos de la enfermedad, además que los síntomas de depresión son muy parecidos a los síntomas de la enfermedad, como pérdida del apetito y baja de peso, por lo que, sin un tratamiento adecuado de la depresión puede presentar más riesgos de presentar mala calidad de vida y un mal control de la infección de VIH. Por lo que es necesario adoptar medidas adecuadas de detección oportuna de los síntomas de depresión en este grupo de pacientes y así encarar el problema de forma adecuada, teniendo como finalidad mejorar la atención y cuidado de los pacientes portadores de VIH desde el primer nivel de atención. Por tal motivo nos hacemos la siguiente pregunta ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes con VIH/SIDA?

## **5.- OBJETIVOS.**

### **5.1 Objetivo General.**

Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA por medio de un tamizaje.

## **6.- HIPÓTESIS.**

La frecuencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA es del 40%.

## **7.- MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **7.1 Periodo y sitio de estudio.**

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional; teniendo como marco social la delegación de Iztapalapa y como contexto comunitario la Unidad de la Clínica de SIDA (CLISIDA) en el Hospital General de Zona No. 47 en pacientes con VIH/SIDA que sean adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31 del año en curso. Se aplicó el cuestionario en la consulta externa de la Clínica de SIDA (CLISIDA) en un periodo de 1 mes posterior a la autorización por el comité local de investigación.

Se calculó una muestra mediante un muestreo de tipo aleatorio por casos consecutivos de pacientes con VIH/SIDA que son adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31.

El instrumento que se utilizó fue el Inventario de Depresión de Beck II, el cual cuenta con el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 y para muestras no clínicas es de 0.81 en la población mexicana. El instrumento consta de 21 grupos de ítems, fácil de comprender para la población en estudio, el cual se otorgó a cada paciente para que marcara el enunciado que mejor describiera su sintomatología de las últimas dos semanas incluyendo el día que se aplicó el instrumento.

## **7.2 Universo de trabajo.**

Se realizó en la Ciudad de México teniendo como marco social la delegación de Iztapalapa en donde se encuentran la Unidad de la Clínica de SIDA (CLISIDA) en el Hospital General de Zona No. 47 en pacientes con VIH/SIDA que sean adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31.

## **7.3 Unidad de análisis**

Pacientes de ambos sexos, sin importar la edad que sean portadores de VIH/SIDA que acudieron a la Clínica de SIDA (CLISIDA) que habitan en la delegación de Iztapalapa y que son adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31.

## **7.4 DISEÑO DE ESTUDIO**

Transversal, descriptivo, observacional.

## **7.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **7.5.1 Criterios de inclusión.**

Pacientes portadores de VIH/SIDA de ambos sexos, que acudieron a la Clínica de SIDA (CLISIDA) del Hospital General de Zona No. 47 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado, que tuvieron más de 1 mes de tratamiento con antirretroviral.

### **7.5.2 Criterios de Exclusión.**

Pacientes portadores de VIH/SIDA de la Clínica de SIDA (CLISIDA) del Hospital Regional de Zona No. 47 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31 con diagnóstico previo de depresión, que tuvieron menos de un mes de tratamiento antirretroviral.

## **8.- MUESTREO.**

Muestreo no aleatorizado por casos consecutivos.

## 8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se utilizó la fórmula: De proporciones para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p_0 \times q_0}{d^2}$$

Donde:

$n$  = Total de paciente portadores de VIH.

$Z_{\alpha}$  = Es el valor de la desviación normal, igual a 1.96 para un nivel de Significación del 5%.

$p_0$  = Prevalencia de la característica en la población (40%).

$$q_0 = 1 - p_0$$

$d^2$  = Precisión (8%)

$$Z_{\alpha} = 1.98$$

$$p_0 = 0.4$$

$$q_0 = 1 - 0.4 = 0.6 \quad q_0 = 0.6$$

$$d^2 = 0.0064$$

$$\frac{(1.96)^2 \times 0.4 \times 0.6}{0.0064} =$$

$$\frac{3.8416 \times 0.4 \times 0.6}{0.0064} = 144.06$$

Por lo tanto, se estimó la prevalencia de pacientes portadores de VIH/SIDA con riesgo de sufrir depresión, adscritos a la UMF 31 con una confianza del 95% y una precisión de 8%, con **una muestra de 145 pacientes**.

## 9.- VARIABLES.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: Edad, género, estado civil, orientación sexual, religión, escolaridad y ocupación.

VARIABLE DE ESTUDIO: Depresión. Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

### 9.1 Operacionalización de las Variables.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Edad.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó su edad en años cumplidos.

**TIPO DE VARIABLE:** Cuantitativa.

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Discontinua.

**INDICADOR:** Se anotó la edad de años cumplidos.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Sexo.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó su sexo en masculino o femenino.



**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa.  
**ESCALA DE MEDICIÓN:** Nominal.  
**INDICADOR:** 1- Masculino, 2.- Femenino.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Estado Civil.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hace constar en el registro civil y que determina el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho responde a las personas naturales.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó el estado civil que tiene.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Nominal.

**INDICADOR:** 1.- Soltero, 2.- Casado, 3.- Unión libre,  
4.- Divorciado, 5.- Separado, 6.- Viudo.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Orientación sexual.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** La orientación sexual se refiere a un patrón perdurable de atracciones emocionales, románticas y/o sexuales hacia hombres, mujeres o ambos sexos. La orientación sexual también se refiere al sentido de identidad de

cada persona basada en dichas atracciones, las conductas relacionadas y la pertenencia a una comunidad de otros que comparten esas atracciones.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó la orientación sexual que tiene.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa.

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Nominal.

**INDICADOR:** 1.- Heterosexual, 2.- Homosexual, 3.- Bisexual, 4.- otros.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Religión.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y sacrificio para darle culto.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó la religión que profesa.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa.

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Nominal.

**INDICADOR:** 1.- Católico, 2.- Protestante, 3.- Cristianismo,  
4.- Evangelismo, 5.- Judaísmo. 6.- Islam,  
7.- Sin Religión, 8.- Otra.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Escolaridad.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó la escolaridad que tiene.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Ordinal.

**INDICADOR:** 1.-Analfabeta, 2.- Primaria incompleta,  
2.- Primaria, 3.- Secundaria.  
4.- Bachillerato, 5.- Licenciatura, 6.- Posgrado.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Ocupación.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Acción y efecto de ocupar u ocuparse.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó la ocupación que tiene.

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Nominal.

**INDICADOR:** 1.- Empleado, 2.- Desempleado, 3.- Ama de casa, 4.- Estudiante, 5.- Otro.

**NOMBRE DE LA VARIABLE:** Depresión

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falla de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o del apetito.

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

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa.

**ESCALA DE MEDICIÓN:** Ordinal.

**INDICADOR:** 1. Mínima (sin depresión), 2.- Leve, 3.- Moderada, 4.- Severa.

## 10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se seleccionaron los pacientes portadores de VIH/SIDA de la Clínica de SIDA (CLISIDA) del Hospital Regional de Zona No. 47 que se encontraban adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31, que cumplieron con los criterios de inclusión para participar en el estudio. La realización del estudio tuvo una duración de 1 mes. En la fecha que acudieron a su valoración mensual a la consulta externa, se les proporcionó el formato de consentimiento informado por parte de los investigadores del estudio, y todos aquellos pacientes con los criterios de inclusión antes mencionados que aceptaron participar en el estudio, se les aplicó el cuestionario BDI II, el cual está conformado por 21 grupos de ítems, con 4 enunciados cada uno (excepto 16 y 18 que constan de 6 y 7 enunciados respectivamente), de fácil comprensión y visualización para cada uno de los pacientes; se realizó en el horario matutino de la Clínica de SIDA (CLISIDA) del Hospital Regional de Zona No. 47, con un tiempo estimado de 10 minutos, en donde marcaron el enunciado que describe su estado emocional de las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se respondió el Cuestionario BDI, se capturaron los resultados en Excel y se realizó el proceso estadístico.

## **11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó el paquete SPSS versión 20.0 para Windows. Se realizó el análisis estadístico descriptivo determinado medidas de libre distribución para variables cuantitativas, y frecuencias y proporciones para variables cualitativas.

Llevando a cabo las encuestas en la Clínica de CLISIDA en un mes, posteriormente se recabaron los resultados, y se interpretaron en un lapso de 7 días y posteriormente se procedió a la realización de actividades estadísticas en las cuales se llevarón 15 días para obtener las conclusiones del estudio.

## **12. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se considera este estudio de acuerdo con Reglamento de la Ley de Salud en materia de investigación publicado en el Diario Oficial de la Federación el veintiséis de enero de mil novecientos ochenta y dos, en base al artículo 16 donde dice: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Así mismo se considera como Investigación con riesgo mínimo, en base al segundo título del artículo 17, ya que es un estudio prospectivo que emplea pruebas psicológicas a individuos en los que se manipulará la conducta del sujeto.

Sobre el consentimiento informado se considerará en base al artículo 20 de la misma ley dónde dice: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación en pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Y al 21 que dice: para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la

investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegará la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes.



## **13. RECURSOS**

### **13.1 Recursos Humanos**

**Residente:**

Rocío Caldiño Flores

Médica Residente de Tercer Año de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 31

**Asesores:**

**Teresa Alvarado Gutiérrez**

Médica Familiar, Profesora Titular de Médicos Residentes de Medicina Familiar.

**Roberto San Pedro Hernández.**

Médico Internista Encargo de la Clínica de SIDA

### **13.2 RECURSOS MATERIALES**

Se utilizarán 2 Laptop

1 calculadora

10 lápices

10 plumas y 10 plumones

500 hojas

150 consentimiento informado

150 instrumentos de recolección de datos

### **13.3 RECURSOS ECONÓMICOS**

El presente trabajo no tuvo financiamiento Institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se pudo entrevistar al paciente. Los consumibles fueron financiados por el alumno.

### **14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Se realizó en una población de una sola Unidad Médica por lo que será únicamente representativa para la Unidad de Medicina Familiar No. 31 en la Delegación Iztapalapa, por lo que la muestra fue limitada, lo cual no se podrá extrapolar a otras Unidades Médicas.

## **15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS**

Con este estudio esperábamos conocer el tamizaje actual de depresión en pacientes con VIH / SIDA adscritos a la UMF No. 31, y así poder brindar un tratamiento integral de forma oportuna que incluye la pronta referencia a psiquiatría para realizar diagnósticos definitivos de depresión.

Los resultados se encuentran a disposición en el área de enseñanza de la UMF 31 para futuros estudios, para que se den a conocer los resultados a todo el personal de salud, además de pretender la publicación de este para impulsar a que se realicen estudios más a fondo de este tema o poderlo utilizar en otro tipo de población mexicana y en otras unidades del país.

### **13.- RESULTADOS.**

En este proyecto de investigación, de una población de 314 pacientes que acuden a control a la Clínica de SIDA (CLISIDA) del Hospital General de Zona No. 47 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 31, se tomó una muestra de 145 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La mediana de edad de esta muestra de pacientes fue de 38 años en rangos intercuartílicos de edad entre 30.5-38 años. 133 fueron de sexo masculino y 12 de sexo femenino. De éstos se encontró que la mayoría de los pacientes eran solteros con un 45.5% y con orientación sexual homosexual de 66.9%, predominando religión católica en un 83.4%. Según la escolaridad el 42.1% cuenta con bachillerato y un 91% son empleados (Cuadro 1).

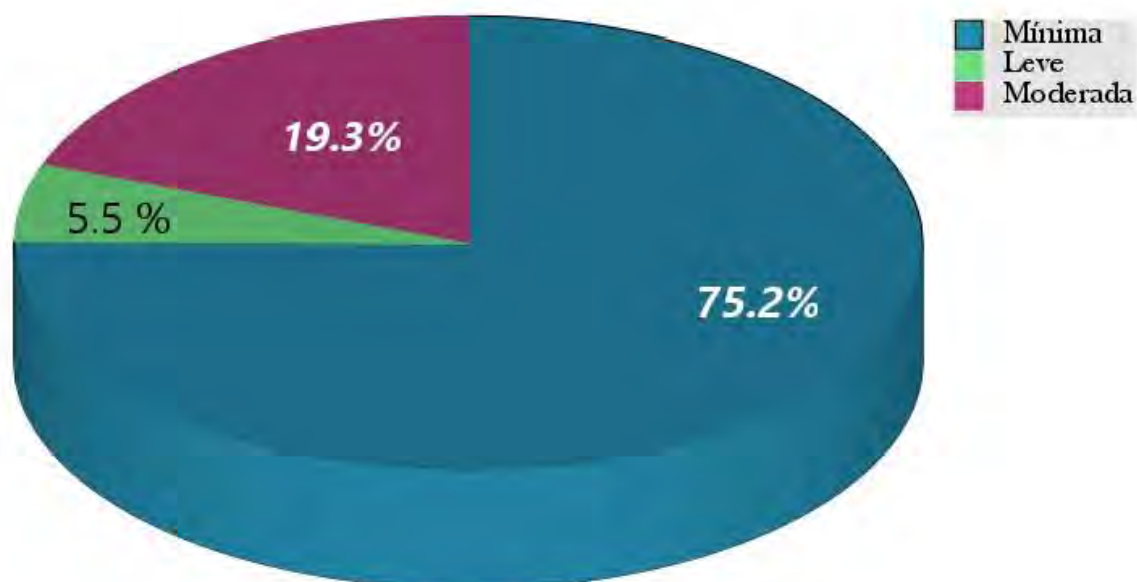
**Cuadro 1.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

n=145		Frecuencia	Porcentajes
Sexo	<b>Masculino</b>	<b>133</b>	<b>91.7</b>
	Femenino	12	8.3
Edad*		<b>38</b>	<b>30.5-38</b>
Estado Civil	<b>Soltero</b>	<b>66</b>	<b>45.5</b>
	Casado	23	15.9
	Unión libre	51	35.2
	Divorciado	3	2.1
	Viudo	2	1.4
Orientación sexual	Heterosexual	33	22.8
	<b>Homosexual</b>	<b>97</b>	<b>66.9</b>
	Bisexual	15	10.3
Religión	<b>Católica</b>	<b>121</b>	<b>83.4</b>
	Protestante	8	5.5
	Cristiano	3	2.1
	Judaísmo	3	2.1
	Sin Religión	7	4.8
	Otra	3	2.1
Escolaridad	Analfabeta	3	2.1
	Primaria incompleta	4	4
	Primaria	1	0.7
	Secundaria	26	17.9
	<b>Bachillerato</b>	<b>61</b>	<b>42.1</b>
	Licenciatura	45	31
	Posgrado	4	2.8
Ocupación	<b>Empleado</b>	<b>132</b>	<b>91</b>
	Ama de casa	1	0.7
	Estudiante	3	2.1
	Otro	6	4.1

\*Mediana, Rangos intercuartílicos

Se encontró que predomina sintomatología mínima de depresión con un 75.2%, seguido de síntomas de depresión moderada con un 19.3%, depresión leve solo con el 5.5 %, no encontrando síntomas de depresión grave en la población. Ver Gráfico 1.

**Gráfico 1.- Tamizaje de depresión en pacientes con VIH/SIDA**



## 14. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se identificó que los pacientes encuestados manifestaron síntomas de depresión, sin embargo, dividiéndose la sintomatología en diferentes grados de severidad; síntomas depresión mínima (que son considerados como esperados en la población que no requieren vigilancia) el mayor porcentaje observado con el 75.2%, seguido de síntomas de depresión moderada con el 19.3% y síntomas de depresión leve en menor porcentaje con un 5.5%, no presentando síntomas de depresión severa en ningún paciente encuestado. A diferencia de Galindo et al. en 2010 en el más reciente estudio en la República mexicana <sup>(15)</sup> que refirieron un porcentaje de 18.76% de los cuales 1 alcanzó niveles de depresión severa, mientras que el resto calificó con depresión moderada, Córdova et al. En 2015 <sup>(50)</sup> concluye que el 30% de su población presenta depresión moderada a severa. Mena et al. <sup>(49)</sup> reportaron que más de la mitad no presentó síndrome depresivo, el 44% con muy baja depresión y el 24% con ninguna depresión. En el 2011 en Brasil <sup>(48)</sup> el 27.6% presentaba síntomas de depresión, el 5.7% presentaba síntomas leves, 12.7% moderados y 9.2% graves. Wolf et al. <sup>(46)</sup> refirieron una prevalencia del 35% la cual es mayor en la población general. En el 2016 en Asia <sup>(41)</sup> reportan en la literatura una prevalencia alta con un 74%. Anteriormente en 2011 también se reporta prevalencia alta de 79% de los pacientes con VIH/SIDA con depresión, con mayor porcentaje en la depresión severa con el 23% mientras que la depresión leve a moderada de 16.5% y 16 % respectivamente. <sup>(40)</sup>

Aunque la prevalencia de la depresión es diferente en todos los estudios llama la atención que hay mayor tendencia a depresión moderada, en este estudio

presentó la mayoría de los pacientes sintomatología de depresión mínima

## **15. CONCLUSIONES**

En este estudio podemos observar que la mayoría de la población estudiada presenta sintomatología de depresión, comparado con los resultados de los anteriores estudios, sin embargo, de acuerdo con los criterios de evaluación del instrumento no todos los pacientes requieren referencia para valoración oportuna a psiquiatría. Cabe señalar que hay paciente con puntaje de cero y de acuerdo con el criterio del Inventario es sintomatología leve.

El inventario de depresión de Beck es un cuestionario fácil de utilizar, y está basado en los criterios de depresión del DSM IV además de tener confiabilidad alta, por lo que puede considerarse para el tamizaje de depresión en la consulta externa para los pacientes mayores de 13 años, tomando en cuenta que realiza detección de acuerdo con la gravedad, lo que nos orienta que pacientes deben comenzar vigilancia con psiquiatría.

Los síntomas que resaltaron en forma mayoritarias son la sintomatología mínima que son altibajos considerados normales en los pacientes, por lo que no requieren referencia.

El resultado que resalta, y comparado con los anteriores estudios es la tendencia a la sintomatología de depresión moderada, a pesar de haber evaluado una población con factores protectores como son la escolaridad, contar con empleo y este mismo proporcionarle seguro social lo que le ayuda a continuar con la vigilancia médica. Por lo que es importante hacer tamizajes de



depresión en los pacientes para poder realizar diagnóstico de forma oportuna, y poder ofrecer apoyo integral al paciente portador de VIH/SIDA.

Por lo que podemos concluir que los pacientes portadores de VIH/SIDA presentan depresión con sintomatología mínima, pero con resultados con depresión moderada, aunque su prevalencia es menor a la esperada, sin embargo, es importante su detección para realizar una adecuada vigilancia y continuar con el seguimiento de estos resultados ya que en México no se cuentan con suficientes reportes sobre la problemática. Los pacientes que presentaron sintomatología de depresión leve y moderada se enviaron al servicio de psiquiatría.

## **16. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS**

- Formar un equipo multidisciplinario, integrado por médicos, enfermería, trabajo social, para fomentar la salud mental en los pacientes portadores de VIH/SIDA.
- Identificar en consulta a los pacientes portadores de VIH/SIDA que puedan presentar síntomas de depresión para practicarles instrumentos de tamizaje para detección.
- Referir de forma oportuna a los pacientes portadores con VIH/SIDA que presentaron síntomas de depresión al servicio de psiquiatría, que de acuerdo con el instrumento BDI es a partir de resultado no. 17 que reporta depresión leve.
- Continuar con el seguimiento de los pacientes portadores con VIH/SIDA que se detectaron con sintomatología de depresión

## 17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. OUNAIDS [Internet]. [ acceso 06 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>
2. SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. 31 de marzo de 2017.
3. Clínica Especializada Condesa. Causas de mortalidad en personas de Sida en la Ciudad de México. México. 2016.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud, Unidad de Medicina Familiar No.31. Jefatura de Servicios de prestaciones Médicas, coordinación de información y análisis Estratégicos de IMSS; 2015, Serie de informes Técnicos: 63
5. Organización mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2017. [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
6. Centro de estudios para el adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género [Internet]. [ acceso 06 de octubre de 2017]. Depresión cuesta a México más de 14 billones de dólares en pérdidas de productividad. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2017/Mayo/06/3611-Depresion-cuesta-a-Mexico-mas-de-14-billones-de-dolares-en-perdida-de-productividad-CEAMEG>
7. Gavira A, Quiceno J, Vinaccia S. Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. Rev Int Psicol Ter Psicol. 2009; 27 (1): 5-13.
8. Organización mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2017. [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
9. Clarke T, Gibson R, Barrow G, Abel W, Barton E. La Depresión entre las Personas que Asisten a la Clínica para Pacientes Externos de VIH/SIDA en Kingston, Jamaica. West Indian Med J. 2010; 59(4): 369-373.
10. Trépanier LL, Rourke SB, Bayoumi AM, Halman MH, Krzyzanowski S, Power C. The impact of neuropsychological impairment and depression on health-related quality of life in HIV-infection. J Clin Exp Neuropsychol. 2005; 27:1-15.

11. United Nations International Children's Emergency Fund, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, World Health Organization. Young People and HIV/AIDS, Opportunity in Crisis. Washington, DC: PSI Research Division; 2002.
12. Schulberg HC, Block MR, Madonía MJ, et al. The usual care of major depression in primary care practice. *Arch Fam Med*. 1997 6:334-39
13. Hughes J, Jelsma J, Maclean E, Darder M, Tinise X. The Health-related quality of life of people living with HIV/AIDS. *Disabil Rehabil*. 2004; 18; 26(6): 371-376.
14. Raguram R, Weiss MG, Channabasavanna SM, Devins GM. Stigma, depression, and somatization in South India. *Am J Psychiatry*. 1996;53: 1043-49.
15. Galindo J, Ortega M. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. *Enf Inf Microbiol*. 2010; 30 (4): 129-133.
16. Gatti G, Díaz A, Mulugueta S, Simi M. Prevalencia de depresión en pacientes HIV-SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad Kenye, Botswana, África. *Alcmeon*. 2011; 17(1): 48-56.
17. Lopes M, Olfson M, Rabkin J, Hasin DS, Alegría AA, et al. Gender, HIV status, and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(3):384-391.
18. Jallow A, Ljunggren G, Wändell P, Carlsson AC. Prevalence, incidence, mortality and co-morbidities amongst human immunodeficiency virus (HIV) patients in Stockholm County, Sweden - The Greater Stockholm HIV Cohort Study. *AIDS Care*. 2015;27(2):142-149.
19. Olagunju AT, Adeyemi JD, Erinfolami AR, Ogundipe OA. Factors associated with anxiety disorders among HIV-positive attendees of an HIV clinic in Lagos, Nigeria. *Int J STD AIDS*. 2012;23(6):389-393.
20. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, Londrés AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001, 58(8):721-8.

21. Olley BO, Sedat, Nei DG, Stein DJ. Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Patient Care STDs*. 2004; 18(8): 481-487.
22. Jogannath V, Uniikrishnan B, Hegdes, Ramapuram JT, Raos, Achappa B, et al, Association of depression with social support and self-esteem among HIV positives. *Asian J Psichiary*. 2011; 4(4): 288-292.
23. Qiu Y, Lua D, Cheng R, Xiao Y, Chen X, Huang Z, et al. Emotional problems and related factors in patients with HIV/AIDS. *Zhong Nan Da Xue Xue Boa Yi Xue Ban*. 2014; 39(8):835-841.
24. Ngo VK, Wagner GJ, Nakasujja N, Dickens A, Aunon F, Musisi S, Effectiveness of antidepressants and predictors of treatment response of depression HIV patients in Uganda. *Inf J STD AIDS*. 2014; 26(14): 998-1006.
25. Wang H, Zhang C, Ruan Y, Li X, Fennie K, Williams AB, Depressive symptoms and social support among people living with HIV in Human, China. *J Assoc Nurses AIDS Care JANAC*. 2014; 25(6): 568-576.
26. Erdbeer G, Sabranski M, Sunntag I, Stoehr A, Horst H-A, Plettenberg A, et al. Everything Fine so far? Physical and Mental health in HIV-infected patients with virological success and long-term exposure to antiretroviral therapy. *J Int AIDS Soc*. 2014; 17(4) suppl 3: 19673.
27. 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.
28. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ. The usual care of major depression in primary care practice. *Arch Fam Med*. 1997; 6:334-39.
29. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. España: Médica-Panamericana. (2003).
30. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición*. Barcelona: Masson. 2013.
31. Lakdawalla Z, Hankin BL, Mermelstein R. Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, (2007), 10: 1-24.

32. García M, Rivera S, Reyes I, Díaz R. El enfrentamiento y el conflicto: factores que intervienen en la depresión. *Acta de Investigación Psicológica*. (2011). 1: 415-427.
33. Jurado S, Villegas M E, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. (1998). 21: 26-31.
34. Moral, J. (2011). Propiedades psicométricas de un formato de aplicación simplificado para el Inventario de Depresión de Beck. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*. (2011), 1(1): 1-15.
35. Katzung Bertram. *Farmacología básica y clínica*. 10ª edición. México: Editorial El Manual Moderno, 2013.
36. Springer SA, Dushaj A, Azar MM. The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: a systematic review. *AIDS Behav*. (2012). 16(8):2119–2143.
37. Adejumo, O, Oladeji B, Akpa O, Malee K, Baiyewu O, Ogunniyi A, Taiwo, B. (2016). Trastornos psiquiátricos y adherencia a la terapia antirretroviral en una población de adultos infectados por el VIH en Nigeria. *International Journal of STD & AIDS*. (2016). 27 (11), 938 - 949.
38. Nakimuli-Mpungu E, Bajo JK, Alexandre P, Molinos EJ, Musisi S, Ram M, Katabira E, Nachega JB *SIDA Behav*. 2012 Nov; 16 (8): 2101 - 18.
39. Nel A, Kagee A. The relationship between depression, anxiety and medication adherence among patients receiving antiretroviral treatment in South Africa. *AIDS Care*. 2013 Aug;25(8):948–955
40. Gatti G, Díaz A, Mulugueta S, Simi M. Prevalencia de depresión en pacientes HIVSIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad Kenye, Botswana, África. *Alcmeon*. (2011) 17(1), 48-56.
41. Emadi-Khochak H, Noorifard M, Kashi A, Arbabi M, Kheirandish P, Moradmand-Badie B, Rasoolinejad M. Evaluation of Depression in HIV/AIDS Patients Referring to Behavioral Counselling Center of Imam Khomeini Hospital. *Acta Medica Iranica* 2009;47(3):193-196.
42. 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.

43. Turner B, Laine C, Cosler L, Hauck W. Relationship of gender and health care delivery with antiretroviral adherence in HIV- infected drug users. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 248-57.
44. Moya M. Reestructuración cognitiva en la depresión de pacientes con VIH/SIDA. *Av. Psicol.* (2008) 16 (1), 169-176.
45. Gavira A, Quiceno J, & Vinaccia S. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicológica.* (2009) 27 (1), 5-13.
46. Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Depression in HIV infection: prevalence, risk factors and management. *Rev Chil Infect.* 2010; 27(1): 65-74.
47. Reis R, Haas V., Dos Santos C, Teles S., Gimenez M, Gir E. Sintomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con VIH/SIDA. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* (2011); 19(4), 1-8.
48. Janota M, Hernandez E, Bayerre H. Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, Republica de Angola. *Rev Cubana Med Gen Integr.* (2010); 26 (1), 0-0.
49. Mena M, Lorenzo H, Perez M, Perez R. Presencia y vulnerabilidad de trastornos de nivel neurótico en pacientes con VIH/sida. Cabaiguán. *Gaceta Médica Espirituan.* (2012); 14 (1), 0-0.
50. Códova- Duque DV, Medina OA, Herrera S M, Orozco P. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/SIDA en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencia Medicas.* 2016; 15 (6): 941-954.
51. Piña López JA, Dávila Tapia M, Sánchez-Sosa JJ, Togawa C, Cázares Robles O. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 23(6):377-83.-

## 18.- ANEXOS.

### 18.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

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

Nombre del estudio: "TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA"

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha: Ciudad de México, enero de 2018

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA ya que puede alterar calidad de vida, acelerar la progresión de la enfermedad e influir en un mal apego en tratamiento médico.

Procedimientos: Se le solicitará contestar un cuestionario, se le brindará información sobre el resultado y se le indicará referencia al servicio de psicología si se requiere

Posibles riesgos y molestias: Se tocarán temas de tipo sentimental que le podrían generar a usted incomodidad, sin embargo, se manejarán de forma confidencial y profesional.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se identificará si se presentan síntomas de depresión lo que le ayudará a usted, para que pueda ser referido de forma oportuna el servicio de psicología

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: La información obtenida de este estudio estará disponible en el área de enseñanza de la UMF No. 31

Participación o retiro: Su participación es voluntaria, en el momento que usted decide se retirará del estudio y lo hará sin que afecte la atención medica en esta unidad.

Privacidad y confidencialidad: La información que usted proporcione se manejará de forma confidencial y se utilizarán para los fines de este estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica): no se selecciona nada.

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: De necesitar apoyo se le referirá para recibir orientación personalizada en el servicio de psicología

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

Investigador Responsable: Teresa Alvarado Gutiérrez. Medica Familiar. Profesora Titular de Médicos Residentes de Medicina Familiar. Matrícula 99383047. Unidad de Medicina Familiar No. 31, Delegación Sur CDMX, IMSS. Coordinación Clínica de Educación en Investigación en Salud. Teléfono 56860236: extensión 21481, celular: 5514799869. Fax 56862769. E-mail: [teresa.alvarado@imss.gob.mx](mailto:teresa.alvarado@imss.gob.mx)

Colaboradores: Roberto San Pedro Hernández. Médico Internista Encargo de la Clínica de SIDA, Hospital General de Zona 47, IMSS. Teléfono: 56926066, [sanpedroh@gmail.com](mailto:sanpedroh@gmail.com)  
Rocío Caldiño Flores Residente de Tercer Año de Medicina Familiar. Matrícula 98388418. UMF No 31; teléfono 58104996; Teléfono: 04455 54524365; Fax: sin fax, Correo: [nad1184@yahoo.com.mx](mailto:nad1184@yahoo.com.mx)

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

Nombre y firma del sujeto

Rocio Caldiño Flores

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

(Anexo 2)

18.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)

1. Paciente masculino o femenino
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 31 IMSS
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.
- 4.-Que firme carta de consentimiento informado.
- 5.-Que tenga más de un mes de tratamiento con Efevirents

			No llenar
1	<b>FOLIO</b> _____		<input type="checkbox"/>
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		<input type="checkbox"/>
3	<b>Nombre:</b> _____ <b>Apellido Paterno</b> <b>Apellido Materno</b> <b>Nombre (s)</b>		
4	NSS: _____	5 Teléfono _____	<input type="checkbox"/>
6	<b>Turno:</b> 1. Matutino ( ) 2.Vespertino ( )		<input type="checkbox"/>
7	<b>Número de Consultorio:</b> ( )		<input type="checkbox"/>
8	<b>Edad:</b> _____ años cumplidos	9 <b>Sexo:</b> 1.-Masculino ( ) 2.- Femenino ( )	<input type="checkbox"/>
10	<b>ESTADO CIVIL</b> 1.-Soltero ( ), 2.-Casado ( ), 3.-Unión libre ( ), 4.-Divorciado(a) ( ) 5.-Separado ( ), 6.- Viudo.		<input type="checkbox"/>
11	<b>ORIENTACION SEXUAL</b> 1.-Heterosexual ( ), 2.-Homosexual ( ), 3.- Bisexual ( ), 4.- Otros ( ).		<input type="checkbox"/>
12	<b>Religión</b> 1.- Católica ( ), 2.- Protestante ( ), 3.- Cristiano ( ), 4.- Evangelismo ( ), 5.- Judaísmo ( ), 6.- Islam ( ), 7.- Sin religión ( ), 8.- Otra ( )		<input type="checkbox"/>
13	<b>ESCOLARIDAD</b> 1.- Analfabeta ( ), 2.- Primaria incompleta, ( ), 3.- Primaria ( ), 4.- Secundaria ( ) 5.- Bachillerato ( ), 6.-Licenciatura ( ) 7.-Posgrado ( ).		<input type="checkbox"/>
14	<b>OCUPACION</b> 1.- Empleado ( ), 2.- Desempleado ( ), 3.- Ama de casa ( ), 4.- Estudiante ( ), 5.- Otro ( ).		<input type="checkbox"/>
15	<b>Toma de Efevirents</b> 1.- si ( ) 2.- No ( )		<input type="checkbox"/>
16	<b>Tiempo de toma de Efevirents</b> 1.- más de un mes ( ) 2.- menos de un mes ( ), 3.- No lo toma ( )		<input type="checkbox"/>

**INDICADOR DE DEPRESION DE BECK (BDI)**

Por favor, lea cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Ponga una "X" en el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.

Se calificará con 0-13= depresión mínima, 14-19= depresión leve, 20-28= depresión moderada, 29-63 depresión grave.

Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección

			No llenar
17	0.- No me siento triste ( ), 1.- Me siento triste ( ), 2.- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello ( ), 3.- Me siento triste y desdichado que no puedo soportarlo ( ).		<input type="checkbox"/>
18	0.- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. ( ), 1.- Me siento desanimado con respecto al futuro ( ), 2.- Siento que no puedo esperar nada del futuro ( ), 3.- Siento que el futuro es irremediamente y que las cosas no pueden mejorar ( ).		<input type="checkbox"/>
	0.- No me siento fracasado ( ), 1.- Siento que he fracasado más que la persona normal		



19	( ), 2.- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos ( ), 3.- Siento que como persona soy un fracaso completo ( ).	<input type="checkbox"/>
20	0.- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes ( ), 1.- No disfruto de las cosas como solía hacerlo ( ), 2.- Ya nada me satisface realmente ( ), 3.- Todo me aburre o me desagradó ( ).	<input type="checkbox"/>
21	0.- No siento ninguna culpa particular ( ), 1.- Me siento culpable buena parte del tiempo ( ), 2.- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo ( ), 3.- Me siento culpable todo el tiempo ( ).	<input type="checkbox"/>
22	0.- No siento que este siendo castigado ( ), 1.- Siento que puedo estar siendo castigado( ), 2.- Espero ser castigado ( ), 3.- Siento que estoy siendo castigado ( ).	<input type="checkbox"/>
23	0.-No me siento decepcionado en mí mismo ( ), 1.- Estoy decepcionado conmigo ( ), 2.- Estoy harto de mí mismo ( ), 3.- Me odio a mí mismo ( ).	<input type="checkbox"/>
24	0.- No me siento peor que otros ( ), 1.- Me critico por mis debilidades o errores ( ), 2.- Me culpo todo el tiempo por mis faltas ( ), 3.- Me culpo por todas las cosas malas que suceden ( ).	<input type="checkbox"/>
25	0.- No tengo ninguna idea de matarme ( ), 1.- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo ( ), 2.- Me gustaría matarme ( ), 3.- Me mataría si tuviera la oportunidad ( ).	<input type="checkbox"/>
26	0.- No lloro más de lo habitual ( ), 1.- Lloro más que antes ( ), 2.- Ahora lloro todo el tiempo ( ), 3.- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera ( ).	<input type="checkbox"/>
27	0.- No me irrito más ahora que antes ( ), 1.- Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes ( ), 2.- Me siento irritado todo el tiempo ( ), 3.- No me irrito para nada con las cosas que solía irritarme ( ).	<input type="checkbox"/>
28	0.- No he perdido el interés en otras personas ( ), 1.- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar ( ), 2.- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás ( ), 3.- He perdido todo el interés en los demás ( ).	<input type="checkbox"/>
29	1.- Tomo decisiones como siempre ( ), 2.- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes ( ), 3.- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones ( ), 4.- Ya no puedo tomar ninguna decisión ( ).	<input type="checkbox"/>
30	0.- No me creo que me vea peor que antes ( ), 1.- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a) ( ), 3.- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo ( ), 3.- Creo que me veo horrible ( )	<input type="checkbox"/>
31	0.- Puedo trabajar tan bien como antes ( ), 1.- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo ( ), 2.- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa ( ), 3.- No puedo hacer ningún tiempo de trabajo ( ).	<input type="checkbox"/>
32	0.- Puedo dormir tan bien como antes ( ), 1.- Duermo un poco más de lo habitual ( ), 2.- Duermo un poco menos que lo habitual ( ), 3.- Duermo mucho más que lo habitual ( ), 4.- Duermo mucho menos que lo habitual ( ), 5.- Duermo la mayor parte del día ( ), 6.- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	<input type="checkbox"/>
33	0.- No me canso más de lo habitual ( ), 1.- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme ( ), 2.- Me canso al hacer cualquier cosa ( ), 3.- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa ( ).	<input type="checkbox"/>
34	0.- No he experimentado ningún cambio en mi apetito, ( ), 1.- Mi apetito es un poco menor que lo habitual ( ), 2.- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual ( ), 3.- mi apetito es mucho menor que lo habitual ( ), 4.- mi apetito es mucho mayor que lo habitual ( ), 5.- No tengo apetito en absoluto ( ), 6.- Quiero comer todo el día.	<input type="checkbox"/>
35	0.- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo ( ), 1.- He perdido más de 2 Kilos ( ), 2.- He perdido más de 4 kilos ( ), 3.- He perdido más de 6 kilos ( ).	<input type="checkbox"/>
36	0.- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual ( ), 1.- Estoy preocupado por mis problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación ( ), 2.- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa ( ), 3.- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más ( ).	<input type="checkbox"/>
37	0.- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo ( ), 1.- Estoy interesado por el sexo de lo que solía estar ( ), 2.- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora ( ), 3.- He permitido por completo mi interés por el sexo ( ).	<input type="checkbox"/>

**(Anexo3)**  
**18.3 INDICADOR DE DEPRESIÓN DE BECK**

1. Por favor, lea cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la última semana, incluyendo el día de hoy.
2. Ponga una "X" en el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.  
Se calificará con 0-13= depresión mínima, 14-19= depresión leve, 20-28= depresión moderada, 29-63 depresión grave.
3. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1)		
	No me siento triste.	
	Me siento triste.	
	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.	
	Me siento triste y desdichado que no puedo soportarlo.	
2)		
	No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.	
	Me siento desanimado con respecto al futuro.	
	Siento que no puedo esperar nada del futuro.	
	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	
3)		
	No me siento fracaso.	
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	
	Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.	
	Me siento una persona totalmente fracasada	
4)		
	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.	
	No disfruto de las cosas tanto como antes	
	Ya nada me satisface realmente.	
	Todo me aburre o me desagrada.	
5)		
	No siento ninguna culpa particular.	
	Me siento culpable buena parte del tiempo.	
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	
	Me siento culpable todo el tiempo.	
6)		
	No siento que este siendo castigado.	
	Me siento como fuese a ser castigado	
	Espero ser castigado.	
	Siento que estoy siendo castigado	
7)		
	No me siento decepcionado de mí mismo.	
	Estoy decepcionado conmigo	
	Estoy harto de mí mismo	
	Me odio a mí mismo.	
8)		
	No me siento peor que otros.	
	Me critico por mis debilidades o errores.	
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas.	
	Me culpo por todas las cosas malas que suceden.	
9)		
	No tengo ninguna idea de matarme.	
	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.	
	Me gustaría matarme.	
	Me mataría si tuviera la oportunidad.	
10)		
	No lloro más de lo habitual.	
	Lloro más que antes.	
	Ahora lloro todo el tiempo.	

	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera.	
11)		
	No me irrito más ahora que antes.	
	Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes	
	Me siento irritado todo el tiempo	
	No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme	
12)		
	No he perdido interés en otras personas.	
	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.	
	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.	
	He perdido todo interés en los demás.	
13)		
	Tomo decisiones como siempre.	
	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.	
	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.	
	Ya no puedo tomar ninguna decisión	
14)		
	No me creo que me vea peor que antes.	
	Me preocupa que esté pareciendo viejo (a) o inatractivo (a).	
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)	
	Creo que me veo horrible	
15)		
	Puedo trabajar tan bien como antes.	
	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.	
	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.	
	No puedo hacer ningún tiempo de trabajo	
16)		
	Puedo dormir tan bien como antes.	
	Duelmo un poco más de lo habitual.	
	Duelmo un poco menos que lo habitual.	
	Duelmo mucho más que lo habitual.	
	Duelmo mucho menos que lo habitual.	
	Duelmo la mayor parte del día.	
	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	
17)		
	No me canso más de lo habitual.	
	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.	
	Me canso al hacer cualquier cosa.	
	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.	
18)		
	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	
	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	
	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	
	Mi apetito es mucho menor que lo habitual.	
	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	
	No tengo apetito en absoluto.	
	Quiero comer todo el día.	
19)		
	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.	
	He perdido más de 2 kilos.	
	He perdido más de 4 kilos.	
	He perdido más de 6 kilos.	
20)		
	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.	
	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.	

	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.	
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.	
21)		
	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.	
	Estoy interesado por el sexo de lo que solía estar.	
	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.	
	He perdido por completo mi interés por el sexo.	