



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO**



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**“Prevalencia de Ansiedad-Depresión en pacientes del CAPASITS Hidalgo
con VIH/SIDA, su relación con CD4 y Calidad de Vida”**

Tesis para obtener el grado de:

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

ARTURO SALAZAR CAMPOS

Director(a) de Tesis

D en P.S. Andrómeda Ivette Valencia Ortíz

Comité tutorial:

Codirector: D. en P.E. Norma Angélica Ortega Andrade

Asesor: M en S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Asesor: M en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Pachuca de Soto, Hidalgo, diciembre 2017.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
Master in Public Health

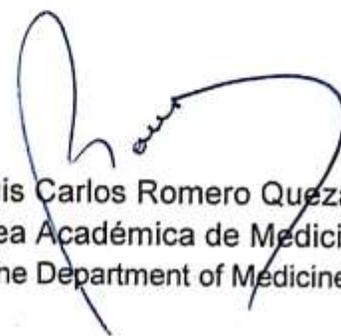
Oficio No. ICSa/AAM/MSP/168/2017
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.
 Pachuca de Soto, Hgo., octubre 31 del 2017

ARTURO SALAZAR CAMPOS
ALUMNO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"Prevalencia de Ansiedad-Depresión en pacientes del CAPASITS Hidalgo con VIH/SIDA, su relación con CD4 y Calidad de Vida"** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 "Amor, Orden y Progreso"


 MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean


 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine




 M. en S.P. Luis Enrique Díaz Pérez
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

LEDP'mchm*



Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtra.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Pachuca de Soto, Hgo., Octubre 26 del 2017

M. en S.P. LUIS ENRIQUE DÍAZ PÉREZ
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH

Los integrantes del Comité Tutorial del alumno **Arturo Salazar Campos**, con número de cuenta 113082, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "*Prevalencia de Ansiedad-Depresión en pacientes del CAPASITS Hidalgo con VIH/SIDA, su relación con CD4 y Calidad de Vida*", ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

D en P.S. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Directora



D. en P.E. Norma Angélica Ortega Andrade

Codirectora



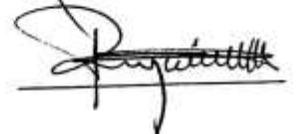
M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Asesor



M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Asesora



Dedicatorias y Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo, por haberme brindado la oportunidad de obtener una educación de gran calidad desde mi bachillerato hasta el día de hoy.

A la Dra., Andrómeda I Valencia por haber aceptado guiar este proyecto y confiar en mí, por haber sido mi mentor, por cada uno de los momentos en los que me apoyó para la conclusión de este trabajo y sobre todo por haberme permitido conocerla como ser humano y como amiga, muchísimas gracias Doctora con toda mi admiración.

A los miembros que formaron parte de mi comité de tesis, por el valioso tiempo que dedicaron a la revisión de mi trabajo y a los comentarios y sugerencias que hicieron para que el presente trabajo se haya desarrollado de la mejor forma posible.

A mis compañeros de la maestría porque sin ustedes nada de esto hubiera sido posible, gracias por acompañarme y por comprometerse en esos días de arduo trabajo.

Al Dr. Paz Bautista, le estoy inmensamente agradecido por hacer de este proyecto una realidad y por las horas que a la par de sus labores me brindó su ayuda desinteresadamente

A los pacientes que de forma entusiasta decidieron dar lo mejor de sí para hacer un gran esfuerzo por cambiar su vida. Y aportar a la ciencia algo nuevo.

Especialmente y sobre todo a mis padres, hermanos y sobrinos porque siempre me han apoyado en este mi proyecto de vida, y a mi pareja de vida por ser mi motor día a día, por su apoyo incondicional y por ese gran amor que nos mantiene juntos, pero sobre todo por ser mi complemento. Los amo. A Dios, sabes que te debo mucho, gracias por estar ahí.

A Viri, Magaña, Marthita , Esme, Oli, Diana, Tania, Muller, Pedro, Agla, Isela, Karla, Nancy, Kenia, su cariño y por hacer más divertido y ameno este viaje.

Durante el desarrollo de éste estudio, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), con número 709051.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	5
II MARCO TEÓRICO	7
Capítulo 1	7
Características generales del VIH/SIDA	7
1.1.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología del VIH/SIDA.....	7
1.1.1.1 Fase aguda o infección primaria	9
1.1.1.2 Fase de Infección latente/ asintomática.....	10
1.1.3 Transmisión del VIH	11
1.1.4 Replicación del VIH.....	12
1.1.3.1 Acoplamiento	12
1.1.3.3 Integración.....	12
1.1.3.4 Transcripción.....	13
1.1.3.5 Traducción	13
1.1.3.6 Liberación	13
1.1.5 Diagnóstico para VIH/SIDA	14
1.1.6 Tratamiento del VIH	14
1.1.7 VIH/SIDA como un problema de epidemiológico y de salud pública.....	15
1.1.8 Comportamiento, panorama mundial y caracterización epidemiológica del VIH/SIDA	18
Capítulo 2	22
Salud mental, depresión y ansiedad	22
2.1.1 Salud Mental	22
2.2.1.1 Áreas de la salud mental.....	23
2.1.2 Trastorno Mental	25
2.1.2.1 Clasificación de los trastornos mentales	26
2.1.3 Depresión.....	28
2.1.3.1 Epidemiología de la depresión.....	28
2.1.3.2 Criterios diagnósticos de la depresión en el DSM-V Y CIE-10.....	29
2.1.4 Evaluación de la depresión.....	30
2.1.4.1 Teoría cognitiva de BECK	31
2.1.5 Depresión y VIH/SIDA.....	32

2.1.5.1	<i>Características clínicas del cuadro depresivo en pacientes con infección por VIH.....</i>	34
2.1.5.2	<i>Factores asociados a la depresión en pacientes con VIH/SIDA.....</i>	36
2.1.6	<i>Ansiedad.....</i>	38
2.1.6.1	<i>Epidemiología de ansiedad.....</i>	40
2.1.6.2	<i>Criterios diagnósticos de ansiedad.....</i>	41
2.1.6.3	<i>Evaluación de la ansiedad.....</i>	43
2.1.6.4	<i>Ansiedad y VIH/SIDA.....</i>	45
2.1.6.5	<i>Características clínicas del cuadro ansioso en pacientes con VIH/SIDA.....</i>	47
2.1.7	<i>Calidad de vida.....</i>	47
2.1.7.1	<i>Calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA.....</i>	49
2.1.7.2	<i>Instrumentos para medir la calidad de vida asociada a la salud.....</i>	52
Capítulo 3	55
Psiconeuroinmunología	55
3.1.1	<i>Conceptos de inmunología.....</i>	55
3.1.2	<i>Aspectos básicos del sistema inmunológico en el paciente con VIH/SIDA.....</i>	56
3.1.3	<i>Recuento de Linfocitos CD4 de pacientes con VIH/SIDA.....</i>	58
3.1.4	<i>Psiconeuroinmunología en el paciente con VIH/SIDA.....</i>	58
3.1.5	<i>Psiconeuroinmunología y trastornos psiquiátricos asociados al VIH/SIDA.....</i>	60
3.1.5.1	<i>Trastornos de ansiedad.....</i>	60
3.1.5.2	<i>Depresión mayor.....</i>	60
3.1.5.3	<i>Interacciones entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico.....</i>	62
III JUSTIFICACIÓN	65
IV HIPÓTESIS	68
4.1	<i>Hipótesis nula.....</i>	68
4.2	<i>Hipótesis alterna.....</i>	68
V OBJETIVOS	69
5.1	<i>Objetivo general.....</i>	69
5.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	69
VI MATERIAL Y MÉTODOS	70
6.1	<i>Tipo de estudio.....</i>	70
6.2	<i>Variables.....</i>	70
6.3	<i>Participantes.....</i>	72
6.3.1	<i>Criterios de exclusión.....</i>	72

6.3.2 Criterios de eliminación.....	73
6.3.3 Descripción de los participantes.....	73
6.3.4 Descripción de lugar de investigación.....	73
6.3.5 Estructura Orgánica de UNEME CAPASITS	74
6.4 Instrumentos.....	75
6.4.1 Depresión.....	75
6.4.2 Ansiedad.....	75
6.4.3 Calidad de Vida	76
6.5 Análisis estadístico.....	77
6.6 Plan de Análisis	77
6.7 Procedimiento	77
VII ASPECTOS ÉTICOS A CONSIDERAR.....	80
VIII. RESULTADOS.....	81
IX DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	97
XI LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	105
XII REFERENCIAS	107
ANEXOS	115
13.1 Cronograma de actividades de la investigación.....	116
13.2 Oficio de autorización para realizar investigación	117
13.4 Consentimiento informado por escrito	118
13.5 Consentimiento informado digital a través de la aplicación google drive	119
13.6 Inventario de Depresión de Beck.....	120
13.7 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	122
13.8 Instrumento WHO-QOL-BREVE, versión español	123

INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

<i>Figura 1.</i>	<i>Distribución por sexo de la población total del CAPASITS</i>	82
<i>Figura 2.</i>	<i>Distribución por género de pacientes encuestados</i>	83
<i>Figura 3.</i>	<i>Distribución por escolaridad.</i>	83
<i>Figura 4.</i>	<i>Distribución por estado civil</i>	84
<i>Figura 5.</i>	<i>Distribución del número de casos, por localidad y frecuencia en el estado de Hidalgo</i>	85
<i>Figura 6.</i>	<i>Distribución por vía de transmisión</i>	86
<i>Figura 7.</i>	<i>Distribución por tiempo de diagnóstico</i>	87
<i>Figura 8.</i>	<i>Distribución por porcentaje del número de T-CD4 de pacientes con VIH/SIDA</i>	88
<i>Figura 9.</i>	<i>Distribución por porcentaje de las prácticas sexuales de pacientes con VIH/SIDA</i>	89
<i>Figura 10.</i>	<i>Media de edad de pacientes con VIH/SIDA de UNEMES CAPASITS Hgo.</i>	90
<i>Figura 11.</i>	<i>Figura en relación a los niveles de CD4 donde se toman los valores altos, bajos y la media de los participantes.</i>	91
<i>Figura 12.</i>	<i>Distribución por niveles de Ansiedad de los participantes en el estudio.</i>	92
<i>Figura 13.</i>	<i>Distribución por niveles de Depresión de los participantes en el estudio.</i>	93
<i>Figura 14.</i>	<i>Relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión</i>	94

<i>Figura 15. Relación estadísticamente significativa entre depresión y CD4</i>	94
<i>Figura 16. Relación estadísticamente significativa entre Ansiedad y Factor Ambiente de del instrumento de Calidad de Vida.</i>	95
<i>Figura 17. Relación estadísticamente significativa entre Factor Psicológico y Factor Ambiente del instrumento de Calidad de Vida</i>	95
<i>Figura 18. Relación estadísticamente significativa entre Factor Psicológico y Factor Relaciones Social del instrumento de Calidad de Vida.</i>	96
<i>Tabla 1. Criterios para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV A.</i>	35
<i>Tabla 2. Media de Calidad de Vida</i>	93
<i>Tabla 3. Ansiedad, Depresión, Recuento de CD4 y Calidad de Vida</i>	96

RESUMEN

Introducción. La infección por el VIH/SIDA constituye una enfermedad que, aunque actualmente se considera de carácter crónico y concentrado, implica para los pacientes que la padecen unos niveles altos de incertidumbre y enfrentarse con una enfermedad rodeada de estigmatización y rechazo por parte de la sociedad. La depresión y la ansiedad son las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos. La infección por el VIH supone incertidumbre a los pacientes porque no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad convirtiéndose en un determinante de la calidad de vida. Considerando la importancia de los aspectos emocionales en la infección por el VIH/SIDA, se plantea esta investigación cuyo **objetivo** fue determinar la prevalencia de ansiedad-depresión en pacientes atendidos en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) Hidalgo, su relación con CD4 y calidad de vida. **Método.** En la presente investigación participaron 260 pacientes con VIH/SIDA atendidos durante el periodo Mayo-Agosto 2017. De ellos, 51 eran mujeres y 209 varones que acudían a visitas médicas y toma de muestras. El rango de edad de los pacientes oscilaba entre los 18 y 70 años. La media de edad era de 34.32 años y la desviación típica era de 7.26. Los instrumentos de evaluación empleados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BDA) e Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud (WHOQOL-BREF). El diseño de este estudio es de tipo observacional, descriptivo de tipo transversal, correlacional. **Resultados.** En cuanto a porcentaje de casos por municipio 2.3 % corresponde a Mineral de la reforma, 6.9% Tulancingo, 6.9% Tula de Allende y Actopan el 5.0%. Vías de contagio, la vertical ocupa un 3%, uso de drogas inyectables 6%, contacto heterosexual 24% y contacto sexual hombre a hombre 67%. En cuanto al recuento de CD4 la media fue de 431.15 céls/mm³. Prácticas sexuales 56.98%

son de tipo homosexual, el 28.68% heterosexual, el 13.95% bisexual, y el 0.39% otros. La correlación de Pearson nos indica la existencia de una relación lineal estadísticamente significativa ($r_p=0.529$), $p \leq 0.01$) entre el nivel de ansiedad y el nivel de depresión mínima fue de 90%. Relación lineal estadísticamente significativa ($r_p=0.317$), $p \leq 0.01$) entre el nivel de depresión y el nivel de del recuento de células CD4. **Conclusión:** Se encontraron datos de Ansiedad y Depresión mínimos según las escalas de evaluación de Beck, los cuales se correlacionan con el recuento de CD4, y esto explica que los pacientes al momento de la investigación cuenten con un recuento mayor a 400 células, lo que nos indica que el sistema inmunológico se encuentra en óptimas condiciones, y que no tenga relación directa con el factor psicológico en calidad de vida, en comparación a lo que nos dice la literatura. Algunos aspectos que serían importante evaluar en futuras investigaciones en pacientes con VIH/SIDA son el apoyo social, los estilos de afrontamiento, el nivel de estigmatización percibido y la percepción de control de la salud por parte del paciente.

PALABRAS CLAVE: VIH/SIDA, depresión, ansiedad, linfocitos CD4, intervención cognitivo- conductual, sistema inmunológico.

ABSTRACT

Introduction. HIV / AIDS infection is a disease that, although currently considered to be chronic and concentrated, implies a high level of uncertainty for the patient and a disease surrounded by stigma and rejection by society. Depression and anxiety are the most frequent emotional reactions among HIV-positive patients. HIV infection causes uncertainty to patients because they do not know how the disease will evolve and become a determinant of quality of life. Considering the importance of emotional aspects in HIV / AIDS infection, this research aims to determine the prevalence of anxiety-depression in patients treated at the Ambulatory Center for Prevention and Care in AIDS and Sexually Transmitted Infections (CAPASITS) Hidalgo, its relationship with CD4 and quality of life. **Method.** In the present investigation, 260 patients with HIV / AIDS attended during the May-August 2017 period participated. Of these, 51 were women and 209 men who attended medical visits and sampling. The age range of patients ranged from 18 to 70 years. The mean age was 34.32 years and the standard deviation was 7.26. The evaluation instruments used were the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BDA) and the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF). The design of this study is observational, transverse, descriptive, correlational. **Results.** As for percentage of cases per municipality 2.3% corresponds to Mineral reform, 6.9% Tulancingo, 6.9% Tula de Allende and Actopan 5.0%. Routes of contagion, vertical occupy 3%, injecting drug use 6%, heterosexual contact 24% and sexual contact man to man 67%. As for the CD4 count, the mean was 431.15 cells / mm³. Sexual practices 56.98% are homosexual, 28.68% heterosexual, 13.95% bisexual, and 0.39% others. Pearson's correlation indicates the existence of a statistically significant linear relationship ($r_p = 0.529$), $p \leq 0.01$) between the anxiety level and the depression level was 90%. Statistically significant linear relationship ($r_p = 0.317$), $p \leq 0.01$) between the level of depression

and the level of the CD4 cell count. **Conclusion:** Minimum Anxiety and Depression data were found according to the Beck evaluation scales, which correlate with the CD4 count, and this explains why the patients at the time of the investigation have a count greater than 400 cells, which indicates that the immune system is in optimal conditions, and has no direct relationship with the psychological factor in quality of life, compared to what the literature tells us. Some aspects that would be important to assess in future research in patients with HIV / AIDS are social support, coping styles, the perceived level of stigmatization and the patient's perception of health control.

KEY WORDS: HIV / AIDS, depression, anxiety, CD4 lymphocytes, cognitive-behavioral intervention, immune system.

Introducción

La epidemia del VIH en nuestro país y en el mundo es un problema que rebasa el ámbito de la salud pública al converger con factores psicológicos, sociales, éticos, económicos, políticos; y de derechos humanos, entre otros. En los últimos años, el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo ha tenido tendencia a la baja, en gran medida atribuida a los esfuerzos globales en materia de prevención.

En América Latina la epidemia de VIH continúa con tendencias de estabilización en niveles comparativamente bajos, cerca de 100,000 personas adquieren la infección por VIH en la mayor parte de los países de Latinoamérica, la epidemia se esparce primordialmente dentro y alrededor de las redes de personas que forman parte del grupo de hombres que tienen sexo con hombres.

Las muertes asociadas al SIDA han disminuido significativamente en los últimos años en gran medida debido al incremento en el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) de calidad, hasta el día de hoy, la epidemia del VIH/SIDA continúa concentrada en el país dentro de las poblaciones de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas que se dedican al trabajo sexual , especialmente hombres transexuales ; así como en las personas que usan drogas inyectables , cuestión que refleja que se ha podido contener con éxito una generalización de la epidemia; sin embargo, con base en la evidencia actual de prevalencias de VIH en estos grupos, la prevención focalizada deberá continuar siendo los próximos años un pilar fundamental de la respuesta a esta epidemia, para reducir las nuevas infecciones en estos grupos poblacionales; así como en otros grupos vulnerables.

A lo largo de los años se han descrito numerosas alteraciones psiquiátricas en los individuos que padecen la infección por este virus: deterioro cognitivo, depresión, delirium, psicosis, manía y ansiedad.

La depresión y la ansiedad son las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos. Igualmente, la infección por el VIH supone incertidumbre que se relaciona con elevados niveles de ansiedad y depresión debido a que los pacientes no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad.

La infección por VIH se ha transformado en una enfermedad crónica con una expectativa de vida más larga, por lo que los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes. La depresión tiene un papel trascendente, pues se relaciona con una menor calidad de vida, falta de apego al tratamiento y una mayor mortalidad. Su prevalencia en pacientes con VIH varía de 21% a 97%.

Tomando en cuenta las repercusiones que la depresión y la ansiedad traen consigo en los pacientes con VIH, es importante y necesario determinar su prevalencia en nuestra población. Algunos factores que contribuyen al desarrollo de trastornos depresivos en estos pacientes son: el estigma social, la falta de apoyo, el estrés crónico, el aislamiento social y la desmoralización, la discapacidad ocupacional, los cambios.

Una mayor severidad de los síntomas depresivos ha sido vinculada con una declinación más rápida de la cuenta de CD4 y un aumento en la carga viral. Esto se demostró incluso antes de la era del tratamiento antirretroviral altamente activo, y algunos estudios sugieren una influencia directa de la depresión en el sistema inmune.

La problemática de la infección por VIH/SIDA ha evidenciado la necesidad de diseñar nuevas e innovadoras estrategias de tratamiento e intervención en las personas que conviven con el virus. Estas intervenciones no solo deben atender el nivel físico sino también involucrar aspectos integrales que acompañan la infección como son los biopsicosociales, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

II MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

Características generales del VIH/SIDA

1.1.1 Etiología, Fisiopatología y Epidemiología del VIH/SIDA

Desde el descubrimiento del SIDA, han surgido varias teorías, acerca de su origen, muchas de estas teorías han sido descartadas por no tener una base científica; hasta que ahora solo circulan dos hipótesis. Los dos partes del origen del VIH, que ahora es generalmente aceptado, que el virus ha tenido su origen en el VIS (Virus de Inmunodeficiencia Símica), transmitió al hombre por el chimpancé. El primer caso conocido del virus VIH en África se remonta al año 1959, en la sangre almacenada en un laboratorio de un individuo de sexo masculino del Congo. La hipótesis más criticada es la que hace referencia a que el VIH fuese introducido en la población humana a través de la ciencia médica. Dentro de esta hipótesis existen diferentes teorías. El virus supuestamente se introdujo a los seres humanos a partir de los estudios de las vacunas contra la poliomielitis realizados en África durante los años 50. Según los científicos que apoyan esta teoría, la transmisión hacía los humanos se inició cuando se utilizaron riñones de chimpancés para preparar la vacuna contra la poliomielitis. Una teoría que otros consideran improbable; según los estudios hubiese sido necesario que al menos nueve virus distintos hubiesen sido inoculados al hombre a través de estas vacunas (Bolaño , y otros, 2011).

El primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida fue diagnosticado en Nueva York en el año 1979. El origen de la enfermedad, su agente patógeno, fue identificado entre 1983 y 1984 en el Instituto Pasteur de Paris por Luc Montagnier. Al poco tiempo se pudo disponer de una prueba para detectar anticuerpos de VIH en el suero de las personas infectadas. A partir de

tales logros se pudo investigar mecanismos de transmisión del virus, el origen del mismo y sus mecanismos patógenos. Virus semejantes se encuentran en monos africanos. En el África la incidencia del SIDA es muy elevada, especialmente en regiones centroafricanas; tal descubrimiento sugirió el origen africano de la epidemia. En el año 1990 la OMS informó que a finales de 1989 se habían diagnosticado en el mundo 203.599 casos de SIDA (Gutiérrez, y otros, 2004).

El VIH es un tipo de virus de la familia de los Retroviridae, esto es, un retrovirus o un virus cuyo genoma está formado por ARN (en lugar de ADN, como es habitual). Para replicarse, este tipo de virus debe convertir su ARN en ADN antes de integrarlo en el genoma de la célula a la que infecta. Esta función de traducción de ARN a ADN requiere el concurso de una enzima llamada transcriptasa inversa. Además de tener familia, el VIH pertenece a un género, el de los Lentivirus, nombre que alude al largo periodo de incubación que suele transcurrir desde el momento de la infección hasta la manifestación de los síntomas. Se han encontrado virus de la misma familia y género que el VIH en diferentes especies de mamíferos, como vacas, felinos, caballos, ovejas y primates no humanos. Entre otras particularidades, el virus de la inmunodeficiencia que afecta a los primates (orden en el que estamos incluidos los humanos) se distingue por usar como receptor la proteína CD4 (Makvandi & Rowland, 2014).

La infección por VIH se define como una enfermedad de afección al sistema inmune que afecta de manera directa a los linfocitos T CD 4, es así que la baja respuesta inmune puede tener como consecuencia la presencia de infecciones intercurrentes o el desarrollo de células cancerígenas La historia natural de la infección causada por el VIH se refiere a la progresión de la enfermedad desde su contexto pre patogénico, patogénico y pos patogénico, en la ausencia de un

tratamiento antirretroviral. Esta progresión se puede describir en tres fases de infección: primaria/aguda, infección latente/asintomática y SIDA/ infección sintomática. Mientras que el síndrome se caracteriza por una reducción continúa de los linfocitos T CD4 que comprometen la inmunocompetencia del individuo, propiciando susceptibilidad a las infecciones. A continuación se describen las frases (Makvandi & Rowland, 2014).

1.1.1.1 Fase aguda o infección primaria

La infección primaria o fase aguda corresponde al período que ocurre desde la infección inicial del VIH hasta el desarrollo de anticuerpos, condición conocida como la seroconversión, que normalmente dura entre uno y tres meses. Esta fase se caracteriza por el aumento de la viremia plasmática debido a la descontrolada replicación, con cargas virales plasmáticas, alcanzando más de 100 millones de copias por mililitro en ausencia de cualquier respuesta inmune adaptativa que es identificada (Makvandi & Rowland, 2014).

Debido a la seroconversión, ocurre disminución en el número de linfocitos T CD4 como resultado de la síntesis por el VIH y la migración al tejido linfático periférico (Brown, Wijewardana, Liu, & Barratt-Boyes, 2009). Durante este período, los pacientes pueden desarrollar una erupción generalizada, dolor de garganta e inflamación de las glándulas linfáticas, que muchos médicos con frecuencia diagnostican como gripe o resfriado, debido a que los anticuerpos específicos contra el VIH no son detectables durante esta fase temprana de la infección, siendo que durante la infección primaria no se indica progresión de la enfermedad. Sin embargo, se ha observado que los individuos que presentan síntomas más graves durante la infección aguda muestran mal pronóstico clínico a largo plazo y progresan más rápidamente al SIDA (Bellan et al., 2013). La elevada viremia plasmática durante la etapa de infección primaria provoca que los

pacientes cuenten con un diagnóstico precoz; por lo tanto, es recomendable definir el momento de la infección aguda por VIH, a fin de ofrecer información a las parejas para lograr la detección oportuna.

1.1.1.2 Fase de Infección latente/ asintomática

Corresponde al período durante el cual se establece el equilibrio entre la tasa de reproducibilidad viral y la respuesta inmune del huésped. En ausencia de tratamiento antirretroviral, este período de 18 "latencia" clínica puede durar de ocho a diez o más años, durante el cual muchos individuos infectados no muestran signos de los síntomas clínicos de la enfermedad. Sin embargo, aun con ausencia de síntomas, existe modificación de la estructura del virus, generando mayor número de viriones cada día y, a su vez, ocasionando la destrucción de células CD4 (Maillo, Veléz, Norman, González, & Pérez, 2015). El género, la edad, la capacidad viral y la predisposición genética generalmente influyen en este estadio de "latencia" (Siliciano & Greene, 2011).

1.1.1.3 Fase de infección sintomática/SIDA:

Durante esta etapa, existe mayor replicación del virus, dando lugar a alteración y destrucción del sistema inmune que, a pesar de tener la capacidad de regeneración, al instalarse el virus supera su respuesta. Generalmente esta condición ocurre cuando el recuento de CD4 disminuye por debajo de 200 células por mm³ de sangre, comprometiendo el sistema inmunológico del paciente y situándolo en una condición de riesgo y susceptibilidad para contraer otras enfermedades, ciertas neoplasias e infecciones oportunistas, como candidiasis, tuberculosis y cualquier otra manifestación (Manosuthi, 2015). En condiciones donde el valor de células CD4

es mayor de 200 células por mm³ de sangre, existe menor probabilidad de complicaciones; sin embargo, el desarrollo de la enfermedad dependerá de la susceptibilidad del paciente (Manzardo, 2015). Por otro lado, sin tratamiento antirretroviral la mayoría de los pacientes con infección sintomática progresan a procesos infecciosos durante los siguientes dos a tres años.

1.1.3 Transmisión del VIH

El VIH se transmite a través de tres vías principales: el contacto sexual, la exposición a fluidos corporales infectados o tejidos y de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna (conocida como transmisión vertical). No existe riesgo de contraer el VIH al exponerse o entrar en contacto con heces fecales, secreciones nasales, saliva, esputo, sudor, lágrimas, orina o vómito; a menos que estos estén contaminados con sangre. Por otro lado, existe la posibilidad de coinfectarse con alguna otra cepa de VIH, distinta a la que originalmente provoca la infección. La proporción de contagio de acuerdo con las vías de exposición incluyen transfusión de sangre en 90% de los casos, 25% de madre a hijo en el momento del parto, y con proporciones menores a 1 %, al compartir agujas utilizadas en la aplicación de drogas, coito anal y sexo oral. Entre otras rutas identificadas como vía de transmisión se incluyen acciones de morder, escupir, eliminar fluidos corporales (incluyendo semen o saliva) e intercambio de juguetes sexuales contaminados con sangre (Shingai et al, 2014). Las condiciones mencionadas anteriormente favorecen el riesgo de transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), generando infección aguda hasta la fase final y su correspondiente carga viral. Los factores que pueden disminuir el riesgo incluyen el uso del condón, la circuncisión masculina, el tratamiento antirretroviral y la profilaxis preexposición (Gutiérrez, y otros, 2004).

1.1.4 Replicación del VIH

La replicación del VIH se puede dividir en seis etapas: acoplamiento, transcripción inversa, integración, transcripción, traducción y liberación.

1.1.3.1 Acoplamiento

El proceso inicial ocurre con la replicación de la “unión gp120”, que corresponde a una glicoproteína del virus VIH al receptor de superficie de la célula CD4 huésped, lo que induce a la conformación de la glicoproteína. Lo anterior permite que exista una interacción más eficiente con los receptores CCR5 y CXCR4. Después de unirse a estos co-receptores, ocurre otro cambio conformacional en la glicoproteína, que permite la fusión entre la membrana celular y viral del huésped. Después de la fusión de la membrana, el capsómero se encuentra sin recubrimiento y el contenido de la partícula viral se libera en el citoplasma de la célula huésped (Ambrose & Aiken, 2014).

2.1.3.2 Transcripción inversa:

La información genética almacenada en el ARN del VIH debe ser transcrita en ADN proviral para que el virus se replique. Este proceso es mediado por la enzima transcriptasa viral inversa, que utiliza desoxinucleótidos trifosfatos (dNTPs) en el citoplasma de la célula diana (Bolaño et al., 2011).

1.1.3.3 Integración

Una vez formado, el ADN proviral se transporta al núcleo de la célula huésped, donde se realiza la activación celular, causando integración del ADN proviral del VIH en el genoma de la

célula huésped, donde estas reacciones son catalizadas por la enzima integrasa viral. El ADN viral recién incorporado se conoce como un provirus, que permanece dentro de la célula huésped a la espera de estímulos para iniciar la transcripción, a partir de factores de transcripción celular (Bolaño et al., 2011).

Sin embargo, al no existir estímulos celulares, el provirus puede permanecer latente dentro de la célula diana; por ejemplo, como ADN proviral no integrado del VIH en las células T CD4 en reposo, en monocitos, macrófagos y células microgliales, representando una fuente importante de depósitos celulares de VIH (Kessl, 2009). Lo que hace difícil la erradicación del VIH hasta este momento.

1.1.3.4 Transcripción

Después de un estímulo celular en el huésped, se produce la transcripción del ADN, incluyendo el provirus. La transcripción está mediada por el RNA polimerasa que utiliza dinucleótidos endógenos del huésped (Makvandi & Rowland, 2014).

1.1.3.5 Traducción

El ARN mensajero (ARNm) se transporta fuera del núcleo celular y se traduce en poliproteínas virales, utilizando aminoácidos y ribosomas, a fin de formar moléculas precursoras (Makvandi & Rowland, 2014).

1.1.3.6 Liberación

Las nuevas proteínas del núcleo viral, enzimas y RNA migran hacia la superficie celular donde las proteínas virales son modificadas por la enzima VIH-1 proteasa, resultando en la

formación de partículas virales infecciosas, que se sintetizan en la membrana y se liberan a los espacios extracelulares. Durante el proceso, las membranas lipídicas del virus pueden integrarse a diversas proteínas de la célula huésped y enriquecerse con fosfolípidos y colesterol (Ivanchenko et al., 2009); (Sundquist & Kräusslich, 2012).

1.1.5 Diagnóstico para VIH/SIDA

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de ensayos inmunológicos como el inmunoensayo enzimático reactivo, que representa una prueba rápida para el diagnóstico del VIH, confirmado con el resultado positivo de una prueba suplementaria de anticuerpos del VIH (por ejemplo, Western blot o ensayo de inmunofluorescencia indirecta). En los niños menores de dieciocho meses de edad, se obtiene el diagnóstico a partir de la detección por tamizaje para determinar la infección por VIH de los anticuerpos transmitidos por la madre (Buttò, Suligoi, Fanales-Belasio, & Raimondo, 2010).

1.1.6 Tratamiento del VIH

Los avances más recientes para el tratamiento del VIH surgen de la inhibición de la actividad de las enzimas utilizadas por el VIH en su ciclo de vida (Manzardo, 2015). Los fármacos antirretrovirales se clasifican generalmente por la fase del ciclo de vida del VIH que los inhibe, como drogas, algunos inhibidores de unión, entrada o fusión con la célula huésped. Los antagonistas de los receptores CCR5 no se dirigen al virus; sino que se unen al receptor CCR5 en la superficie de las células CD4, bloqueando la unión del virus con la célula. Los nucleósidos inhibidores de transcriptasa inversa inhiben la enzima, incorporando en la cadena de ADN viral nucleótidos defectuosos (OMS, 2012). A diferencia de los NRTI que actúan como inhibidores de

sustrato competitivos, los inhibidores no nucleósidos de la enzima transcriptasa inversa, son inhibidores no competitivos. El inhibidor de la proteasa afecta la actividad de esta enzima, esencial en el montaje final de los nuevos viriones, a la par que se inhibe la enzima integrasa, responsable de la integración del ADN viral en el ADN de la célula huésped infectada. Los inhibidores de la maduración reducen el último paso en el procesamiento y se elimina la poliproteína de la cápside viral, bloqueando la conversión de la proteína madura de la cápside p24 (OMS, 2013).

1.1.7 VIH/SIDA como un problema de epidemiológico y de salud pública

La vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del sida tiene como objetivo cuantificar la magnitud de la epidemia y definir las características de la población afectada, en particular en relación a las formas de contagio del virus (ONUSIDA, 2016).

La epidemia ha evolucionado de diferente forma e intensidad en distintas áreas geográficas del planeta, en función de factores sociodemográficos, culturales, económicos y políticos de cada zona. Así pues, el conocimiento y la monitorización de la distribución de la epidemia de VIH/SIDA en una comunidad dada es una herramienta básica para establecer y evaluar las intervenciones preventivas necesarias, que influirán en el futuro desarrollo de la epidemia (Bolaño et al., 2011).

El VIH/SIDA constituye, actualmente, un problema de salud pública debido a la propagación constante y continua de la enfermedad. La detección temprana de la infección es una estrategia prioritaria en salud pública para la orientación y difusión de los mensajes de prevención, y el tratamiento temprano y oportuno de la enfermedad (Protto, Schaaf, & Fidel Suárez, 2008).

La epidemia creció exponencialmente en muchos países, así como extendiéndose a todas las áreas del planeta que inicialmente no se habían visto afectadas, y hoy puede hablarse de pandemia del VIH. En los países más afectados ya se han producido descensos importantes en la esperanza de vida por esta causa (Trejos & Tuesca, 2011).

A pesar del uso exitoso de las terapias anti-retrovirales que han permitido el aumento en la esperanza de vida de las personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana , debemos ser conscientes que los niveles de nuevas infecciones aún son muy altos en el mundo y que, además, el número total de personas que viven con el virus como respuesta a la disminución de la mortalidad y de las terapias arriba mencionadas amerita seguir atentos a esta pandemia que desde finales del siglo pasado e inicios del presente ha modificado sustancialmente los hábitos y conductas del mundo actual (ONUSIDA, 2016).

Según los últimos informes de la Organización Mundial de la salud (OMS) se estima que en todo el mundo viven cerca de 36.7 millones de personas con el VIH y en 2016 aproximadamente fueron diagnosticadas 2.6 millones como nuevas infecciones. Aunque esta cifra representa cerca de un 19% menos de nuevos casos comparada con iguales datos para 1999 y un 21% de menos casos que en 1997, las cifras de nuevos casos siguen siendo alarmantes (ONUSIDA, 2016).

Como un indicativo de éxitos logrados por la comunidad mundial y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se ha logrado una reducción del 24% de infecciones intrauterinas de madre a hijo durante 2010 si se compara con estadísticas similares de 5 años atrás (UNAID, 2010).

A pesar de los esfuerzos en términos de promoción, prevención, tratamiento, atención y apoyo, aún queda mucho por hacer, dado que persisten preconcepciones sobre el VIH/SIDA desde

las escuelas, y de otra parte el fracaso y la falta de adherencia a tratamientos en la población infectada. La salud pública, las ciencias básicas y clínicas tienen un reto en común: seguir trabajando en esta problemática para lograr mejores soluciones y alternativas ante este flagelo que nos concierne a todos (Bolaño et al, 2011).

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema prioritario de salud pública, de carácter muy complejo, en razón de sus múltiples repercusiones psicológicas, sociales, ético, económico y político que rebasan el ámbito de la salud. Además el SIDA constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones, ya que los expertos han señalado que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia (SSA, 2002).

El virus de la inmunodeficiencia humana constituye una gran preocupación desde el punto de vista médico, político y social; en lo económico, se han movilizadoinnumerables recursos, de manera que se requiere de la acción conjunta de los gobiernos y las autoridades de salud para lograr su control.

Por otra parte, el personal de la salud debe mantener constantes interés y motivación para incorporar los conocimientos actuales sobre esta enfermedad, para brindar a los pacientes una mejor atención de forma integral y evitar las lamentables e injustificables reacciones de rechazo hacia las personas que portan el virus. El sida es el estadio final de una enfermedad crónica transmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros (Lamotte, 2014).

1.1.8 Comportamiento, panorama mundial y caracterización epidemiológica del VIH/SIDA

La pandemia del VIH y el SIDA asociado a él se encuentra en una etapa de estabilización. Desde la identificación de los primeros casos de enfermedad asociados al VIH en la década de 1980 en los Estados Unidos y Francia en grupos poblacionales bien delimitados, hoy los registros reportan la existencia de casos de VIH/SIDA en los cinco continentes del mundo sin importar edad, sexo, religión, ocupación ni condición social. Tras un crecimiento exponencial durante la década de 1990, la pandemia tendió a estabilizarse en los últimos 10 años, y, de continuar la situación como está actualmente, la década que ahora comienza verá una reducción permanente tanto de la incidencia como de la prevalencia de la infección por VIH y el SIDA (OMS, 2013).

En los más de treinta años que han pasado desde la identificación de los primeros casos, la epidemia de VIH/SIDA ha cambiado su faceta varias veces. Inicialmente restringida a grupos muy característicos, se ha ido introduciendo en todo el tejido social sin reconocer límites. Y a pesar de ser una enfermedad que conocemos hace tiempo, los últimos datos del ONUSIDA nos revelan un rostro nuevo, incluso con varias caras dependiendo de la región del mundo de la que se trate, y parece que en los próximos años seguirá cambiando. En términos globales, nos enfrentamos ahora a una epidemia que crece entre la población femenina y que se comporta más agresiva entre los jóvenes, y cuya principal vía de contagio sigue siendo la sexual (Rosales , Ponce, & Rodríguez-Álvarez, 2010).

Los números actuales obligan a redefinir los conceptos, principalmente en cuanto a las definiciones técnicas, ya que aun cuando el número de casos de VIH/SIDA sigue aumentando constantemente, en el estricto sentido de las palabras no estamos ya frente a una epidemia, ya que

el número de casos nuevos en una población determinada en un tiempo determinado no supera al número de casos esperados (Rosales , Ponce, & Rodríguez-Álvarez, 2010).

La pandemia por VIH/SIDA ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva, que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad.

Según cálculos de la OMS y el ONUSIDA, a finales de 2011 había en el mundo unos 34,2 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año, contrajeron la infección unos 2,5 millones de personas, y unos 1,7 millones murieron por causas relacionadas con el sida, entre ellos 230.000 niños. Eso representa 700.000 nuevas infecciones menos que hace 10 años y 600.000 muertes menos que en 2005. Gran parte de los progresos se atribuyen al tratamiento de las personas infectadas con antirretrovirales, medicamentos que pueden salvarles la vida. Los mecanismos efectivos de transmisión identificados involucran las vías en las cuales se encuentran fluidos que contienen el VIH: sexual, sanguínea y perinatal (Velez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2011).

La epidemia de VIH es estable en los países latinoamericanos, con aproximadamente 100.000 nuevos casos por año. En 2011 cerca de 1,4 millones de personas vivían con el VIH en América Latina, en comparación a los 1,2 millones en 2001. El Caribe es la región más afectada por la epidemia de VIH en América y la segunda más afectada del mundo. La prevalencia del VIH en adultos en 2011, fue de alrededor del 1%, una cifra superior a cualquier otra región del mundo, a excepción de África subsahariana. En el año 2011 la cobertura de terapia antirretroviral fue del 68% en América Latina y del 67% en el Caribe, en comparación a la media mundial situada en el

54%. La cobertura de tratamiento ascendió a más del 80% en Cuba, República Dominicana, México y Guyana. En Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay se alcanzó una cobertura de más del 60%. El número de personas que murieron por causas relacionadas con el Sida disminuyó en un 10% entre los años 2005 y 2011 (Rosales , Ponce, & Rodríguez-Álvarez, 2010).

Según reporte de la UNICEF, Centroamérica es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en tres de ellos las tasas de prevalencia son superiores o iguales al 1% (con el 2,5% en Belice, con el 1,6 % en Honduras y el 0,9% en Guatemala) (Velez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2011).

El primer caso de SIDA en México se reportó en 1983. A consecuencia del impacto global que fue tomando la epidemia y la aparición de nuevos casos en el país, el gobierno federal creó en 1986 el Comité Nacional para la Prevención de SIDA (CONASIDA), cuyas actividades se limitaban a la coordinación de esfuerzos en la lucha contra el SIDA. En 1988, por decreto presidencial, CONASIDA fue elevado a la categoría de Consejo Nacional. De esta forma, CONASIDA se consolidó como la entidad encargada de la formulación y difusión de las políticas y estrategias nacionales en materia de atención y control de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (Gutiérrez et al., 2004).

Desde el inicio de la epidemia, en México ésta se ha caracterizado por ser de tipo concentrada, es decir, por tener prevalencias superiores a 5% en grupos específicos de la población y por debajo de 1% en la población general, y ser primordialmente de transmisión sexual. Por

ejemplo, estudios recientes han identificado la seroprevalencia de VIH entre hombres que tienen sexo con hombres hasta en 16.9%, y en 7% entre usuarios de drogas inyectables (Conde, Sosa Rubí, Bautista, & Romero, 2013).

A tres décadas del reconocimiento de esta devastadora epidemia y desde la identificación del VIH, su agente causal, se ha propagado por todo el mundo. Ciertamente, ha dejado su huella en México. Hasta junio de 2011 se han registrado ciento cincuenta mil personas con infección documentada por VIH. De acuerdo con estimaciones oficiales del gobierno mexicano, en 2010, doscientas veinticinco mil personas entre quince y cuarenta y nueve años de edad viven con el virus. No obstante, la historia del SIDA en México muestra grandes progresos desde la observación inicial de esta enfermedad. Hay terapias disponibles y la promesa de una supervivencia a largo plazo parece más evidente que en años anteriores (Iglesias , 2011).

Capítulo 2

Salud mental, depresión y ansiedad

2.1.1 Salud Mental

La OMS (Organización Mundial de la Salud) concibe la salud mental como el estado de bienestar que permite al individuo trabajar de una manera que le permita ser productivo y fructífero hacia su comunidad, así como el tener las capacidades para superar las situaciones estresantes que la vida le presente (OMS, 2013).

La salud mental es un fenómeno complejo el cual es determinado por varios factores sociales, biológicos, económicos, políticos, culturales, ambientales como el nivel de vida y apoyo comunitario y no sólo por las características individuales que cada persona pudiera poseer como la gestión de pensamientos, comportamientos y emociones o por las interacciones para con los demás. Últimamente los factores sociales, como la pobreza se ha visto muy relacionada con la disminución de la salud mental, y al tener alta incidencia se merma el desarrollo y potencial de las personas y sus familias (SSA, 2013).

La salud mental también incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar (SSA, 2001).

Una persona con buena salud mental refleja en su convivencia, trabajo y recreación el despliegue de sus potencialidades, así como del buen funcionamiento de sus aspectos afectivos,

conductuales y cognoscitivos. El mantenimiento y recuperación de la salud física radica en la importancia de tener una buena salud mental (Torres, Beltrán, Saldivar, Lin, & Barrientos, 2013).

2.2.1.1 Áreas de la salud mental

- A) Bienestar emocional (satisfacción con la vida, felicidad, alegría, paz)
- B) Bienestar psicológico (auto aceptación, optimismo, esperanza, propósito en la vida, espiritualidad, autodirección, relaciones positivas)
- C) Bienestar social (aceptación social, creer en el potencial de las personas y de la sociedad en su conjunto, autoestima y ser útil para la sociedad, sentido de comunidad).

Cualquier persona puede tener problemas de salud mental. Los problemas de salud mental son comunes en los Estados Unidos. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), en el 2014, aproximadamente el 18% de los adultos en los Estados Unidos tuvo alguna enfermedad mental (OMS, 2015).

Sin embargo, las personas con el VIH tienen tasas más altas de problemas de salud mental que el público en general. Las personas con el VIH pueden sentir depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, pensamientos suicidas e insomnio entre otras. (SSA, 2013).

Los estudios han revelado una elevada seroprevalencia de la infección por VIH en personas con enfermedades mentales crónicas graves. Las tasas de prevalencia de enfermos mentales internados y tratados en ambulatorio, según se ha informado, se sitúan entre el 5% y el 23%, frente a una horquilla del 0,3% al 0,4% en la población general en los Estados Unidos de América en periodos de tiempo comparables. Algunos estudios dan cuenta de comportamientos que constituyen un factor de riesgo de transmisión del VIH entre el 30% y el 60% de las personas que padecen enfermedades mentales graves. Entre estos riesgos se cuentan las altas tasas de relaciones

sexuales con múltiples parejas, la utilización de drogas inyectables, relaciones sexuales con consumidores de drogas inyectables, abuso sexual (extremo éste en el que las mujeres son particularmente vulnerables a la infección por VIH), relaciones sexuales sin protección entre hombres y escaso uso de preservativos. Además de estos riesgos comportamentales, los trastornos mentales también pueden mermar las posibilidades de adquirir y/o utilizar información acerca del VIH/SIDA y de ese modo conducirse de forma segura, o pueden aumentar la probabilidad de que sobrevengan situaciones que se presten a comportamientos de riesgo (OMS, 2013).

Con respecto a la salud mental, son muchos los estudios que reportan la presencia de indicadores de enfermedad mental entre los pacientes con VIH/SIDA en el ámbito internacional. Wagner, Kanouse, Koegel y Sullivan (2004), por ejemplo, encontraron que la prevalencia de VIH entre personas que presentan problemas de salud mental es ocho veces mayor a la que presenta la población en general, lo que los llevó a considerar a la enfermedad mental como un factor de riesgo para una adherencia pobre.

Es importante tomar en cuenta la salud mental porque en ocasiones puede poner en riesgo la vida del paciente de manera directa o indirecta. El paciente no aplica el mismo grado de autocuidado personal cuando presenta una enfermedad mental, pues en este caso podría no prestar a la enfermedad del VIH/SIDA la atención que requiere. Pero también, la misma enfermedad mental puede llevar al paciente a terminar de manera involuntaria con su vida, al no tratarse de manera adecuada.

2.1.2 Trastorno Mental

Un trastorno mental se puede definir como una alteración ya sea de tipo conductual, emocional y/o cognitivo, donde se afectan procesos psicológicos básicos como la conciencia, la emoción, la motivación, la percepción, el aprendizaje, etc., creando de esta manera un malestar de tipo subjetivo dificultando la adaptación al entorno en el que se encuentra inmiscuido el individuo (OMS, 2015).

Una característica de los trastornos mentales es que se inician a edades tempranas pero no se diagnostican oportunamente, por lo que presentan comorbilidad con otros padecimientos como el déficit de atención o fobias y en algunos estudios se menciona que al llegar a la edad adulta llegan a presentar en promedio siete episodios depresivos, en cambio quienes la desarrollan posteriormente únicamente presentarán tres (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleitz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004).

La población adolescente está más expuesta a factores que les provocan estrés, debido a los cambios propios de la edad en los ámbitos físicos, psicológicos y sociales; este no es la causa única de la depresión sino que es el estilo en el que enfrenta y los factores sociales que los rodean, pero es un factor importante que se debe tomar en cuenta (Heredia-Ancona, Gómez-Maqueo, & Suárez-De La Cruz, 2011).

Cerca de 450 millones de personas padecen un trastorno mental o de la conducta teniendo las principales: la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión severa, el trastorno obsesivo compulsivo, la enfermedad de Alzheimer y otras como la epilepsia y anorexia (Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet, & Jaimes, 2003).

En México, entre las principales quince causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA), se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas que representan en conjunto el 18% del total de AVISA, seis de ellas están relacionadas de alguna manera con los trastornos mentales y las adicciones, como los homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebro vascular, cirrosis hepática, demencias, consumo de alcohol y trastornos depresivos. La depresión por sí sola afecta al 17% de la población con problemas mentales, seguida de las enfermedades que llevan a generar lesiones autoinflingidas, con un 16%, debido a lo anterior se considera a los trastornos mentales un problema de salud pública que debe ser atendido, entre ellas tiene relevancia la depresión por su incidencia y la manera en la que afecta la vida de las personas (OMS, 2013).

2.1.2.1 Clasificación de los trastornos mentales

Los trastornos mentales se clasifican de acuerdo a dos manuales en los que los expertos: la “Clasificación Internacional de Enfermedades” (conocido por sus siglas en inglés, CIE-10) y el “Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría” (conocido como DSM, por sus siglas en inglés) que es el empleado por la mayoría de los profesionales de la salud. El CEI-10 es revisado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada cierto tiempo para adecuarlo a los avances científicos y retomar las sugerencias realizadas por expertos. Su sistema de clasificación de las enfermedades se divide en diecisiete apartados distintos y a cada enfermedad o trastorno le asigna una clave alfanumérica, en la sección V se consideran los “Trastornos mentales y del comportamiento” (F00-F99) que incluyen a trece, destacando los trastornos del humor afectivos (OPS, 1992); (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 2013).

Estos trastornos se caracterizan por un cambio severo hacia la euforia o la depresión desencadenadas, generalmente, por algún factor estresante. El resto de las modificaciones en la conducta se explican a partir de ella (OPS, 1992).

En el DSM-V los trastornos se clasifican en veintiún secciones diferentes con una clasificación alfanumérica, entre ellas está la denominada “trastornos depresivos”, en el que se encuentran incluidas: trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia, medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica y otro trastorno depresivo especificado (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 2013).

No es raro que los pacientes con una enfermedad médica crónica experimenten síntomas psiquiátricos. Así, en los pacientes VIH positivos se encuentra más del doble de incidencia de depresión mayor, y más de diez veces depresión crónica que en la población normal. Estos pacientes también sufren en mayor proporción desórdenes de ansiedad generalizada, pánico y abuso de sustancias (Kessler, 2004).

Los síntomas psiquiátricos se pueden asociar con resultados negativos en el tratamiento del VIH. Las enfermedades psiquiátricas no tratadas se asocian con falta de adherencia a los medicamentos y mayor uso de los servicios médicos relacionados con los síntomas psiquiátricos.

Los comportamientos de alto riesgo también aumentan en promedio cuando hay enfermedades psiquiátricas no controladas (Yun, 2005).

Diversos estudios muestran cómo la prevalencia de trastornos mentales en pacientes seropositivos, incluido el abuso de sustancias adictivas, presentan tasas que rondan el 50%, mucho más elevadas a las esperadas en la población general (Carballo, Martínez, & Llaga, 2008).

La mayoría de estudios evidencian que el trastorno más frecuente, tanto en pacientes asintomáticos como en sintomáticos, es el trastorno adaptativo, con una proporción que va del 30% al 65%, seguido por los trastornos afectivos, la demencia, el delirium y otros trastornos cognitivos, y ocasionados por el uso de sustancias psicoactivas (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

Un estudio realizado en la ciudad de Santafé de Bogotá, en pacientes con VIH/SIDA atendidos a nivel domiciliario, evidenció patología psiquiátrica en el 75% de ellos. Según los criterios del DSM-IV se encontraron: trastornos adaptativos, 40%; demencia, delirium y otros trastornos cognitivos, 22%; trastornos relacionales, 19%; trastornos de personalidad, 16%; trastornos afectivos, 13%; trastornos por el uso de sustancias, 9%; y trastornos del sueño, 9% (Torres, Beltrán, Saldivar, Lin, & Barrientos, 2013).

2.1.3 Depresión

2.1.3.1 Epidemiología de la depresión

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en el mundo existen cerca de 350 millones de personas que padecen depresión, muchas de ellas no reciben un tratamiento o diagnóstico adecuado debido a la estigmatización o la falta de recursos, lo cual se torna grave debido a que una persona con depresión no tratada puede ver disminuida su calidad de vida e incluso llegar al suicidio (OMS, 2012).

En México cerca de 10 millones de personas de entre 18 y 65 años sufre de depresión, suele ser desencadenado por algún factor como los problemas económicos; se presenta el doble de casos en mujeres que en los varones (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleitz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004).

2.1.3.2 Criterios diagnósticos de la depresión en el DSM-V Y CIE-10

En el CIE-10, el episodio depresivo (F32) se distingue porque el decaimiento del ánimo altera de manera relevante la conducta, así el individuo presentará anhedonia, reducción en la energía lo que provoca menos actividad, cansancio, cambios en los hábitos del sueño y alimentación, se tiene ideas de inutilidad y baja autoestima. Se clasifica en leve, moderado o grave de acuerdo al tiempo que duré y a la intensidad de los mismos (OPS, 1992).

En el caso del DSM V el trastorno por depresión mayor, los criterios que se deben contemplar para realizar un diagnóstico: uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés por actividades que antes procuraban placer, durante un periodo de tiempo mayor a dos semanas; no se explica por una afección médica u otro trastorno mental (por ejemplo, esquizofrenia); provoca un impacto negativo en diferentes aspectos de la vida como lo laboral o escolar y no existe un episodio de manía o hipomanía .Además debe cubrir cinco o más de los siguientes síntomas que se presentarán la mayor parte del tiempo (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 2013).

- Estado de ánimo deprimido que se manifiesta durante la mayor parte del tiempo. Es notado tanto por el individuo como por otras personas.
- Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.
- Aumento o disminución del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.

- Disminución de la energía.
- Sentirse inútil o culpable.
- Disminución de la capacidad para concentrarse.
- Ideas recurrentes acerca de la muerte, ideación suicida o intento de suicidio (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, 2013).

Ambas conceptualizaciones de la depresión comparten puntos en común (como tomar el estado depresivo como eje para los demás síntomas) y sus diferencias se deben a que están dirigidas a comunidades diferentes, el CIE-10 a los médicos y el DSM V a los psiquiatras, aunque también es utilizado por los psicólogos. Esto nos permite ver que en este trastorno están involucrados tanto aspectos biológicos como psicosociales y revisarlos dará una comprensión mayor a la depresión (Korman & Sarusdiansky, 2011).

2.1.4 Evaluación de la depresión

La sintomatología depresiva puede evaluarse a través de tests autoaplicables. Existen tres que son los más utilizados en la investigación: *“Beck Depression Inventory”*, *“Hamilton Rating Scale for Depression”* y *“Montgomery Asberg depression Rating Scale”* (Jurado et al., 1998).

El “Inventario de Depresión de Beck” (BDI, por sus siglas en inglés) evalúa los aspectos cognitivos de la depresión y es el más utilizado para conocer la gravedad del trastorno. Fue elaborado en 1976 y desde entonces ha tenido revisiones. Consta de veintiún ítems con cuatro opciones de respuesta (0-3), la máxima puntuación es sesenta y tres puntos. En México fue validado

en 1998 por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperana y Varela, cuenta con un $\alpha=0.87$ (Jurado et al., 1998).

La “Escala de Hamilton para la Depresión” (HAM-D, por sus siglas en inglés) es una prueba heteroaplicada, es decir, el aplicador es quien realiza las preguntas y las evalúa. A diferencia del de Beck, incluye el aspecto somático. Fue elaborado en 1960 y consta de veintiún ítems, ha tenido sucesivas revisiones en las que se han aumentado o reducido el número de ítems. En español fue adaptada la versión de diecisiete ítems en 1986 por Ramos-Brieva y Cordero-Villafafilia (1986).

La “Montgomery Asberg Depression Rating Scale” (MADRS, por sus siglas en inglés) es una escala publicada en 1979 que debe ser aplicada por un experto para evaluar las respuestas, consta de diez ítems con opciones de respuesta que van de 0-6. Consta tanto de aspectos cognitivos como somáticos. La adaptación al español fue realizada en 2002 por Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Re, Badia y Baro(2002).

2.1.4.1 Teoría cognitiva de BECK

Aaron Beck propuso una de las teorías más relevantes para comprender la depresión a partir de señalar que los pensamientos son una parte importante en la etiología de la depresión, es decir, que los individuos con depresión perciben la realidad de una manera distorsionada y diferente que la población sana (Davison, 2004).

La teoría de Beck menciona que la depresión surge como producto de una serie de hechos causales; durante la infancia o la adolescencia el sujeto se ve expuesto a una serie de eventos (como el rechazo social) que generan lo que él denomina *esquemas negativos*, es decir, un grupo de ideas

que se activarán cada vez que se enfrente a un suceso que guardé cierto parecido con el hecho primigenio que a la larga incide en el surgimiento de los sesgos cognitivos (Vázquez, Hervás, Hernández-Gómez, & Romero, 2010).

Los sesgos cognitivos constituyen ideas equivocadas acerca de la realidad y son las que permitirán elaborar la realidad, por ejemplo, generalización exagerada o una exageración que surgirían en distintos momentos, lo que alimentaría a la *tríada negativa*: la visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro, dando lugar una visión deformada de la realidad, que derivaría en un episodio depresivo (Vázquez, Hervás, Hernández-Gómez, & Romero, 2010).

2.1.5 Depresión y VIH/SIDA

La depresión es muy frecuente entre los pacientes con enfermedades crónicas, caracterizándose por presentar el mayor sub-registro y sub-tratamiento dentro de las comorbilidades psiquiátricas (Asch, Kilbourbe, Gifford, & Burnam, 2003). En el caso de los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección (Wolff & Alvarado, 2010).

La depresión es el desorden de salud mental más común entre los pacientes con VIH. Hay una asociación entre el estatus de VIH, la depresión y el uso de sustancias. En los pacientes deprimidos también es común la pobre adherencia a los medicamentos. Esto puede llevar a muchos problemas médicos como a cepas resistentes del virus de VIH, disminución de CD4 y aumento en la carga viral. Los pacientes con depresión crónica tienen el doble del riesgo de mortalidad por una causa relacionada con el SIDA que los que no tienen síntomas depresivos (Cook, 2004). La calidad

de vida también disminuye en los pacientes con VIH deprimidos, que tienen una salud física y mental menor que los no deprimidos (Trapanier , 2005).

En un estudio comparativo descriptivo cruzado de 100 pacientes deprimidos, VIH positivos y negativos, se encontró entre los VIH positivos una mayor severidad de ansiedad, suficiente para que el 90% cumpla con los criterios de desorden de ansiedad generalizada (GAD) según ICD10. Un pobre manejo de la condición del VIH se asoció a mayor ansiedad.

La depresión puede presentarse en cualquier etapa de la infección, siendo más frecuente en los períodos inmediatos al conocimiento de ser portador del virus VIH (reacción de adaptación) y en la etapa inicial de la demencia, donde ésta puede preceder al comienzo de los trastornos cognitivos.

La reacción de adaptación se manifiesta con dolor, culpa, angustia, ansiedad, protesta, depresión e hipocondría. Su duración puede ser variada, de semanas o más, si el paciente no tiene apoyo, asesoramiento y tratamiento adecuado. Esto se puede reducir con el asesoramiento y preparación pre-análisis.

Los estudios realizados en adictos endovenosos en Estados Unidos sobre la conducta en relación a la seropositividad mostraron que se presenta un período de angustia, ansiedad y depresión aguda, que cede en pocas semanas (Casadonte & Des Jarlais, 1986), obteniéndose mejores resultados con el asesoramiento previo. En algunos casos pudo verse reducción de las prácticas de riesgo, pero no siempre acompañada de abandono del consumo de drogas.

La prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH se describe en torno al 35%, pero existe gran variabilidad en el reporte, con valores que fluctúan entre 20 y 79%, dependiendo de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la definición de caso (Jin, Hampton, Yu, & Heaton, 2006).

Es importante determinar cuántos de los episodios depresivos que se presentan en los pacientes con infección por VIH corresponden a un primer y único episodio, y cuántos se enmarcan dentro de un trastorno del ánimo crónico es un tema poco estudiado, ya que la mayoría de las investigaciones se han abocado a la estimación de la prevalencia puntual y/o de último año, y no a la prevalencia de vida. Asimismo existen escasos reportes respecto a la prevalencia de depresión antes y después de contraer el VIH (Wolff & Alvarado, 2010).

2.1.5.1 Características clínicas del cuadro depresivo en pacientes con infección por VIH

Los episodios depresivos en pacientes seropositivos para VIH, en general comparten las mismas características clínicas que en pacientes seronegativos. Los pacientes también manifiestan desánimo y/o anhedonia, pueden presentar cambios conductuales tales como aislamiento e irritabilidad y están expuestos a sufrir los cambios neurovegetativos propios de este trastorno, tales como insomnio, inapetencia, polifagia y cambios en el peso corporal (Colibazzi, Hsu, & Gilmer, 2006).

De igual forma, pueden presentar toda la gama de alteraciones neuro-cognitivas propias de los cuadros depresivos, tales como dificultad de concentración, falla en la memoria y enlentecimiento psicomotor (Colibazzi, Hsu, & Gilmer, 2006). Aparentemente, la principal diferencia estaría dada por la mayor frecuencia e intensidad de los síntomas entre los pacientes infectados por VIH, especialmente entre las mujeres (Wolff & Alvarado, 2010).

El diagnóstico de depresión puede no ser fácil, por lo que se han establecido criterios diagnósticos consensuados que son aplicables tanto a población general, como a población con morbilidad, incluidos los pacientes seropositivos para VIH.

En la Tabla 1 se exponen los criterios diagnósticos para un episodio depresivo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM), versión IV, que corresponde a uno de los más utilizados actualmente a nivel mundial (Rush, Keller, Bauer, & Dunner, 1995).

Tabla 1. Criterios para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV A.

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previo; uno de los síntomas de ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad de placer:

• Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

• Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi día a día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

• Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

• Insomnio o hipersomnia casi cada día.

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

- Fatiga o pérdida de energía casi cada día Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

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

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

B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento), o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses, se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

2.1.5.2 Factores asociados a la depresión en pacientes con VIH/SIDA

La depresión en los pacientes con VIH, al igual a lo descrito para la población general, prevalece con mayor riesgo de desarrollar depresión los del sexo femenino, principalmente en aquellos con menor nivel educacional y socioeconómico, los desempleados o en condiciones de inestabilidad laboral, los no casados ni emparejados, y aquellos que no cuentan con una red de

apoyo social (Yi M, 2006). Junto a esto, se considera que los pacientes con mayores preocupaciones respecto a su situación de salud, con mayor incomodidad respecto a la forma en que contrajeron el VIH, así como con menos creencias religiosas o espirituales, presentarían mayor vulnerabilidad a la depresión (Olley, Seedat, Nei, & Stein, 2004). Otro grupo particularmente vulnerable a desarrollar depresión sería el de los hombres homosexuales, aunque algunos estudios indican que la prevalencia de depresión entre éstos sería la misma que para los hombres homosexuales seronegativos (Rabin, 2008). Se ha descrito que los adolescentes seropositivos tendrían hasta cuatro veces más riesgo que sus pares de la población general de desarrollar depresión y que este riesgo superaría el encontrado en adolescentes con otras enfermedades crónicas, tales como diabetes mellitus o cáncer (Pao, Angelo, Shuman, & Timnis, 2000). En cuanto a la sintomatología, se ha visto que los pacientes con mayor cantidad y severidad de los síntomas atribuibles a la infección, presentarían mayor riesgo de depresión (Rabin, 2008). En cuanto a la sintomatología, se ha visto que los pacientes con mayor cantidad y severidad de los síntomas atribuibles a la infección, presentarían mayor riesgo de depresión (Pao, Angelo, Shuman, & Timnis, 2000).

Por otra parte, se ha reportado que la depresión en sí puede afectar negativamente la evolución de la infección por VIH, con peor estado inmunológico expresado en un menor recuento de linfocitos T CD4+, mayor carga viral, progresión de la enfermedad y mayor mortalidad (Wolff & Alvarado, 2010). En las mujeres, la mayor mortalidad no dependería exclusivamente de condiciones directamente asociadas al VIH sino también de una mayor frecuencia de accidentes, actos de violencia y sobredosis de alcohol y drogas (Treisman & Angelino, 2007). Esto también se refleja en el hecho de que los pacientes con infección por VIH deprimidos hacen un uso

significativamente mayor de los sistemas de salud que sus pares no deprimidos (Olantunji, Mimiaga, O' Cleirigh, & Safren, 2006).

Los avances en TARV han sido notables, con marcada reducción de la morbi-mortalidad (Raines, Radcliffe, & Treisman, 2005). Al respecto, una condición básica para este éxito terapéutico, compartida por muy pocas otras enfermedades, es un cumplimiento extremo de la indicación medicamentosa (adherencia). Pequeños incumplimientos de esta adherencia, se asocian a fracaso terapéutico (pérdida de la capacidad de suprimir la replicación viral con la consiguiente progresión de la enfermedad), agravado por la pérdida de efectividad de los anti-retrovirales previamente usados (desarrollo de resistencia) (Raines, Radcliffe, & Treisman, 2005). Entre los factores psico-sociales más importantes para la pérdida de adherencia están: la falta de una red de apoyo social, el abuso de sustancias y la depresión (Ammassari, Antinori, Aloisi, & Trotta, 2004).

Se considera que la depresión no tratada es, a su vez, un factor de riesgo para el abuso de sustancias y el uso de terapias alternativas o la automedicación, con el subsecuente perjuicio en la adherencia y efectividad de la TAR (Turner & Fleischmann, 2006). Por otro lado, se ha reportado que los pacientes deprimidos estarían más vulnerables a involucrarse en conductas sexuales peligrosas, con el eventual riesgo de adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual y contagio del VIH a terceros.

2.1.6 Ansiedad

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete

la eficacia y conduce a las enfermedades. En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). En el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad (Safren, Gershuny, & Hendriksen, 2003).

Ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo (Academia, Español Real, 2001).

La ansiedad normal es una emoción con valor adaptativo que actúa como un sistema de emergencia como un sistema de advertencia, alertando al individuo sobre la necesidad de actuar. En situaciones normales surge ante situaciones que implican una amenaza o un desafío para el individuo. Así las exigencias de la vida cotidiana generan cierto grado de ansiedad, constituyendo un mecanismo de adaptación que permite mejorar el rendimiento en las tareas o situaciones que se debe afrontar. Eso es así mientras no se supere unos límites de intensidad y de duración, porque de lo contrario hablamos de la ansiedad patológica, que interfiere de forma muy negativa en el funcionamiento normal del individuo, desembocando en un estado de desadaptación. (Galindo, Rojas, & Meneses, 2015).

Lo que determina que la ansiedad sea patológica es básicamente su intensidad y su duración más allá más allá de lo comprensible. El miedo es una reacción normal frente a peligros o amenazas

provenientes del exterior, es decir, el miedo es una reacción comprensible ante un objeto externo identificable. La ansiedad y la angustia patológicas son reacciones aparentemente inmotivadas (anobjetales o sin sentido reconocible), la experiencia de un miedo indefinido, por lo común independiente de las circunstancias objetivas externas. La experiencia de sentir ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las experiencias somáticas (efectos motores y viscerales) y la conciencia de estar nervioso o asustado. Todo ello precipita un estado de confusión y distorsión en la percepción de personas y significados de los sucesos. El sentimiento de vergüenza porque otros puedan percatarse suele agravar la ansiedad, entrando en un círculo vicioso de difícil solución. La sintomatología alcanza la categoría de trastorno solo cuando objetivamente se aprecia que interfiere de forma significativa en la vida familiar, social, laboral, o académica de quien la padece (López & Valdéz, 2005).

2.1.6.1 Epidemiología de ansiedad

La ansiedad es el trastorno más visto por el médico general con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el trastorno declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres (Boletín de la ANMM, 2012).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos más frecuentes de acuerdo a la OMS, en los servicios de atención primaria, en el mundo. Dentro de la población adulta se encuentra una prevalencia del 12%, para los trastornos de ansiedad; esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son los que inician más temprano, con una mediana de 15 años de edad, y

alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, siendo mayor en mujeres que en hombres. De acuerdo a otros estudios, se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a los largo de la vida entre 10.4 y 28.8% (MSC, 2008).

2.1.6.2 Criterios diagnósticos de ansiedad

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana IV (revisado) (DSMIV-R) los síntomas deben estar presentes, aunque pueden variar, durante un periodo de 6 meses consistentes en una preocupación constante acerca de su salud, familia, trabajo y situación económica (American Psychiatric Association, 2001).

Esta condición suele afectar en forma negativa la relación social y laboral. Muchos pacientes, presentan síntomas somáticos inespecíficos (insomnio, cefalea, dolores musculares, fatiga y síntomas de malestar gastrointestinal). Es importante descartar cualquier otra patología médica como hipoglucemia, cardiomiopatía, entre otros así como condiciones psiquiátricas como la depresión, por mencionar alguna. Algunas sustancias como la cafeína, el alcohol, las anfetaminas, los anorexígenos, entre otros, pueden causar síntomas de ansiedad (Testal, Calderón, & Garcelán , 2014).

De acuerdo con el DSMIV-R, el criterio diagnóstico del Trastorno de ansiedad comprende:

1. Ansiedad importante y preocupación o aprensión excesiva con duración de 6 meses.
2. La persona no puede controlar su preocupación.
3. La ansiedad y preocupación están asociadas con 3 o más de los siguientes 6 síntomas:
 - a) Inquietud.
 - b) Fatiga frecuente.

- c) Dificultad de concentración (tener la mente en blanco).
- d) Irritabilidad.
- e) Tensión muscular.
- f) Trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o sensación de tener un sueño insatisfactorio o superficial).

4. El Trastorno de ansiedad no se debe a efectos asociados a medicamentos o a sustancias de abuso o alcohol u otras patologías médicas como el hipertiroidismo, etc.

5. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos ocasionan malestar clínico significativo e interfieren en la vida laboral o social. Existen varios cuestionarios de autoevaluación para ayudar al médico a diagnosticar los trastornos de ansiedad (DSM-IV, 2001).

En comparación con el DSM-IV-TR y el DSM-5, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) para el trastorno de ansiedad generalizada no requieren que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar, se centran más en los síntomas somáticos de ansiedad y exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contienen el DSM-IV-TR y el DSM-5). Los 22 síntomas se dividen en:

- Síntomas autónomos (4): palpitaciones o taquicardia; sudoración; temblor o sacudidas; sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).
- Relacionados con pecho y abdomen (4): dificultad para respirar; sensación de ahogo; dolor o malestar en el pecho; náuseas o malestar abdominal (p.ej.; estómago revuelto).
- Relacionados con el estado mental (4): sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento; miedo a morir

- Síntomas generales (2): sofocos o escalofríos; entumecimiento o sensaciones de hormigueo
- Síntomas de tensión (4): tensión muscular, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; tener los nervios de punta o tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- Otros síntomas no específicos (4): respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltarse; dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones. Al menos uno de los síntomas debe ser del grupo autónomo.

El grado de concordancia entre el DSM-IV-TR y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es sólo moderado. En el estudio de Slade y Andrews (2001), menos del 50% de los diagnosticados por un sistema fueron también diagnosticados por el otro. Ambos sistemas parecen estar diagnosticando diferentes tipos de personas. La CIE-10 parece representar una forma más leve del TAG al no exigir que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar y que haya interferencia en la vida. Además, la exigencia de síntomas de activación autónoma no parece muy justificada, ya que son los síntomas de hipervigilancia y tensión los que están fuertemente correlacionados con otras medidas del TAG (Lobo, y otros, 2002).

2.1.6.3 Evaluación de la ansiedad

El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI, Beck et al., 1988; Beck y Steer, 1990). Es un cuestionario que evalúa el estado prolongado de ansiedad y que ha sido diseñado para minimizar la presencia de aquellos síntomas relacionados con la depresión. Consta de 21 ítems o síntomas que el cliente valora de 0 a 3 según el grado de molestia que le han

producido durante los últimos 7 días. Empleando una muestra de pacientes con diversos trastornos de ansiedad, se han identificado cuatro factores que reflejan aspectos subjetivos, neurofisiológicos, autónomos y de pánico de la ansiedad (Steer, Ranieri, Beck, & Clark, 1993). Otros autores han hallado sólo dos factores: subjetivo/cognitivo y somático. Algunos han señalado que el inventario de ansiedad de Beck evalúa principalmente síntomas del trastorno de pánico, pero otros argumentan que el trastorno de pánico puede representar simplemente un nivel más intenso de ansiedad que el trastorno de ansiedad generalizada u otros trastornos de ansiedad. De todos modos, las instrucciones no preguntan sobre el grado en que se han experimentado los síntomas, sino sobre la medida en que han resultado molestos, algo que puede estar más relacionado con el miedo al miedo típico del trastorno de pánico (Wilson, Beurs, Palmer, & Chambless, 1999). El cuestionario ha sido publicado por Pearson.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Beck, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento (Simeon & Hollander, 2004).

2.1.6.4 Ansiedad y VIH/SIDA

Las personas infectadas por el VIH están expuestas a múltiples factores biopsicosociales durante todos los estadios de la enfermedad; son comunes los problemas relacionados con la salud física, la imagen corporal, la sexualidad, la identidad sexual, la intimidad, el afecto, la pareja, la familia, las relaciones interpersonales, la autonomía, la muerte, los conceptos éticos, morales y religiosos, el trabajo, el desarrollo intelectual, la economía y la recreación. Muchas veces estos factores pueden llegar a tornarse en complicaciones psiquiátricas, dependiendo en gran parte de la estructura de personalidad pre-infección, de la red de apoyo psicosocial y del estadio de la enfermedad (Watkins, Treisman, & Neurovirol, 2012).

Episodios de ansiedad recortados (de uno a varios meses) son frecuentes en los pacientes seropositivos. Si se usan los criterios rigurosos del DSM-IV, que requieren un mínimo de seis meses de sintomatología ansiosa, la prevalencia es significativamente más baja (Gallego Deike & Álvarez-Valdés, 2001).

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en el VIH/SIDA. La emoción más frecuente en individuos con infección VIH es la inseguridad con respecto al futuro y el miedo a la enfermedad. La ansiedad puede manifestarse como un ataque de pánico o de agresividad, que generalmente dirige hacia los cuidados médicos inefectivos, percepción -verdadera o falsa- de discriminación, etc. Estos enfermos deben ser remitidos para tratamiento psicoterápico y/o farmacológico (Rovira, Uriz, & Rodríguez, 2005).

Las tasas de prevalencia a 6 meses de ansiedad generalizada son de entre el 15 y el 20%, y son similares para hombres homosexuales seropositivos y seronegativos pero son más elevadas que las tasas de los hombres heterosexuales con riesgo bajo de infección por el VIH. Las tasas de

otros trastornos de ansiedad (trastorno de angustia sin agorafobia y trastorno obsesivo compulsivo) no parecen ser especialmente elevadas en comparación con la población general en los individuos seropositivos para el VIH, y la enfermedad producida por el VIH puede ser el único contenido de estos trastornos. Varios estudios han demostrado que las tasas de trastornos de ansiedad son elevadas tanto entre los sujetos seropositivos para el VIH como los seronegativos de los distintos grupos de riesgo, entre ellos los homosexuales y los toxicómanos. Entre los individuos seropositivos para el VIH, los trastornos de ansiedad están asociados con cansancio y disfunción física relacionados con el VIH. Algunos estudios recientes han indicado que el trastorno por estrés postraumático puede desarrollarse en respuesta al diagnóstico de VIH o al diagnóstico de otras enfermedades que pueden ser mortales (Kelly et al., 1998).

Existen investigaciones que han encontrado que la depresión, junto a la ansiedad, es un factor contribuyente a la evolución de la infección por el VIH y que existen relaciones entre la ira y una evolución más rápida del VIH hacia la fase de SIDA (Leserman, Petito, Gu, & Gaynes, 2002).

El tópico de la ansiedad ante la muerte ha recibido una amplia investigación en pacientes crónicos y terminales, incluyendo pacientes con VIH/SIDA, ya que afecta profundamente a la calidad de vida, adherencia al tratamiento y curso de la enfermedad (Safren, Gershuny, & Hendriksen, 2003). Sobre todo se han hecho estudios conceptuales, instrumentales y descriptivos (estimación de parámetros y comparación de los mismos en relación con variables socio-demográficas, como edad, estado civil y escolaridad); asimismo, se ha investigado la relación de la ansiedad ante la muerte con el curso y síntomas de la enfermedad, y con factores protectores como religiosidad y apoyo social (Miller, Lee, & Henderson, 2012).

Desde la conceptualización y hallazgos empíricos en otros campos de investigación de la salud, se presupone que la vivencia de la ansiedad ante la muerte probablemente esté mediada por las estrategias y estilos de afrontamiento. Además, esta relación aún será más evidente en personas que padecen enfermedades generadoras de dicha ansiedad, como la infección de VIH, en comparación con personas sin enfermedad (Baum & Posluszny, 1999).

2.1.6.5 Características clínicas del cuadro ansioso en pacientes con VIH/SIDA

Las reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son frecuentes. Estos estados psicológicos tienen una expresión tanto psicológica como fisiológica. Los síntomas fisiológicos pueden parecer síntomas de SIDA, se debe tener precaución para poder reconocerlos y diferenciarlos. Las personas con VIH en ocasiones no es temor lo que sienten realmente, sino ansiedad, es decir que tienen sentimientos de miedo que son irreales. Pueden sentir que algo terrible estuviera a punto de suceder, no pueden decir claramente a qué le temen, sólo tienen una sensación de inquietud, se sienten incómodos e intranquilos dondequiera que se encuentren, pueden mostrarse irritables, tensos y preocupados por su cuerpo, además sufren insomnio y problemas de concentración (Watkins, Treisman, & Neurovirol, 2012).

2.1.7 Calidad de vida

La OMS define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no solo como ausencia de enfermedad. La descripción de este concepto a través de la última década considera que deben incluirse otros factores que son exclusivos para las diferentes poblaciones desde su contexto geográfico, social, nivel académico, actividad laboral, económica y familiar, que pueden

de algún modo afectar el bienestar del individuo en su totalidad (Ntshakala, Mavundla, & Dolamo, 2012).

La calidad de vida se define como una situación de congruencia entre los sueños personales, las ambiciones, la esperanza en el futuro, el estilo de vida presente y las experiencias, lo cual está en línea con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (Douaihy & Singh, 2001).

El término surgió en Estados Unidos de América (E.U.A.) después de la Segunda Guerra Mundial para conocer si la población de dicho país sentía que su vida era buena y sus finanzas estaban sana (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Los aspectos económicos, sociales y de salud están entrelazados en la calidad de vida ya que incluye la satisfacción de las necesidades como el trabajo, el medio ambiente sano, el estilo de vida, respeto a los derechos, la educación, la salud, entre otros, pero considerando así mismo la opinión personal de los individuos porque se ha hallado que los habitantes de los países desarrollados no siempre reportan mayores niveles en la calidad de vida (Ruvalcaba, Salazar, & Fernández-Berrocal, 2012).

El uso del término calidad de vida se ha extendido en las ciencias pero sin tener una definición clara y prestándose a confusiones con conceptos tales como “bienestar”, “salud mental” o “felicidad” debido a que abarca diferentes aspectos tanto subjetivos como objetivos, sin embargo, existen distinciones: en los países desarrollados se toman más en cuenta los factores subjetivos pero en los países en desarrollo se consideran ambos debido a las carencias que presenta una parte de la población (Ruvalcaba, Salazar, & Fernández-Berrocal, 2012); (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Las definiciones de calidad de vida son múltiples pero se pueden agrupar en categorías de acuerdo a los aspectos a los que les dan mayor valor: condiciones de vida, satisfacción con la vida y condiciones de vida y satisfacción con la vida (Ruvalcaba, Salazar, & Fernández-Berrocal, 2012).

La calidad de vida vista desde las condiciones de vida se centra en medir los aspectos cuantificables y objetivos como el acceso a la salud, la educación, la vivienda o el empleo; el problema que presenta es que se ha descubierto que el aspecto económico explica solo el 15% de la varianza de la calidad de vida del individuo. Además, cuando se les pregunta directamente a los habitantes de los países desarrollados su percepción de calidad de vida no siempre reportan mayores niveles que los habitantes de países en desarrollo (Ruvalcaba, Salazar, & Fernández-Berrocal, 2012).

Por otra parte la calidad de vida vista desde la satisfacción con la vida se centra la visión subjetiva de los individuos acerca de sus condiciones de vida, las críticas que ha recibido estriban en que una persona no puede separarse del medio en el que se desenvuelve.

En las últimas décadas, las investigaciones sobre calidad de vida en pacientes crónicos han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de este tipo de trastornos, como por su carácter permanente, que obliga a cambios importantes en los hábitos y estilos de vida (Vinaccia, Quinceno, Contreras, Zapata, & Fernández, 2005).

2.1.7.1 Calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA

La calidad de vida se ha tornado un de los objetivos principales en las investigaciones sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ya que debido al avance en el

tratamiento con la utilización de la antirretroviral, hubo disminución de las infecciones oportunistas, y aumento de las tasas de supervivencia (Trépanier, Rourke , Bayoumi, Halman, & Krzyzanowski, 2005).

Delante del cambio en la trayectoria de la infección por el VIH para enfermedad crónica, mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA se tornó uno de los principales objetivos de la práctica clínica y de las investigaciones del área (O'Connell, Skevington, & Saxena, 2003). Estudios sobre Calidad de Vida entre personas viviendo con el VIH/SIDA apuntan que la misma es afectada por numerosos factores individuales, culturales, sociales y emocionales, relacionados con el impacto del diagnóstico, del tratamiento y de la convivencia cotidiana de una enfermedad crónica (Pérez, y otros, 2005). Diferentes variables, tales como el género, las condiciones de vida y salud, han sido estudiadas por su relación con la calidad de vida, entretanto, algunos autores han apuntado que la depresión perjudica de forma importante a todas las dimensiones de la Calidad de vida evaluadas (O'Connell, Skevington, & Saxena, 2003).

Las investigaciones realizadas en el área del VIH/SIDA muestran que la calidad de vida es más deficitaria en los pacientes con VIH/SIDA que en otros pacientes con otras enfermedades crónicas (Martín , Cano, Pérez de Ayala, Aguayo, & Cuesta, 2002). Algunos investigadores como son Carretero, Burgess, Soler, & Soler (1996) han realizado estudios en los que se ha hallado que la calidad de vida de los pacientes con VIH en fase asintomática que consumen drogas por vía intravenosa es más deficitaria que la calidad de vida de los pacientes VIH positivos homosexuales.

Los parámetros biológicos en el VIH se relacionan con la calidad de vida de los pacientes seropositivos. Existe evidencia de relaciones entre recuento de linfocitos CD4 y calidad de vida relacionada con la salud, aunque dicha relación no ha sido encontrada en todos los estudios realizados. Respecto a las relaciones entre parámetros biológicos en el VIH y calidad de vida

relacionada con la salud y calidad de vida relacionada con la salud, (Martín , Cano, Pérez de Ayala, Aguayo, & Cuesta, 2002) pusieron de manifiesto la presencia de una fuerte relación entre la carga viral y la calidad de vida relacionada con la salud, de manera que una baja carga viral tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

El conocer las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud es de gran relevancia dado que con ello se pueden desarrollar modelos de atención en salud, tomar decisiones médicas, evaluar resultados de intervenciones en salud, optimizar el uso de recursos institucionales y orientar acciones de salud pública; además, en el caso del VIH/sida, estas dimensiones pueden condicionar el cumplimiento del tratamiento, la forma de percibir la enfermedad, el desarrollo de enfermedades concomitantes y la progresión o curso de la infección (Saldarriaga, 2005).

En la actualidad, con el desarrollo de intervenciones y tratamientos efectivos para el VIH a través de fármacos antirretrovirales, se ha observado que las personas 8 afectadas pueden vivir más tiempo con el virus, además de las comorbilidades que la caracterizan, lo cual califica a la enfermedad como crónica. Por lo tanto, la determinación de la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA permite estimar la carga de la enfermedad, la respuesta a nuevos tratamientos y al autoaprendizaje en el manejo de la enfermedad, a partir de acciones específicas que provean al paciente de bienestar a través de una planificación adecuada a las necesidades físicas, psicológicas, sociales, ambientales, autoperceptivas y espirituales de los pacientes, disminuyendo el amplio gasto ocasionado al sector salud.

Debido a la naturaleza del estudio y a la diversidad de variables que se generan como resultado del tema de calidad de vida, se requiere delimitar los criterios y dimensiones a evaluar, de modo que los resultados obtenidos sean capaces de establecer en forma específica la calidad de

vida de los pacientes participantes a través de la aplicación de instrumentos previamente evaluados y estandarizados para ser aplicados en este grupo de población.

2.1.7.2 Instrumentos para medir la calidad de vida asociada a la salud

La evaluación rutinaria en la clínica de la calidad de vida relacionada con la salud puede mejorar la calidad de la asistencia porque permite:

- Evaluar y monitorizar de forma periódica los efectos del tratamiento antirretroviral;
- Mejorar la comunicación entre médico y paciente;
- Observar los cambios en el estado funcional a lo largo del tiempo;
- Controlar la aparición de efectos adversos y ver si éstos tienen más peso que la sensación de bienestar con el tratamiento.

Por tanto, permitirían elegir el tratamiento que fuese más eficaz y con menos efectos secundarios. Existe un elevado número de cuestionarios validados para medir este parámetro, unos generales y otros específicos del VIH, unos para autoadministración y otros para ser administrados por un entrevistador, etc. Todos ellos se han usado en investigación clínica, pero también hay evidencias de su utilidad en la práctica clínica rutinaria a través de numerosos artículos. Entre estos cuestionarios destaca:

Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud, Traducción y adaptación de González-Celis y Sánchez-Sosa. Es un autoinforme de 26 ítems con 5 opciones de respuesta para medir la percepción acerca de la calidad de vida, cuenta con adecuada confiabilidad y validez. WHOQOL-BREF. Se deriva del WHOQOL-100 para generar un perfil de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, salud ambiental y relaciones sociales, sobre las percepciones del individuo en las dos semanas previas y, para enfermedades crónicas, como el

VIH/SIDA, puede ampliarse a cuatro semanas (González & Sánchez-Sosa, 2006). Uno de los instrumentos utilizados, traducidos y adaptados con mayor frecuencia por la Organización Mundial de la Salud es el World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF HIV). Este instrumento permite estimar y medir la calidad de vida de las personas que viven afectadas con el VIH/SIDA y sus comorbilidades

Medical Outcomes Study, HIV Health Survey (MOS-HIV), adaptado de la versión MOS y también adaptado al español. Consta de 35 preguntas agrupadas en 11 escalas: percepción de la salud en general, dolor, función física, de rol y social, salud mental, energía, problemas de salud, función cognitiva, calidad de vida y salud transitoria. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas y se contestan basándose en diferentes escalas ordinales de 2, 3, 5 o 6 posibles respuestas.

Las puntuaciones obtenidas para cada escala se estandarizan para hacer posible la comparación entre escalas con diferentes formatos de respuesta y oscilan entre 0, que representa el peor estado de salud posible, y 100, que indica el mejor. Además, es posible obtener dos valores índice que recogen el perfil de salud física (ISF) y salud mental (ISM). Este cuestionario puede ser autoadministrado o administrado por el entrevistador cuando se considere necesario, dado que la fiabilidad de las puntuaciones obtenidas a través de ambos modos de administración es muy similar. Es el más ampliamente usado. En un estudio comparativo con el MQOL, el MOS fue capaz de distinguir entre pacientes que estaban tomando tratamiento antirretroviral de los que no lo tomaban (González & Sánchez-Sosa, 2006).

Una de las maneras más utilizadas para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud se ha llevado a cabo con el cuestionario sobre calidad de vida relacionada a la Salud SF-36, adaptado y validado en diversos países de Europa y Latinoamérica. Este cuestionario contiene ocho

dominios que evalúan la afección de la enfermedad en los diferentes aspectos de la vida del individuo:

1. Función física: actividades físicas (bañarse o vestirse).
2. Rol físico: dificultades en el trabajo o actividades diarias por problemas físicos.
3. Rol emocional: problemas en el trabajo o actividades diarias por problemas emocionales.
4. Salud mental: nerviosismo y depresión.
5. Dolor corporal: presencia o interferencia por el dolor.
6. Salud general: percepción subjetiva de la salud personal.
7. Vitalidad: cansancio o falta de energía.
8. Función social: interferencia en actividades sociales normales a causa de problemas físicos o emocionales.

Capítulo 3

Psiconeuroinmunología

3.1.1 Conceptos de inmunología

El cuerpo humano se encuentra diariamente expuesto a agentes externos (como los virus, bacterias, hongos, protozoarios, entre otros) e internos (como las células tumorales) que amenazan su equilibrio y la salud de la persona; para protegerse cuenta con un importante sistema que se encuentra ubicado en todo el cuerpo: el sistema inmunológico (Higashida, 2005).

Los antígenos son aquellos agentes extraños que logran entrar al organismo y desencadenan una respuesta inmune, es decir, el sistema inmunológico secreta anticuerpos (sustancia producida para reaccionar con el antígeno) para combatirlos; los antígenos pueden ser naturales, artificiales o sintético (Higashida, 2005).

Las respuestas inmune que el cuerpo humano posee para protegerse de las amenazas a la salud son de dos tipos: inmunidad inducida o inespecífica e inmunidad específica o adaptativa (Oblitas, 2010). La inmunidad innata o inespecífica se refiere a la capacidad del sistema inmune para reaccionar ante los antígenos sin un contacto previo con ellos, depende de la herencia genética la resistencia que los individuos tienen para enfrentar o resistir ciertos padecimientos. Por ejemplo, las enfermedades que son propias de cada especie y no pasan de una a otra, como la cólera de las gallinas que no pasa al ser humano o las características regionales o comunitarias que protegen a los individuos de enfermedades endémicas (Higashida, 2005). La inmunidad específica, adquirida o adaptativa se refiere a la resistencia al antígeno, producto de un contacto previo, por lo que el sistema inmune posee células específicas para enfrentarlo de un modo más rápido (a su vez esta respuesta se divide en dos tipos: inmunidad humoral e inmunidad celular (Higashida, 2005).

La inmunidad humoral se basa en anticuerpos específicos para un antígeno, mientras que la inmunidad celular actúa a través de células sensibilizadas que viajan al tejido atacado y se encargan de secretar mediadores farmacológicamente activos (Oblitas, 2010). Las células implicadas en el proceso anterior nacen en la médula ósea y se denominan leucocitos o glóbulos blancos, a su vez se dividen en: linfocitos, monocitos y granulocitos. Los linfocitos son los leucocitos de menor tamaño, los principales se denominan linfocitos B y linfocitos T, los primeros realizan la función de destruir a las células infectadas por los virus y las segundas se encargan de los agentes extracelulares a través de anticuerpos específicos para antígenos específicos.

3.1.2 Aspectos básicos del sistema inmunológico en el paciente con VIH/SIDA

Las células CD4 corresponden a un tipo de linfocito (glóbulo blanco) circulante en sangre y forman parte del sistema inmune. Existen dos tipos principales de células CD4. Las células T-4 o CD4 son las células “ayudadoras”, participantes en la atención y eliminación de agentes infecciosos. Las células T-8 o CD8 son las células denominadas “supresoras o asesinas”, debido a que finalizan una respuesta inmunológica, destruyendo células cancerosas y células infectadas por virus. Existen diversas familias diferentes de células CD4; cada una ha sido diseñada para combatir un tipo específico de microorganismo. Cuando el VIH disminuye el número de células CD4, pueden eliminarse otras familias que provocarían menor resistencia inmunológica del huésped, dando lugar a infecciones oportunistas (Shingai et al., 2014).

Al ser infectada una persona con el VIH y no contar con tratamiento, el número de células CD4 disminuye, debido a que estas células son infectadas mediante la incorporación del virus a las células, provocando que la multiplicación de las células CD4 para aparentemente combatir el virus, solo multiplique las copias de VIH. Por lo tanto, mientras más bajo sea el recuento de

células CD4, mayor inmunosupresión existirá a la par que enfermedad. Los investigadores pueden diferenciar las diversas clases de células CD4 gracias a proteínas específicas localizadas en la superficie de la célula. La T-4 es una célula con moléculas CD4 en su superficie. Este tipo de células T se denominan CD4+ y siempre serán las primeras a las que afectará el VIH, debido a su capacidad de replicación e infección. Cuando el VIH produce más copias de sí mismo, el número de células CD4 disminuye. Por lo tanto, la condición inmune de un paciente infectado con VIH puede evaluarse midiendo el número absoluto por milímetro cúbico o por el porcentaje de células CD4, valores considerados estándar para evaluar y caracterizar la gravedad de la inmunodeficiencia relacionada con el VIH, mientras que el agotamiento continuo de las células CD4 se asocia con la progresión de la enfermedad y con mayor probabilidad de adquirir infecciones oportunistas y otras enfermedades relacionadas con el VIH y, finalmente, la muerte (Lokhande, 2013). El recuento normal de CD4 en adolescentes y adultos oscila entre 500 y 1,500 células por mm³ de sangre. En general, las células CD4 disminuyen a la par que avanza la enfermedad del VIH. La cuenta de CD4 tiende a incrementarse a medida que existe apego al tratamiento con TAR en los primeros tres a seis meses. Esta medición se utiliza para evaluar y monitorear la respuesta y el apego al tratamiento antirretroviral al (OMS, 2010).

La adherencia al tratamiento promueve la longevidad, además de mejorar la calidad de vida. Se ha descrito que existe una asociación significativa entre la calidad de vida y el recuento de CD4; pacientes que mostraron mayor recuento de CD4 tuvieron mejor calidad de vida que los pacientes con menor recuento de CD4 en un hospital de tercer nivel en el sur de la India (Gowda, Channabasappa, Dhar, & Krishna, 2013).

3.1.3 Recuento de Linfocitos CD4 de pacientes con VIH/SIDA

Las células CD4 (en ocasiones denominadas células-T o células auxiliares) son glóbulos blancos que ayudan a organizar la respuesta de tu sistema inmunitario frente a las infecciones. El recuento de CD4 es la medición del número de estas células en un milímetro cúbico de sangre (mm³ , una muestra de sangre muy pequeña), no en todo el organismo. Es probable que el médico se refiera simplemente al recuento de células CD4 como un número (sin mencionar las unidades). El recuento de células CD4 de una persona no infectada por VIH puede estar en un valor cualquiera entre 450 y 1.600. Sin embargo, los recuentos de CD4 pueden variar mucho entre una persona y otra. Por ejemplo, las mujeres tienden a tener recuentos de células CD4 más altos que los de los hombres (AIDSMAP, 2010).

3.1.4 Psiconeuroinmunología en el paciente con VIH/SIDA

Se ha encontrado que la depresión y el estrés producen alteraciones en el funcionamiento de los sistemas inmunológico, nervioso y endocrino, influyendo de forma negativa en el curso, el afrontamiento y la tolerancia de la enfermedad (Ramos, Rivero, Piqueras, García, & Oblitas, 2008). La depresión está asociada con un aumento de enfermedades, desbalance en el sistema inmunológico y aumento en la mortalidad (Ramos, Rivero, Piqueras, García, & Oblitas, 2008).

Estas consecuencias se ven reforzadas en personas que además de tener depresión, no realizan ejercicio físico, han disminuido el consumo de los alimentos y presentan alteraciones del sueño (Vera & Buela-Casal, 1999). El manejo de los estados emocionales como el estrés, la ansiedad, la depresión, entre otros, permite que las personas con VIH sobrelleven de forma más saludable las diferentes situaciones de su vida, manejen mejor la enfermedad y fortalezcan su sistema inmunológico.

Si bien la mayoría de estos esfuerzos se han enfocado en la baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales y en la identificación de factores asociados a ésta, existe un interés creciente por la exploración de la adherencia a aspectos no-farmacológicos del tratamiento para el VIH/ Sida (Arrivillaga, 2010). Dichos aspectos incluyen la realización frecuente de actividad física, la alimentación según las recomendaciones nutricionales; el manejo de estados emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas, adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

Cada vez se conoce más sobre la relación existente del sistema nervioso con el sistema endocrino y a su vez con el sistema inmune y la interacción entre ellos mediante diversos procesos de retroalimentación (David, Fleminger, Kopelman, Lovestones, & Mellers, 2009). Diversas investigaciones en esta área han estudiado el rol negativo que tienen sobre el curso de la enfermedad los estresores -tanto internos como externos- así como la capacidad del individuo a adaptarse a estos en el curso de la enfermedad, dado el rol que tienen diversas hormonas y neurotransmisores en las situaciones de estrés, incluyendo al cortisol y las catecolaminas, entre otros. Se ha demostrado una relación inversamente proporcional entre los niveles de estas sustancias y el conteo de linfocitos T CD4 y directamente proporcional a la carga viral, sugiriendo esto el rol deletéreo que tendría tanto el estrés como sus sustancias mediadoras en el sistema inmune, lo cual incrementaría aún más la inmunosupresión en las personas portadoras del VIH (Levenson, 2011). También estudios en este campo han demostrado que el soporte social y psicológico, lo cual disminuye el estrés y permite una adecuada adaptación ante la enfermedad, mejora la función del sistema inmune en estos pacientes (Cohen & Gorman, 2008).

3.1.5 Psiconeuroinmunología y trastornos psiquiátricos asociados al VIH/SIDA

3.1.5.1 Trastornos de ansiedad

No se ha encontrado una diferencia significativa entre los trastornos pertenecientes a este espectro entre pacientes con VIH y la población en general, sin embargo en algunos estudios se observó que conforme el conteo de linfocitos T CD4 disminuía, la intensidad de síntomas ansiosos se incrementaba (Watkins, Treisman, & Neurovirol, 2012). La ansiedad como síntoma es una manifestación bastante frecuente y está asociada a otras alteraciones comórbidas, especialmente con la depresión mayor (Levenson, 2011). En el tratamiento de la ansiedad en pacientes con VIH se evita el uso de las benzodiacepinas, tanto por el riesgo de dependencia y abuso como por las interacciones farmacocinéticas de éstas con los antirretrovirales, pero de ser necesario su uso se prefiere el clonazepam y lorazepam. Los hipnóticos – sedantes no benzodiacepinicos (eszopiclona, zolpidem) son preferibles, aunque también se debe tener muy en cuenta la interacción de estos con el metabolismo hepático a nivel del CYP 450 3A4. Tanto antidepresivos sedantes como la mirtazapina y la nefazodona y antipsicóticos atípicos como la olanzapina y quetiapina son bastante útiles en disminuir la ansiedad asociada en estos pacientes (Gallego, Barreiro, & López-Ibor, 2012).

3.1.5.2 Depresión mayor

La depresión es un problema frecuente en pacientes con VIH, tanto como causa como consecuencia, por la carga personal y social que implica para el paciente ser portador del VIH y en cuanto a lo segundo está demostrado que personas deprimidas son más proclives a adquirir VIH, debido a que un gran grupo de éstas se ven implicadas en conductas sexuales riesgosas y al uso de drogas, incluso drogas inyectables (Cohen & Gorman, 2008).

La prevalencia de depresión en pacientes con VIH puede ser de 19%-43%. Los pacientes con VIH tienen un riesgo incrementado de padecer depresión mayor a través de diversos mecanismos entre los cuales se encuentra daño directo en áreas subcorticales cerebrales, stress crónico, aislamiento social y desmoralización. Probablemente el estudio que mejor demostró esta asociación fue el realizado por Sledjeski et al. El año 2005 en el cual se demostró que la tasa de depresión se incrementaba 2,5 veces cuando el conteo de linfocitos T CD4 era inferior a 200/ul. Carrico et al. En el año 2007 se encontró como factores asociados al suicidio en los pacientes con VIH: la desesperanza, consumo de alcohol, pobre soporte social, baja autoestima e historia de enfermedad psiquiátrica (Chandra, Desai, & Ranjan, 2005). También se ha encontrado relación entre suicidio y diagnóstico reciente de la enfermedad. En diferentes estudios se ha demostrado que las personas con VIH suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados a lo largo del proceso de infección por VIH, con implicaciones directas sobre los comportamientos de adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales y la progresión clínica de la enfermedad (Uldall & Ryan, 2012).

Por lo tanto resulta indispensable en estas personas un monitoreo regular y adecuado de sintomatología depresiva habiendo demostrado ser bastante útiles la aplicación de diversas escalas, entre ellas Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés), la escala de Síntomas Depresivos del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés), la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-S, por sus siglas en inglés), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Depresión de Zung. No se ha demostrado la superioridad de ninguna de estas escalas sobre otras en dichos individuos (Rivera, Corrales, Cáceres, & Pina, 2007). Respecto al diagnóstico diferencial se incluye a la distimia, demencia, delirio, intoxicación, malnutrición, síndrome de emaciación y una gran variedad de

otras condiciones. Muchas veces los pacientes con VIH y deprimidos se presentan al consultorio médico con múltiples quejas somáticas, llevando esto a que el clínico subestime el diagnóstico de depresión y empiece a buscar causas de tipo infeccioso en estas quejas, demorando de esta manera el inicio del tratamiento (Cohen & Gorman, 2008).

En lo que refiere al tratamiento, una adecuada medicación antidepresiva junto con el TARGA son fundamentales para la mejoría del paciente así como la psicoterapia, especialmente la psicoterapia de apoyo que es la que ha demostrado mayor efectividad, sin embargo estos datos varían según diferentes autores (Gallego, Barreiro, & López-Ibor, 2012). Rabkin et al en 1994 reportó en un estudio doble ciego una respuesta favorable con el uso de imipramina, respondiendo el 74% de pacientes, comparados con 30% de los que recibieron placebo. Sin embargo el uso de los antidepresivos tricíclicos no estaría recomendado debido a los efectos anticolinérgicos de estos fármacos así como a la interacción con muchos receptores. Ferrando y Freyberg en 1999 encontraron buena respuesta y remisión de síntomas depresivos con el uso de fluoxetina, sertralina y paroxetina. También se ha probado el uso de psicoestimulantes, dehidroepiandrosterona en pacientes varones y hierba de San Juan (Cohen & Gorman, 2008); (Gallego, Barreiro, & López-Ibor, 2012).

3.1.5.3 Interacciones entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico

La psiconeuroinmunología se ha definido como la disciplina que estudia las interacciones entre el comportamiento y los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico (Ader, Cohen, & Felten, 1995). Por lo que respecta a su evolución como respuesta a estímulos específicos originados en el medio interno o externo el sistema inmunológico, se puede considerar como un órgano sensitivo adicional (Blalock, 1984). La posibilidad de que la conducta pueda inducir alteraciones en la función inmunológica, y viceversa, introduce un factor de complejidad en el

ámbito de las alteraciones psicológicas del sujeto infectado por el VIH. Las interacciones entre la conducta y la inmunidad se basan, estructuralmente, en la inervación de los órganos linfoides y en la influencia de los neurotransmisores en las células del sistema inmunológico (Lessa , Oliveira, Tosoli, & Formozo, 2014).

Diversos estudios en animales y en humanos implican a los factores psicosociales en la predisposición o el desencadenamiento de los trastornos en los que participa el sistema inmunológico (infecciones bacterianas y víricas, enfermedades autoinmunes y neoplasias) (Ader, Felten, & Cohen, 1991). La depresión clínica se puede asociar con un aumento en el número de los neutrófilos circulantes, un descenso en la cantidad de células natural killer (NK), de los linfocitos CD4+ y de los linfocitos B, y una reducción en la actividad NK y en la respuesta linfoproliferativa a la estimulación por mitógenos (Herbert & Cohen, 1993). El estrés, situación de máxima alerta, también puede alterar los mecanismos defensivos, a través de una modificación de la vulnerabilidad a las infecciones víricas o bacterianas, y cambiando la capacidad invasiva neurológica de virus generalmente no neurovirulentos (Cohen & Williamson, 1991). En el caso concreto de la infección por el VIH, Burack y cols. Mostraron que la depresión basal predecía un mayor descenso de linfocitos CD4 (Burack, Barret, & Stall, 1993).

Por su parte, Mayne y Cols en 2011, hallaron que la depresión se asociaba con un mayor riesgo de mortalidad en un estudio prospectivo llevado a cabo en varones homosexuales y heterosexuales (Mayne, Vittinghoff, Chesney, Barret, & Coates, 1996). Recientemente, una revisión de estudios longitudinales publicados entre 1990 y 2007 concluyó que existe una evidencia sustancial de que la depresión y el estrés pueden afectar negativamente a la enfermedad por el VIH, en cuanto al descenso en los linfocitos CD4+, el aumento en la carga vírica y el mayor

riesgo de deterioro clínico y mortalidad (Leserman, 2008). Estos datos refuerzan el interés del diagnóstico y el tratamiento de la depresión en personas infectadas por el VIH.

III JUSTIFICACIÓN

Consciente de la importancia que tiene la enfermedad del VIH/SIDA como un problema de salud en el mundo, surge esta propuesta de investigación al considerar que a lo largo de estos últimos 15 años el VIH/SIDA es contemplado como una pandemia y por lo tanto un problema de salud pública. En la actualidad el VIH, forma parte de la realidad de todos los seres humanos, datos obtenidos por los estudios realizados por ONUSIDA (UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) estima que existen entre 35 y 42 millones de personas que viven con VIH en el mundo. Datos del Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y SIDA (CENSIDA) en la actualización al 30 de junio del 2013, en México, revelan el total de personas estimadas viviendo con VIH para el 2011 conformadas por 179,478 personas; y en primer lugar con el mayor número de casos es el DF con 25410.

La depresión es muy frecuente entre los pacientes con enfermedades crónicas lo que aumenta el riesgo a la co-morbilidad de las mismas, en el caso de los pacientes con VIH/SIDA, la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general y la mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección, la prevalencia de depresión en este tipo de pacientes se describe en torno al 35%, pero existe gran variabilidad en el reporte con valores que fluctúan entre 20% y 79% dependiendo la población estudiada como lo mencionan Morrison M. PetittoJ (2002).

La búsqueda de trastornos psiquiátricos ha sido principalmente realizada en pacientes con diagnósticos de infección por VIH establecido, así como con tratamiento antirretroviral, por lo que por medio de este protocolo se pretende encontrar la prevalencia de estos trastornos detectando a tiempo la depresión y ansiedad como un problema en los pacientes con y sin tratamiento, encontrando de igual forma la disminución de los niveles de células CD4 y carga

viral, misma que se refleja en una inmunosupresión y por lo tanto predisposición a una serie de enfermedades oportunistas o co-infección a otras, se busca para ello una mejor calidad de vida.

Una de las necesidades más apremiantes en las instituciones debería ser la Salud Mental de sus pacientes. En la actualidad el aumento en los pacientes con VIH /SIDA nos hace reflexionar que aparte de ser un problema de salud pública, nos determina que los mismos se apeguen o no al tratamiento antirretroviral, el contar con apoyo psicosocial fuera del que reciben en CAPASITS, nos ayudaría llevar de la mano al paciente para una mejor calidad de vida. Permitiendo con esto conocer las patologías que requieren mayor atención por parte del personal clínico y así poder establecer medidas de acción pertinente para el manejo de las patologías encontradas en caso de ser necesario.

Una fuente fundamental de apoyo para el paciente es la familia, sobre todo en un momento histórico en que el acceso a los antiretrovirales ha aumentado el tiempo de vida y permite que el VIH/SIDA se convierta en una enfermedad crónica. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, esta tiene un impacto psicosocial distinto debido a su estigmatización, basado fundamentalmente en las creencias presentes en su representación social. De ahí nace el realizar un estudio que diagnostique la existencia de depresión relacionada con la disminución del sistema inmunológico del paciente en especial el recuento de CD4, a fin de dar soluciones prácticas, a estos.

El interés científico de la presente investigación, se basa en la importancia del diagnóstico de Depresión y Ansiedad en pacientes que acuden a CAPASITS como parte de su atención integral, desde el momento que son captados, diagnosticados, y que al día hoy ya cuentan con tratamiento y un seguimiento particular y específico. Con esta investigación se permite levantar un informe

que exponga datos, cifras y porcentajes de población con problemas Depresión y Ansiedad así como afección del sistema inmune del paciente para trabajar de acuerdo a los resultados.

La elaboración de una Propuesta de Salud para este tipo de centros de atención CAPASITS, sobre depresión y Ansiedad su correlación que existe con el recuento de células CD4, como parte fundamental de sus sistema inmunológico, es el de mejorar la calidad de vida de los mismos, contribuir a la ampliación y mejoramiento de la atención del paciente en donde se cuente con un personal involucrado con mejor salud mental, brindar un servicio eficiente, efectivo y cálido a la comunidad de igual forma a los grupos más desprotegidos. Mediante un abordaje más humano, ya que es el personal quien conoce el ámbito territorial y el contexto sociocultural en que ejercen sus acciones y deberá estar capacitado en todo sentido para asumir mejor sus responsabilidades.

Es por ello que a través de este estudio se pretende dar pronta respuesta a través del diagnóstico de la prevalencia de Depresión y Ansiedad como resultado las personas con sintomatología depresiva aprenderán técnicas que les ayudarán a regular saludablemente sus emociones y los profesionales de la salud contarán con técnicas útiles y efectivas para atender este problema de salud pública y de una propuesta de salud mental, con visión preventiva y de rehabilitación.

Además de consolidar futuros estudios sobre esta problemática, que permitirá extenderse a todas aquellas instituciones que velen por la seguridad e higiene mental de sus pacientes, con el fin único de generar una mejor calidad de servicio de forma directa e indirectamente para los usuarios; de acuerdo a los resultados que se obtengan, articular una estrategia realista que incida en minimizar y ayude a la solución de dichos problemas.

IV HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis nula

H0. No existen relaciones estadísticamente significativas entre niveles de depresión y ansiedad, Calidad de Vida y en el recuento de las células CD4 en pacientes con VIH/SIDA del CAPASITS Hidalgo.

4.2 Hipótesis alterna

H1. Existen relaciones estadísticamente significativas entre niveles de depresión y ansiedad, Calidad de Vida y en el recuento de las células CD4 en pacientes con VIH/SIDA del CAPASITS Hidalgo.

V OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de ansiedad-depresión en pacientes del CAPASITS Hidalgo con VIH/SIDA su relación con CD4 y calidad de Vida.

5.2 Objetivos específicos

- Describir el nivel de depresión y ansiedad en la población del CAPASITS Hidalgo.
- Describir la prevalencia de ansiedad y depresión de la población de estudio.
- Evaluar la calidad de Vida de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en CAPASITS Hidalgo.
- Describir la correlación entre los determinantes biológicos y los psicológicos en pacientes con VIH.
- Evaluar la calidad de Vida de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en CAPASITS Hidalgo.
- Proponer una vez diagnosticada la depresión y ansiedad; la correlación que existe en el recuento de células CD4 y calidad de vida de estos pacientes e involucrar la participación del personal de salud, para una mejor atención, la cual se derive oportunamente a las estancias correspondientes, y crear redes de apoyo para enfrentar la enfermedad desde un enfoque preventivo y de promoción a la salud.

VI MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio, descriptivo de tipo transversal, correlacional.

6.2 Variables

VARIABLE		CONCEPTUAL	OPERACIONAL
Sintomatología depresiva	Cuantitativa	<p>Conjunto de síntomas que se utilizan para diagnosticar y tratar el episodio depresivo. Estos se explican a partir de un ánimo depresivo y pérdida de interés en actividades placenteras.</p>	<p>Puntuación obtenida en el instrumento Inventario de Depresión de Beck (21 ítems) ($\alpha=0.87$)</p> <p><i>Indicador :</i></p> <p>A) Depresión mínima B) Depresión moderada C) Depresión severa</p>
	Cuantitativa	<p>La ansiedad es un trastorno psicossomático, que consiste en la manifestación fisiológica, afectiva, cognitiva y conductual de una persona ante una situación estresante con el fin de adaptarse a dicha situación estresante.</p>	<p>Puntuación obtenida en el instrumento Inventario de Ansiedad de Beck. (19 ítems) ($\alpha=0.85$)</p> <p><i>Indicador :</i></p> <p>A) Ansiedad mínima B) Ansiedad moderada C) Ansiedad severa</p>

Calidad de vida	Cuantitativa	<p>Constructo que involucra aspectos objetivos y subjetivos con respecto a la percepción que los sujetos poseen acerca de su entorno y sus relaciones.</p>	<p>Puntuación obtenida en el instrumento de Calidad de</p>
		<p>Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHO-QOL-Breve) (26 ítems) ($\alpha=0.75$) <i>Indicador :</i> A) <i>Psicológico</i> B) <i>Social</i> C) <i>Físico</i> D) <i>Ambientales</i></p>	
Recuento de células CD4	Cuantitativa	<p>Evaluación que permite identificar el número de linfocitos existentes que están actuando y funcionando adecuadamente en un organismo.</p>	<p>Muestra en sangre procesada dentro de las 18 h después de su colección. (laboratorio</p>
		<p>estatal) <i>Indicador :</i> I. CD4 > 500 cél/mL - CD4 > 29 %. II. CD4 entre 200 y 500 cél/mL -CD4 14 y 28 %. III. CD4 < 200 cél/mL - CD4 < 14 %.</p>	

6.3 Participantes

- Pacientes con un diagnóstico confirmado de VIH, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, que de manera voluntaria e informada participaron en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en CAPASITS Hidalgo. Sin importar tiempo de diagnóstico.
- Pacientes que acudieron en el periodo determinado para la investigación. (En las fechas que son programadas las tomas de sus cargas virales y recuento de CD4 de los pacientes) fechas dadas por dirección de CAPASITS (Tres meses).
- Hombres y mujeres mayores a 18 años sin importar preferencia sexual.
- Pacientes en control que acudan a la toma de sus muestras de laboratorio, así como sus consultas subsecuentes.
- Pacientes que acepten participar en el estudio de forma voluntaria mediante la firma de consentimiento informado, escrito y digital .

6.3.1 Criterios de exclusión

- Ser paciente de otra institución de salud ajena al CAPASITS Hidalgo.
- No aceptar participar en la investigación y/o no firmar el consentimiento informado
- Participar en otra intervención psicológica en el momento del estudio
- Estar recibiendo tratamiento médico o terapéutico para la depresión, ansiedad
- Presentar comorbilidad con algún padecimiento psiquiátrico.
- Presentar ideación o intento suicida

6.3.2 Criterios de eliminación

- Pacientes que no presenten seguimiento de control mensual de su padecimiento por abandono del mismo o por cambio de servicio de adscripción.
- Pacientes menores de 18 años (niños)
- Pacientes que contesten inadecuadamente los instrumentos.
- Abandonar la intervención al momento de la aplicación del instrumento
- Someterse a un tratamiento con antidepresivos
- Ser dado de baja del CAPASITS. Al pertenecer a otra unidad de salud para su atención.

6.3.3 Descripción de los participantes

CAPASITS Hidalgo atiende a una población total de 838 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA hasta noviembre del 2016; según registro del centro, de los cuales para el cálculo de la muestra solo 809 pacientes entran en los criterios de inclusión y son adultos mayores de 18 años ; de ahí la consideración para poder participar en esta investigación. Mediante la aplicación de paquete estadístico *Epi info* versión 6 se seleccionó a la muestra de la población con un nivel de confianza del 99%, frecuencia esperada del 50% y con un límite de confianza del 5 % la cual quedo representada por 260 pacientes. Mismos que se les hizo la aplicación de los instrumentos de evaluación.

6.3.4 Descripción de lugar de investigación

El Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) es una unidad de salud que proporciona servicios para la prevención y atención especializada de pacientes con VIH e infecciones de transmisión sexual, de

forma ambulatoria. Este tipo de unidades brinda el servicio de prevención y promoción como parte fundamental de sus funciones, además de otorgar apoyo psicológico y de trabajo social tanto a las personas afectadas como a sus familiares. Como parte de estos servicios se encuentra brindar acceso al tratamiento antirretroviral para todas las personas con VIH que no están cubiertos por regímenes de seguridad social.

Este se ha convertido en el modelo de atención integral ambulatoria a nivel operativo donde se da solución a las necesidades de la población no derechohabiente con VIH/SIDA y otras ITS en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control y prevención, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la diversidad sexual.

6.3.5 Estructura Orgánica de UNEME CAPASITS

- Responsable Estatal del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.
- Responsable Jurisdiccional del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.
- Responsable del CAPASITS
 - Área de atención médica.
 - Área de Enfermería.
 - Área de Psicología.
 - Área de odontología
 - Área de Trabajo Social.
 - Laboratorio Clínico.
 - Farmacia.
 - Apoyo administrativo.

- Apoyo secretarial.



Fuente: propia

6.4 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para esta investigación, se seleccionaron de acuerdo al resultado que esperamos encontrar, de lo cual cada uno se centró en los aspectos de interpretación y evaluación.

6.4.1 Depresión

- ❖ *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-IA): Estandarizado en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela. Es un auto informe de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta (0-3). Los puntajes van de 0 a 63, cada respuesta con un valor de 0-3. Un puntaje menor de 9 significa sin síntomas depresivos, de 10-16, sintomatología breve, de 17-29 sintomatología moderada y 30 -63 representa la severidad máxima. La confiabilidad obtenida fue un *alfa de Cronbach* = 0.87 (Jurado S, 1998) (Anexo 1).

6.4.2 Ansiedad

- ❖ *Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI): Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se

describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Gravemente”, formato Tipo Likert, número de ítems 21 ítems. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos. Para la población mexicana presentan una alta consistencia interna (alfas de Chorach de 0,84 y 0,83), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0,75$) (Galindo, Rojas, & Meneses, 2015) (Anexo 2).

6.4.3 Calidad de Vida

- ❖ Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud (WHOQOL-BREF), Traducción y adaptación de González-Celis y Sánchez-Sosa. Es un auto informe de 26 ítems con 5 opciones de respuesta para medir la percepción acerca de la calidad de vida, cuenta con adecuada confiabilidad y validez. El WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998) de 26 reactivos se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos) para evaluar la calidad de vida de forma que permitiera resumir áreas y se empleara en aquellos casos en los que se requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla que no por ello perdiera sus propiedades psicométricas. Las cuatro áreas que cubre este cuestionario son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. En México, la aplicación del WHOQOL-BREF se realizó a través de un proceso de traducción, re traducción y adaptación al lenguaje de uso común mediante una evaluación de los ítems por 21 jueces expertos, encontrándose un acuerdo entre los ítems

de 69.05% para dar validez de contenido. En relación con sus propiedades psicométricas, muestra valores apropiados de consistencia interna ($\alpha = .75$). (Acosta , 2013)(Anexo 3).

6.5 Análisis estadístico

En este estudio se utilizó SPSS 23 para Windows, EPI INFO 7 para la toma de muestra, para las medidas de tendencia central, variables descriptivas, todo se realizó con un nivel de significancia de 0.05%, nivel de confianza del 95%, y para la asociación significativas de las variables la correlación de Pearson $p \leq 0.01$. Para la aplicación de instrumentos de manera digital se utilizó el desarrollo de encuestas a través de *google drive* .

6.6 Plan de Análisis



6.7 Procedimiento

A) Se procedió a invitar a los participantes, mostrándoles un consentimiento informado de forma digital y en físico para establecer formalmente su cooperación (Ver anexo 5). Este procedimiento se da después de que los pacientes hayan pasado a la toma de sus

laboratorios de rutina (carga viral y recuento de CD4). Para cumplir el número de pacientes seleccionados en la muestra se llevó varias sesiones de llenado de los instrumentos para completar la población de estudio, estas sesiones fueron realizadas cada quince días. Y se estuvieron entrevistando a los pacientes de manera aleatoria durante tres meses, hasta cubrir la muestra de población requerida.

- B) Los participantes que aceptaron fueron sometidos a una entrevista inicial por parte de los encuestadores, los cuales fueron capacitados previamente, donde se recabaron datos sobre su padecimiento y datos de carácter sociodemográfico, como el nombre, edad, estado civil, ingreso mensual, ocupación, grado de estudios, entre otros. *(Estos datos vienen en la parte inicial del consentimiento informado digital)*, Además se llevó a cabo una evaluación previa para determinar que contenidos debían revisarse durante el desarrollo de la intervención, la cual consistió en el llenado de los instrumentos ya antes mencionados, con ayuda de los aplicadores, mediante equipos de cómputo e internet, debido a que la aplicación electrónica está elaborada a través de *google drive* y que se encuentra en el siguiente link:

https://docs.google.com/forms/d/1Mm_Xusgg2AkBALTnVDg1_03U9e3ekOYRA6Tlobxe2F0/edit.

- C) Después de estas entrevistas se llevó a cabo una plática para todos los usuarios que asistieron a CAPASITS a la toma de sus pruebas de laboratorio con una duración de 20 minutos, por parte de los encuestadores los cuales dentro de sus perfiles de selección son psicólogos y los temas a tratar fueron los de manejo de estrés y emociones, así como como

reconocer datos de ansiedad y depresión en relación a su condición VIH/SDA en total fueron 5 sesiones.

- D) Se les agradeció a los pacientes que participaron en cada una de las sesiones de toma de muestras y a quienes se les informo que de manera anónima serán utilizados sus datos como parte de la confidencialidad de la investigación.

VII ASPECTOS ÉTICOS A CONSIDERAR

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título I, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. (Investigación, 1987).

Capítulo I, el presente trabajo es factible de acuerdo a los siguientes artículos:

Artículo 17, inciso II, se llevó a cabo una investigación con riesgos mínimos ya que se obtuvieron los datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Artículo 20, el cual se refiere al consentimiento informado, donde el sujeto en investigación aceptó participar en el estudio, al mismo tiempo se le informó sobre la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los cuales se sometió.

Artículo 21, cada una de sus fracciones quedaron plasmadas y explicadas en el consentimiento informado.

Artículo 22, donde se brindó por escrito con copia para el sujeto en investigación y el investigador, cubriendo cada una de las fracciones del artículo mismo.

VIII. RESULTADOS

El propósito del presente estudio consistió en determinar el nivel de Ansiedad y Depresión de pacientes con VIH/SIDA así como su calidad de vida , estos son atendidos en UNEME ,CAPASITS del estado de Hidalgo, por lo que se realizó una encuesta digital para obtener mediante instrumentos de evaluación resultados los cuales se correlacionaron con su estado inmunológico , específicamente el recuento de CD4, determinado los niveles de malestar emocional , para después realizar estrategias y un mejor control de su estado de salud.

Se llevó a cabo una intervención de manera individual en cada paciente que acudió a su carga viral y recuento de células CD4, en la que se asignó aleatoriamente a los participantes, a los cuales se les aplicó el instrumento digital donde se incluían los tres cuestionarios, el tiempo de toma en cada paciente fue aproximadamente de 15 minutos, donde se les explicó el procedimiento, y se les entregó un consentimiento informado de manera digital y física. Y conforme iban saliendo de su toma de muestra fueron interrogados.

A continuación se presentan los resultados de cada una de las variables abordadas en el estudio. En las siguientes figuras se muestran los principales resultados obtenidos, de los cuales se explican y se correlacionan con cada una de las variables.

Debido a que la aplicación de los instrumentos para la investigación será a partir de finales del mes de diciembre, únicamente se tienen los resultados de la población total que es atendida en CAPASITS Hidalgo. Es decir los generales, por lo que por ahora sólo se reportan los siguientes resultados:

**Distribución de pacientes por sexo, atendidos en
CAPASITS Hidalgo**

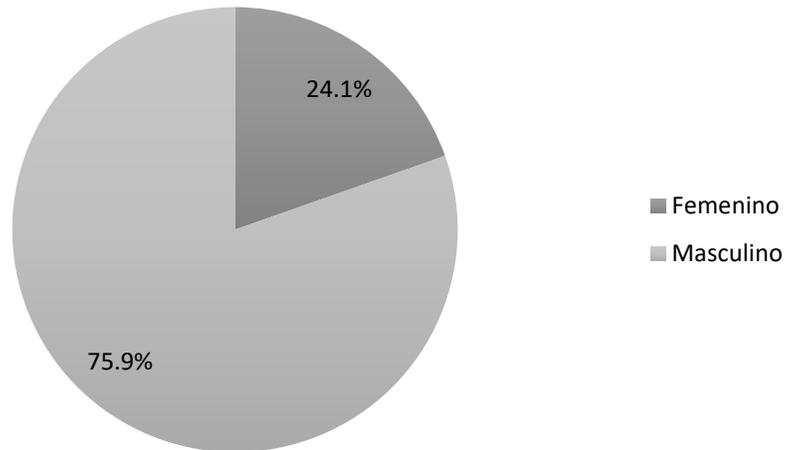


Figura 1. Distribución por sexo de la población total del CAPASITS

La figura 1 representa la distribución por sexo, la cual estuvo integrada por 202 mujeres que son equivalentes al 24.1 % y por 636 hombres que constituyen el 75.9% restante de la muestra. Pero en la investigación se quitaron a los menores de 18 años , por lo que la población de estudio quedó solo de 809 pacientes.

Gráfico de distribución por género de pacientes encuestados en CAPASITS Hidalgo

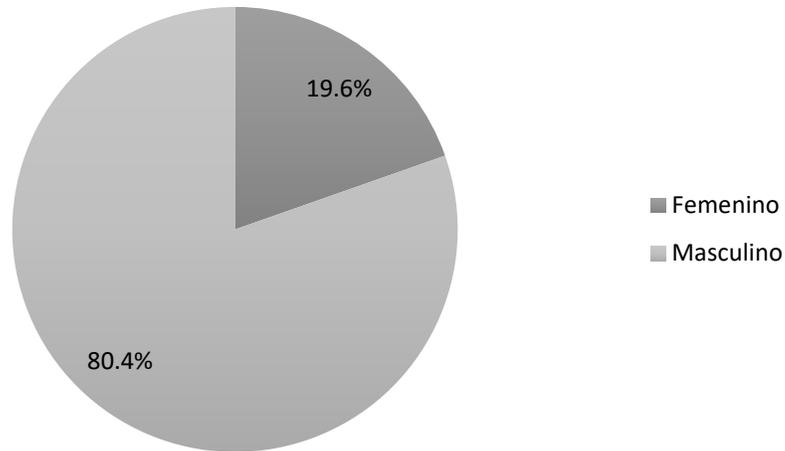


Figura 2. Distribución por género de pacientes encuestados

La figura 2 representa la distribución por género de los pacientes que participaron en la investigación, de los cuales fueron seleccionados al azar, y estuvo integrada por 51 mujeres que son equivalentes al 19.6 % y por 209 hombres que constituyen el 80.4 % restante de la muestra.

Escolaridad de los pacientes encuestado con VIH/SIDA en CAPASITS Hidalgo

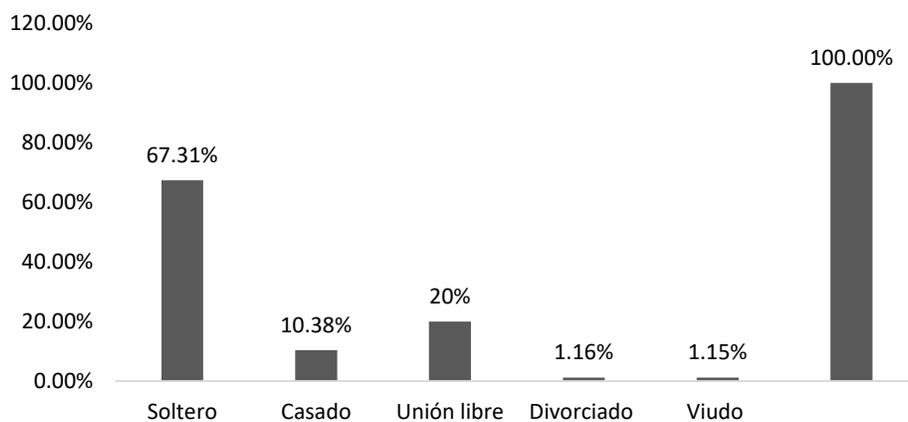


Figura 3. Distribución por escolaridad de pacientes encuestados

Figura 3. Distribución por escolaridad.

La figura 3 muestra la distribución por escolaridad, donde casi la mitad de los participantes con un 40.00 % registraron haber cursado la primaria, un 28.08 % terminó la preparatoria completamente, un 15.77 % está cursando o finalizó la Universidad, y un 2.31 % son aquellos pacientes con un posgrado o en el curso del mismo, finalmente un 0.77 % sin estudios.

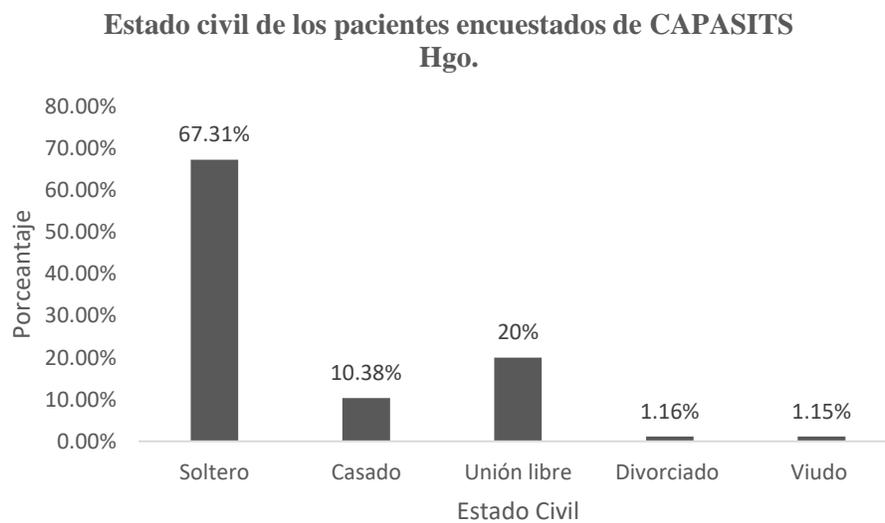
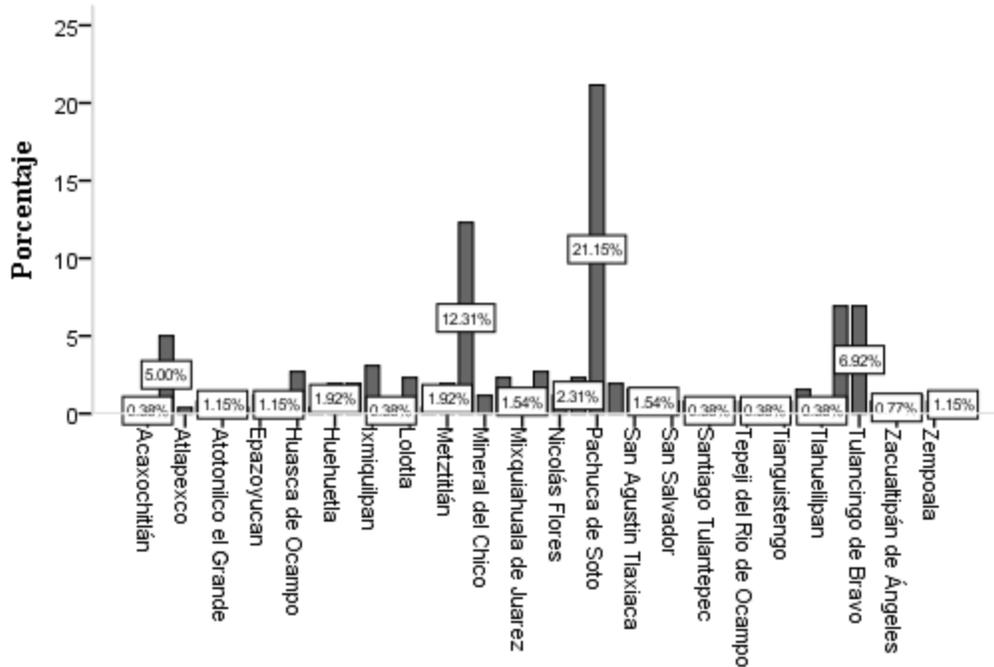


Figura 4. Distribución por estado civil

La figura 4 representa la distribución por estado civil, que se distribuyó de la siguiente manera, el 67.31 % es soltero, el 10.38% es casado, el 1.15% viudos y el 20.0% de los participantes viven en unión libre.

Distribución de pacientes con VIH/SIDA por localidad, Estado de Hidalgo



Fuente: Estudio sociodemográfico, obtenido por encuesta del investigador

Figura 5. Distribución del número de casos, por localidad y frecuencia en el estado de Hidalgo

La figura 5 nos indica la distribución por localidad de los pacientes con VIH/SIDA que fueron encuestados, así mismo se representa la distribución de mayor a menor, según la importancia de los casos presentes; en Pachuca representa un 21.2%, 12.3 % al municipio Mineral de la reforma, 6.9% Tulancingo, 6.9% Tula de Allende y Actopan 5.0% estos son los cinco municipios en los que se encontró una mayor prevalencia de casos, mismos que se pueden observar en la gráfica.

Vías de transmisión de los pacientes encuestados de CAPASITS Hgo.

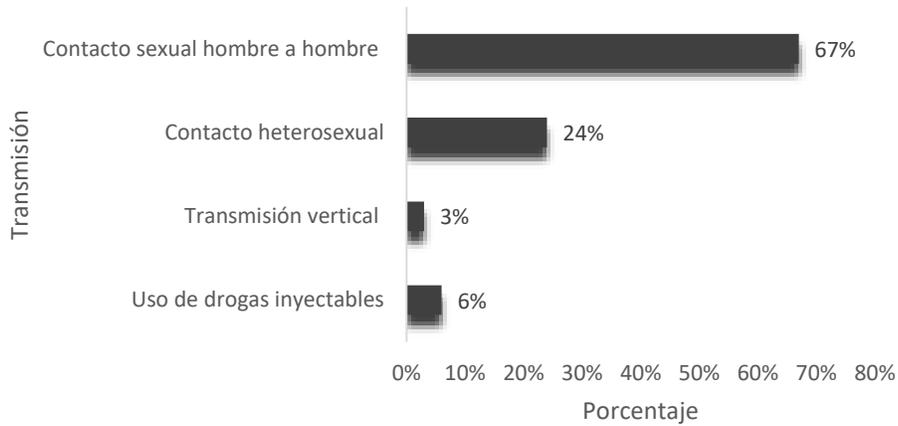


Figura 6. Distribución por vía de transmisión

La figura 6 nos representa la distribución de los pacientes por vía de transmisión, la cual se representa en porcentajes según el contagio y los reportes del historial de los pacientes, integrada por transmisión vertical en un 3% , uso de drogas inyectables 6%, contacto heterosexual 24% y contacto sexual hombre a a hombre 67%, esto a su vez nos hace hincapié en que en México y no es la excepción en el estado de Hidalgo contamos con una epidemia de tipo concentrada, en donde el grupo con mayor vulnerabilidad son el grupo homosexual como principal vía de transmisión .

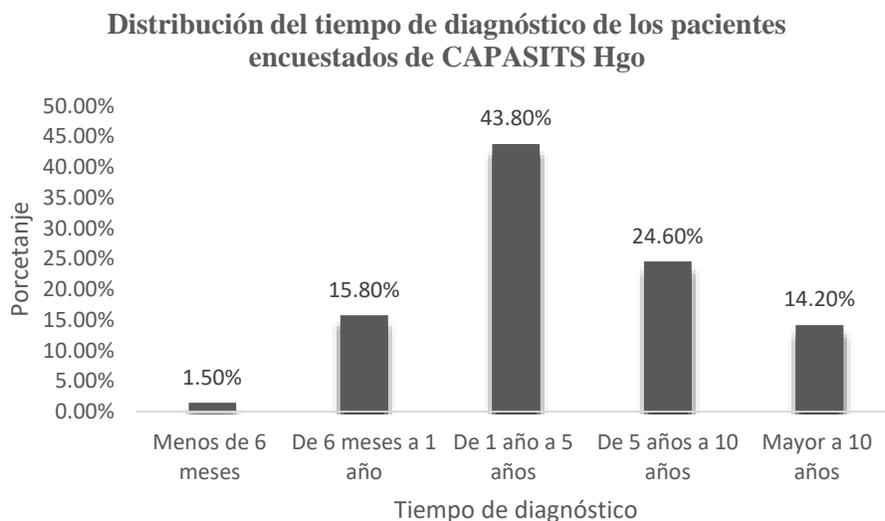
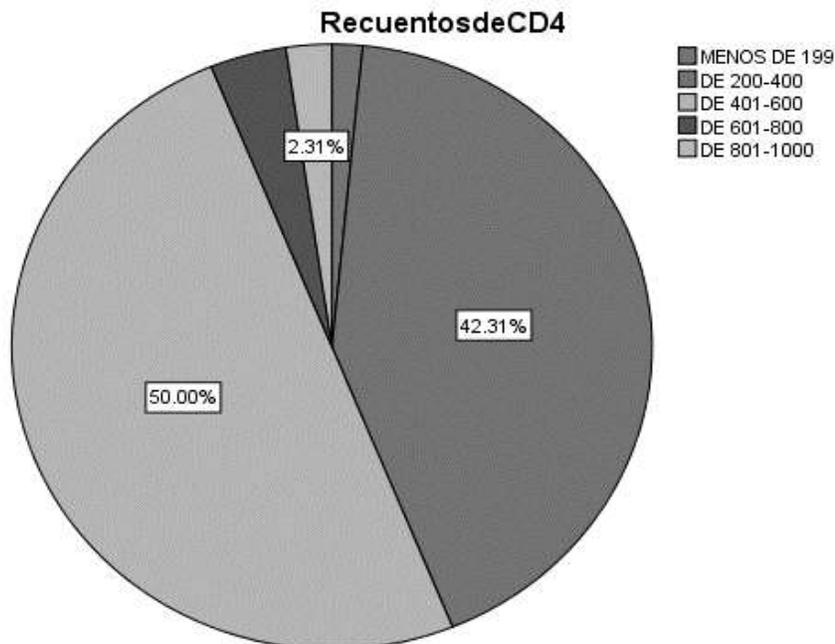


Figura 7. Distribución por tiempo de diagnóstico

La figura 7 representa la distribución por vía de tiempo de diagnóstico de los participantes con VIH/SIDA, la cual se representa en porcentajes según el tiempo, es decir; prevalece de 1-5 años un 43.8% y en la imagen podemos observar el pico, de 5-10 años corresponde a un 24.6%, de 6 meses a 1 año un 15.8%, de más de 10 años con el diagnóstico 14.2 % y de menor a 6 meses 1.5%.

Porcentaje de linfocitos T- CD4 de pacientes con VIH/SIDA

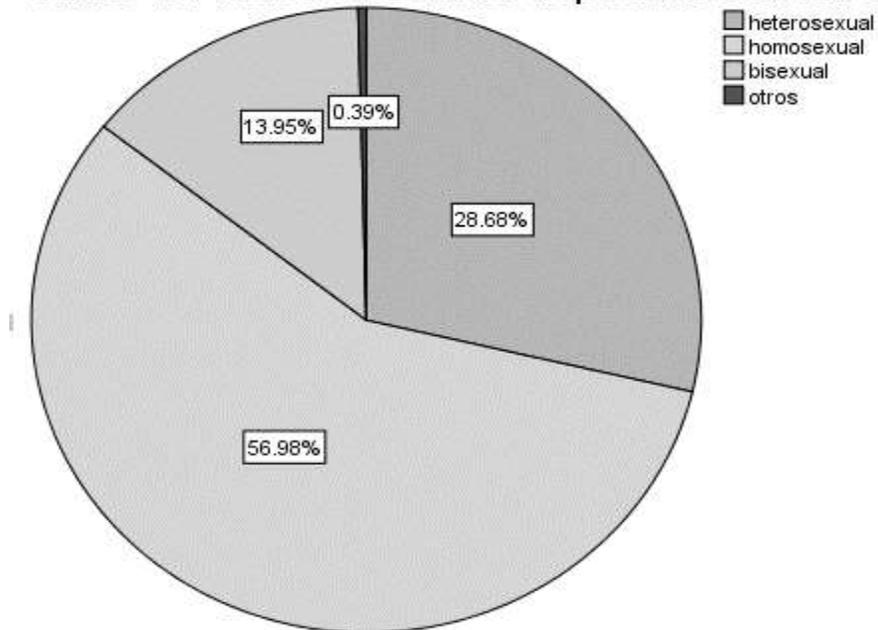


FUENTE: Obtenido de encuesta del investigador .UNEME CAPASITS HGO. 2016

Figura 8. Distribución por porcentaje del número de T-CD4 de pacientes con VIH/SIDA

La figura 8 nos indica la distribución según el número de células CD4 que presentan los pacientes al momento de la investigación, de los cuales los participantes aportaron su número de linfocitos en base a su historial clínico, a esto se puede mencionar que un 50% de los entrevistados tienen entre 401-600 células CD4, de 200-400 células CD4 representa un 42.3%, de 601-800 corresponde 3.8%, y mayor de 800 células CD4 un 2.31%, mismo que nos hace determinar que más de la mitad de los participantes, se encuentran controlados. Tomando como referencia que el valor normal o en control debe oscilar entre 400-600 Células.

Gráfico de Prácticas de Sexuales de pacientes con VIH/SIDA



FUENTE: Obtenido de encuesta del investigador .UNEME CAPASITS HGO. 2016

Figura 9. Distribución por porcentaje de las prácticas sexuales de pacientes con VIH/SIDA

La figura 9 nos expresa la distribución de los participantes según el porcentaje en relación a las prácticas sexuales que mantienen, donde el 56.98% son de tipo homosexual, el 28.68% heterosexual, el 13.95 % bisexual, y el 0.39% otros.

Edad de las personas entrevistadas con VIH/SIDA , CAPASITS Hgo.

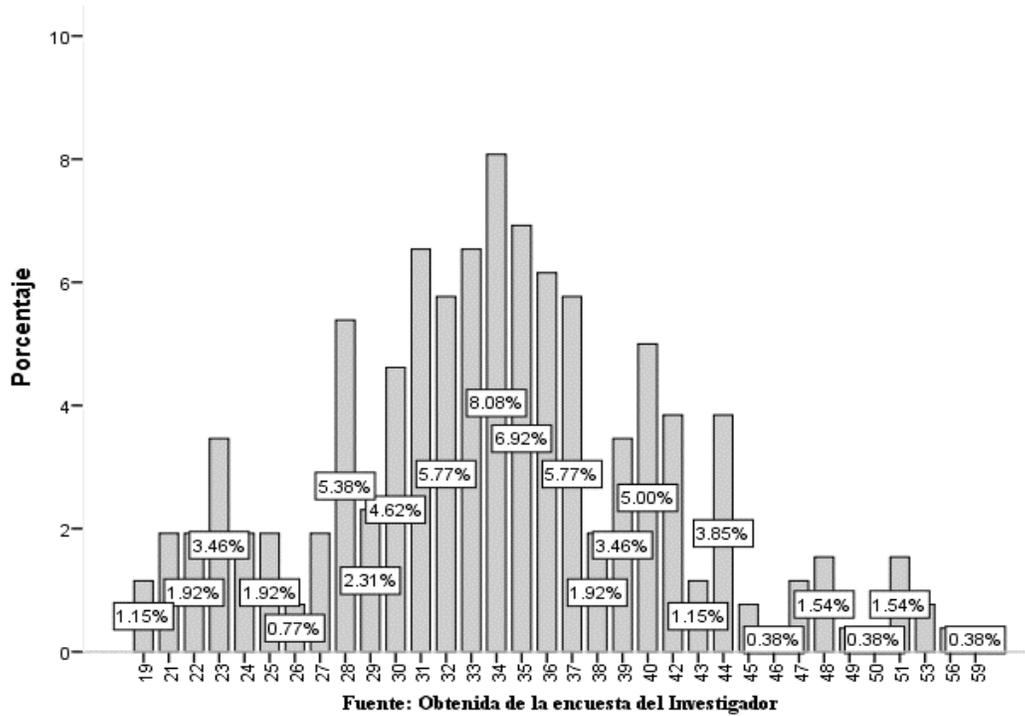


Figura 10. Media de edad de pacientes con VIH/SIDA de UNEMES CAPASITS Hgo.

La figura 10 nos representa la distribución de los 260 participantes según la edad, de los cuales la media de edad es de 34.32, con una desviación estándar de 7.26. En esta gráfica es visible que la edad más prevalente es la de adultos jóvenes y los que menos casos se encuentran son en niños y adultos mayores, aunque es de esperarse debido a que los encuestados solo fueron mayores de 18 años.

Recuento de Linfocitos CD4 de pacientes encuestados con VIH/SIDA , CAPASITS Hgo.

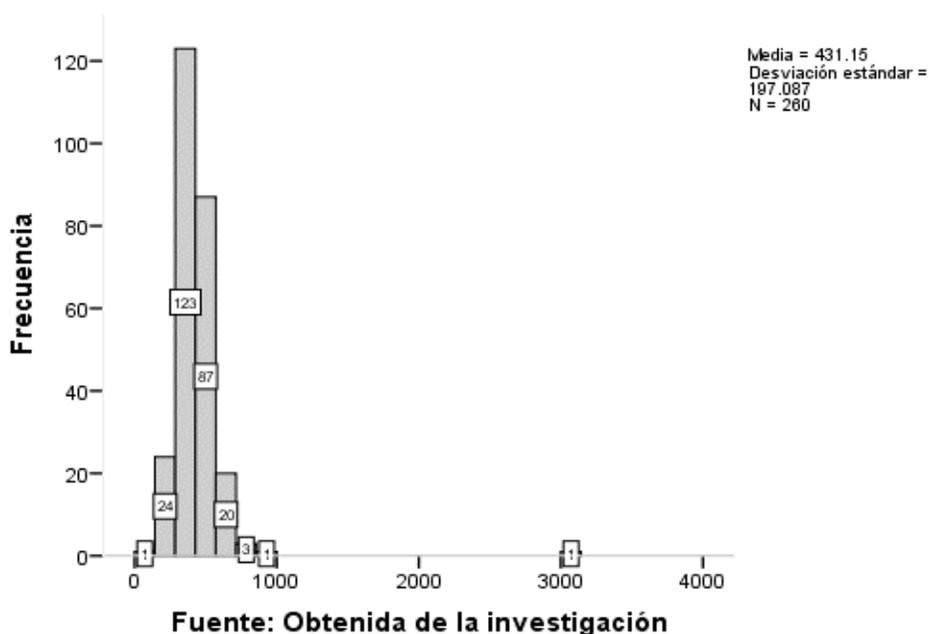
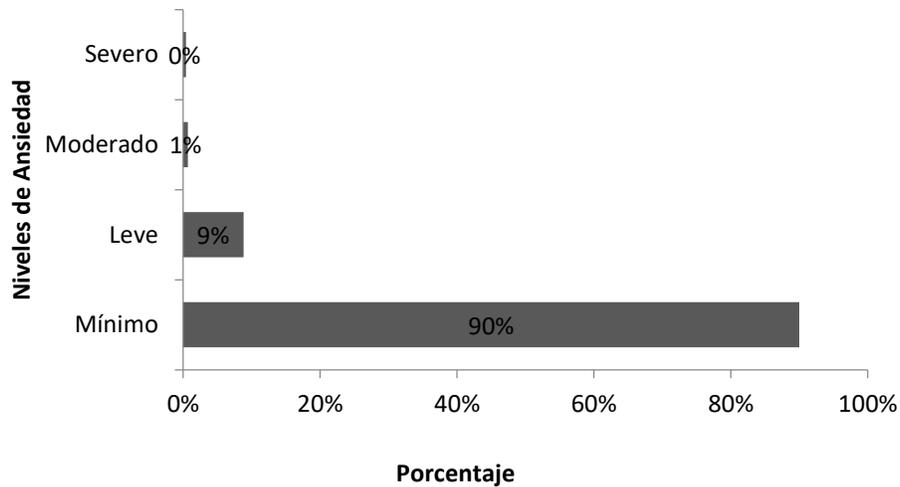


Figura 11. Figura en relación a los niveles de CD4 donde se toman los valores altos, bajos y la media de los participantes.

La figura 11 nos indica la distribución del número de células CD4 en los participantes encuestados, en el eje vertical se encuentran los valores del recuento de células, y en el eje horizontal se encuentra la frecuencia del número de pacientes según su recuento, donde las medidas de tendencia central son las siguientes: la media fue de 431.15 céls/mm³, mediana de 400 céls/mm³, Moda 400 céls/mm³, desviación estándar 197.087 con una varianza de 38843.453, el valor mínimo fue de 135 céls/mm³, y el valor máximo de 3000 céls/mm³.

NIVELES DE ANSIEDAD DE PACIENTES DE CAPASITS HGO

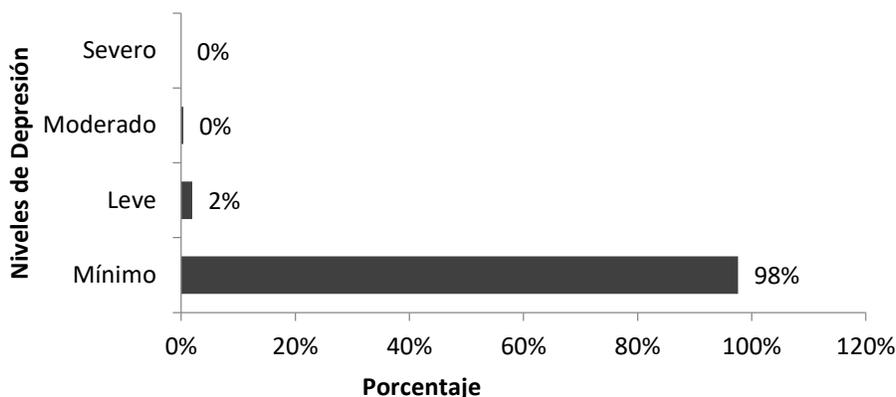


Fuente : Datos obtenidos por el investigador a través de la encuesta

Figura 12. Distribución por niveles de Ansiedad de los participantes en el estudio.

La figura 12 nos expresa la distribución de Ansiedad de los pacientes con VIH/SIDA, en lo que se puede manifestar que el 90 % de ellos la ansiedad es mínima, leve con 9%, moderada con 1%, y severo por mencionar con un 0%. Cabe decir que los pacientes contestaron la encuesta de manera individual, y no existió sesgo de captura, por lo que es importante mencionar que el instrumento se aplicó de una manera correcta. A esto se menciona ya que la literatura nos dice que en este tipo de pacientes es frecuente la ansiedad.

NIVELES DE DEPRESIÓN DE PACIENTES DE CAPASITS HGO



Fuente : Datos obtenidos por el investigador...

Figura 13. Distribución por niveles de Depresión de los participantes en el estudio.

La figura 13 nos expresa la distribución de Depresión de los pacientes con VIH/SIDA, en lo que se puede manifestar al igual que la Ansiedad es un trastorno no frecuente en esta población, cabe mencionar que el nivel mínimo ocupa un 98% muy similar al trastorno de ansiedad, leve un 2%, y moderado no existen datos. Los pacientes al igual que el inventario de ansiedad de Beck fueron aplicados de manera simultánea y los datos fueron registrados de manera correcta.

Tabla 2. Media de Calidad de Vida

FACTOR	RELACIONES			
	FISICO	PSICOLÓGICO	SOCIALES	AMBIENTE
Media	23.25	24.97	12.47	33.37
	<i>(σ=10.15)</i>	<i>(σ=9.25)</i>	<i>(σ=4.58)</i>	<i>(σ=22.55)</i>

Nota: Media de porcentajes obtenidos en factores de calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA

En cuanto a la evaluación de calidad de vida en sus cuatro factores, se observa que la media de porcentajes obtenidos esta alrededor de la media o por debajo, misma que se visualiza que el factor más prevalente es el ambiente, a eso se puede explicar quizá que durante la encuesta los participantes reflejaban que la parte financiera era importante en su calidad de vida.

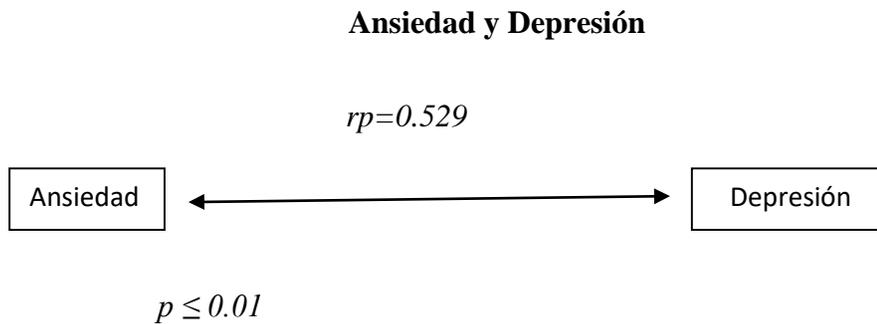


Figura 14. Relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión

La figura 14 nos demuestra la prueba de correlación de Pearson nos indica la existencia de una relación lineal estadísticamente significativa ($rp=0.529$), $p \leq 0.01$) entre el nivel de ansiedad y el nivel de depresión.

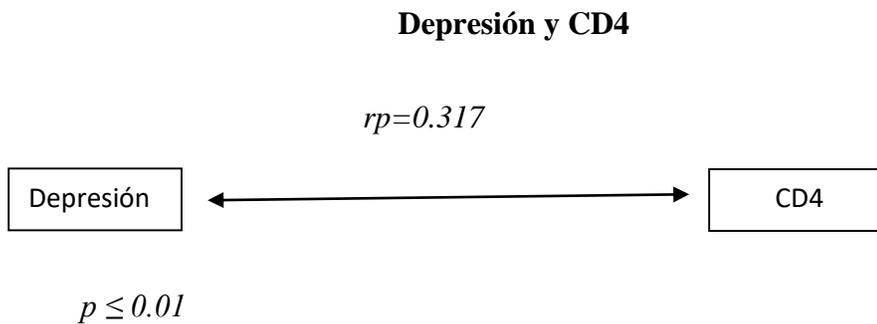


Figura 15. Relación estadísticamente significativa entre depresión y CD4

La figura 15 nos demuestra la correlación de Pearson nos indica la existencia de una relación lineal estadísticamente significativa ($rp=0.317$), $p \leq 0.01$) entre el nivel de depresión y el nivel de del recuento de células CD4.

Ansiedad y Factor Ambiente

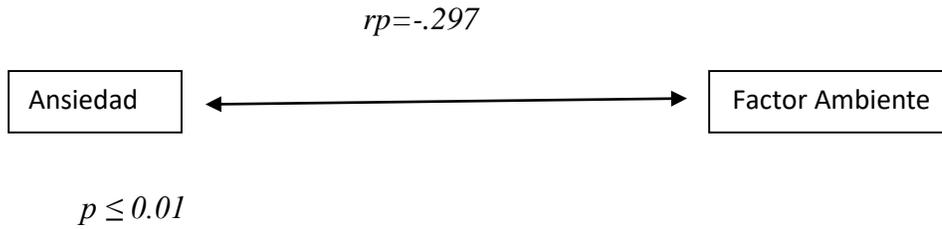


Figura 16. Relación estadísticamente significativa entre Ansiedad y Factor Ambiente de del instrumento de Calidad de Vida.

La figura 16 nos comprueba la prueba de correlación de Pearson negativa y nos indica una dependencia total entre las dos variables y la existencia de una relación lineal estadísticamente significativa ($rp=-.297$), $p \leq 0.01$) entre el nivel de Ansiedad y el Factor Ambiente del instrumento de Calidad de Vida.

Factor Psicológico y Factor Ambiente

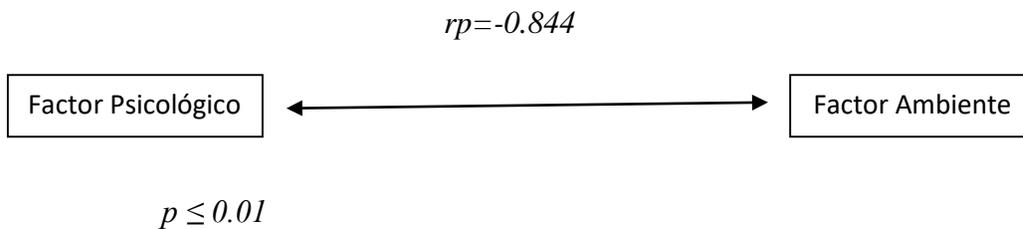


Figura 17. Relación estadísticamente significativa entre Factor Psicológico y Factor Ambiente del instrumento de Calidad de Vida.

La figura 17 nos demuestra la prueba de correlación de Pearson y nos indica la existencia de una relación lineal estadísticamente significativa ($rp=0.844$), $p \leq 0.01$) entre el nivel Factor Psicológico y el Factor Ambiente del instrumento de Calidad de Vida.

Factor Psicológico y Factor Relaciones Sociales

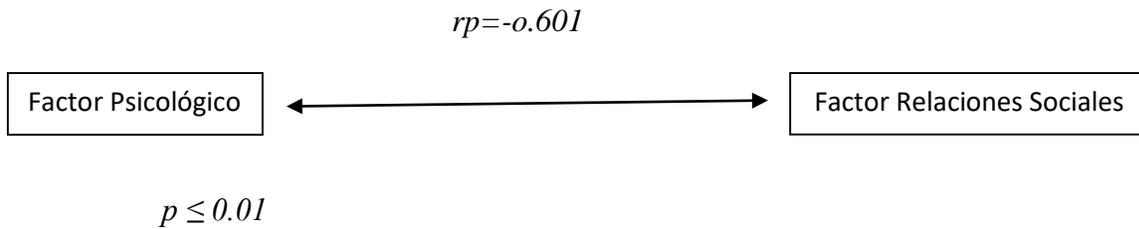


Figura 18. Relación estadísticamente significativa entre Factor Psicológico y Factor Relaciones Social del instrumento de Calidad de Vida.

La figura 18 nos indica la prueba de correlación de Pearson dejándonos ver la existencia de una relación lineal estadísticamente significativa ($rp=0.601$), $p \leq 0.01$) entre el nivel Factor Psicológico y el Factor Relaciones Sociales del instrumento de Calidad de Vida.

Tabla 3. Ansiedad, Depresión, Recuento de CD4 y Calidad de Vida

	Ansiedad		Depresión		CD4	
	$rp=$	p	$rp=$	p	$rp=$	p
F. Físico	.103	0.000	0.50	0.000	-.074	0.000
F. Psicológico	-.227	0.000	-.250	0.000	-.004	0.000
F. Relaciones Sociales	-.130	0.000	-.049	0.000	.107	0.000
F. Ambiente	-.297	0.000	-1.71	0.000	.014	0.000

Nota: puntajes de correlaciones entre las variables

IX DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como primera parte de esta investigación se contempló todo lo referente al análisis descriptivo de la población. El propósito general del presente estudio fue determinar la prevalencia de Ansiedad-Depresión y su relación con el recuento de células CD4, así mismo correlacionarlo con la calidad de vida de pacientes que viven con VIH/SIDA, de CAPASITS Hidalgo.

La investigación bastó para recolectar los datos mediante instrumentos que pudieron evaluar la presencia de trastornos de ansiedad y depresión, a todo esto se tuvieron hallazgos de suma importancia, en primer lugar porque la hipótesis alterna se comprueba donde existen relaciones estadísticamente significativas moderadas entre niveles de depresión y ansiedad, Calidad de Vida y en el recuento de las células CD4.

En cuanto a la prevalencia de pacientes con VIH del centro, se obtuvieron los siguientes resultados, se tiene que la población total es de 838 pacientes activos en el centro de los cuales 809 son mayores de 18 años y 29 menores de edad de estos solo 796 reciben tratamiento antirretroviral en sus diferentes esquemas, el resto de pacientes que no reciben tratamiento se encuentran en una etapa de recién diagnóstico y donde su recuento de CD4 y carga viral aún se mantiene indetectable, por lo que únicamente se mantienen en observación o supervisión profiláctica. Para este estudio se tomó una muestra representativa la cual fue calculada mediante el paquete estadístico EPI-INFO donde se usó un nivel de confianza del 95% con una frecuencia esperada del 50%, límite de confianza del 5%, y el tamaño de muestra fue de 260 pacientes elegidos de manera aleatoria, de la cual se determinó que el mayor número de pacientes pertenecen al municipio de Pachuca de Soto, capital del estado de Hidalgo con un 21.5%, 11.9% al municipio Mineral de la Reforma, 9.6% Tulancingo, y el 8.5% al municipio de Tula, mismos datos que se correlacionan con los obtenidos por la misma institución a través de su censo de pacientes. Es

evidente encontrar estas cifras debido a que en estos municipios independientemente que son de los más poblados del estado Hidalgo, son municipios donde es factible la migración por parte de la población, y la urbanización sea un factor para el desencadenamiento de los pacientes hacia nuevas experiencias en el ámbito de vías de transmisión.

La prevalencia de pacientes con VIH/SIDA en CAPASITS Hidalgo es mayor en hombres que en mujeres. Aunque se revelan datos por parte de la institución que en los últimos 5 años ha incrementado el número de contagios a mujeres amas de casa por sus cónyuges. En cuanto a las vías de contagio la vía sexual sigue siendo la principal causa representada en este tipo población, según reporte del centro CAPASITS y el cual coincide con la investigación realizada; este centro realiza una importante labor de diagnóstico del VIH que se complementa como parte de la atención primaria. Aunque pareciera que en los últimos años el VIH se ha encapsulado y todo se ha dicho sobre él, llama la atención que el número de casos nuevos en el estado de Hidalgo generalmente son de tipo sexual y aunque se conoce que es predominante la orientación homosexual; se ha reportado que en los casos nuevos se están manifestando principalmente por prácticas heterosexuales sin protección como lo afirma Shingai (2014), existen otras rutas identificadas como vía de transmisión se incluyen acciones de morder, escupir, eliminar fluidos corporales (incluyendo semen o saliva) e intercambio de juguetes sexuales contaminados con sangre; hoy en día fácil encontrar prácticas sexuales de este tipo en especial por adultos jóvenes o aquellos que mantienen relaciones bisexuales, por supuesto que todo esto sin duda se convierte en un problema de Salud Pública.

Sin bien es dicho por Bautista, Romero, Conde, & Sosa, (2013) Desde el inicio de la epidemia, en México ésta se ha caracterizado por ser de tipo concentrada, es decir, por tener prevalencias superiores a 5% en grupos específicos de la población y por debajo de 1% en la

población general, y ser primordialmente de transmisión sexual. Donde los estudios recientes coinciden con esta investigación lo cual se ha identificado la seroprevalencia de VIH entre hombres que tienen sexo con hombres hasta en 16.9%, más sin embargo en este estudio se puede determinar que en su mayoría representa un 67% de total de los pacientes, por lo que existe un alto porcentaje por esta vía de transmisión. En esta investigación dentro de los criterios de eliminación tomados fueron niños y menores de 18 años, pero consideramos importante mencionar que en este centro se atienden a 13 pacientes menores un año, los cuales fueron infectados por vía vertical a través de la madre; y que por ahora sólo reciben tratamiento de profilaxis sin tratamiento antirretroviral. Otro punto que llama la atención es que 28 pacientes de la población total son adolescentes (19 hombres y 9 mujeres), lo cual nos hace pensar que se deben reforzar las campañas de prevención e información en esta etapa de desarrollo y crecimiento, la cual según la literatura comienzan a experimentar sus primeras relaciones sexuales.

Fue notable determinar que los pacientes que se atienden en este centro integral no cuentan ser derechohabientes a ninguna institución como es IMSS, ISSSTE, PEMEX etc. Por lo que el único requisito para ser atendidos es contar con seguro popular, en su mayoría la población es de escasos recursos, cuentan con estudios de primaria, secundaria, y en el caso de pacientes de nuevos ingreso cabe resaltar la evidencia de encontrar jóvenes de bachillerato, universidad y posgrado. Con lo que podemos asumir que el virus del VIH, no estigmatiza a nadie. Ni por condición social, raza, edad, género, preferencias sexuales entre otros.

Con relación a la salud mental de este grupo de población, en muchos estudios se reportan la presencia de indicadores de enfermedad mental entre los pacientes con VIH/SIDA en el ámbito internacional así lo afirman Wagner, Kanouse, Koegel y Sullivan (2004), por ejemplo, encontraron que la prevalencia de VIH entre personas que presentan problemas de salud mental es ocho veces

mayor a la que presenta la población en general, lo que los llevó a considerar a la enfermedad mental como un factor de riesgo para una adherencia pobre.

Sin embargo, en esta población llama la atención que no coincide con lo que estos autores mencionan, ya que es mínima la presencia de enfermedades psicológicas o inclusive psiquiátricas, por lo que durante la investigación se pudo encontrar, como este grupo de pacientes cuentan con una adecuada atención psicológica desde el momento de que acuden a su primera cita y tengan o no el diagnóstico definitivo de VIH, estos pacientes cuentan con redes de apoyo mismos que son brindados por la institución; lo que es de admirarse es el compromiso que tiene el personal de salud que labora , pues tratan de involucrarse en la relación médico-paciente con énfasis en la atención ética profesional y donde el personal identifica a cada uno de los pacientes desde aquel de nuevo ingreso hasta aquel que lleva más de 15 años de tratamiento , es notable que el primer eslabón para recibir tratamiento médico es primero recibir un tratamiento psicológico acertado y personalizado, donde el paciente se siente seguro de reconocer su enfermedad como una enfermedad que hasta el día de hoy es considerada como una enfermedad crónica como lo menciona Martín (2002) en el cual expresa que las investigaciones realizadas en el área del VIH/SIDA muestran que la calidad de vida es más deficitaria en los pacientes con VIH/SIDA que en otros pacientes con otras enfermedades crónicas; pero no por eso podemos generalizar, ya que hasta el día de hoy esta enfermedad y el adecuado manejo de la misma favorece que los pacientes encuentren alternativas de tratamiento no solo médico, sino también psicológico, mismo que les brinda a los pacientes mejorar su calidad de vida y prolongar su esperanza de vida ante lo que conlleva la evolución de la enfermedad.

Datos epidemiológicos refieren que la ansiedad y la depresión en estos pacientes son los desórdenes mentales más frecuentes y su prevalencia es considerablemente mayor en pacientes de

atención tardía. La literatura en especial Cook (2004), nos dice que la depresión es el desorden de salud mental más común entre los pacientes con VIH/SIDA y existe una asociación entre el estatus de VIH, la depresión y el uso de sustancias. También menciona que en los pacientes deprimidos es común la pobre adherencia a los medicamentos. Esto puede llevar a muchos problemas médicos como a cepas resistentes del virus de VIH, disminución de CD4 y aumento en la carga viral. Los pacientes con depresión crónica tienen el doble del riesgo de mortalidad por una causa relacionada con el SIDA que los que no tienen síntomas depresivos. En contraste, en esta investigación independientemente de lo expresado por los autores, se encontró que en esta población los pacientes no cuentan con estado depresivo como se pudo haber pensado, es decir se observa un 98% de los pacientes cuentan con depresión mínima y tan solo el 2% de manera leve en contraste con lo esperado según algunos autores; que al igual que el control de sus CD4 oscila entre 200-400 células, lo que nos expresa que su sistema inmunológico esta en óptimas condiciones pese al estado de la enfermedad, y que no significa que el virus no esté presente, pero sí que los pacientes tengan una mejor calidad de vida.

De lo mencionado, también nos expresa que esta población está recibiendo una adecuada atención psicológica como antes ya fue mencionado, lo que se interpreta con estas cifras óptimas con las que se espera que todo paciente con esta enfermedad logre tener. Ahora bien esto es un excelente pronóstico para el paciente ya que habla de que el paciente esta adhiriéndose al tratamiento y de que las redes de apoyo con las que cuentan están interviniendo de manera correcta.

Así mismo la variable de Ansiedad que se esperaba encontrar como lo menciona Rovira MD (2005) esta suele ser muy frecuente en el paciente con VIH/SIDA. La emoción más frecuente en individuos con infección VIH es la inseguridad con respecto al futuro y el miedo a la enfermedad.

La ansiedad puede manifestarse como un ataque de pánico o de agresividad, que generalmente dirige hacia los cuidados médicos inefectivos, percepción verdadera o falsa de discriminación, etc. Y hace referencia a que estos enfermos deben ser remitidos para tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico. De la misma manera que la variable depresión, los niveles de ansiedad en esta población de estudio, resultaron mínimos a lo esperado, donde los pacientes evaluados mediante el instrumento, se manifiesta un 90% con ansiedad mínima y un 9% con leve.

El presente estudio reporta resultados similares con la depresión con una relación negativa estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y todos los factores de calidad de vida. De esto se puede interpretar que los pacientes refieren sí tener miedo respecto al futuro, temen principalmente a quedar desprotegidos, a no contar con tratamiento y tener que pagarlo si ese fuera el caso, así como la incertidumbre de la de la evolución de la enfermedad. Si bien la ansiedad y la depresión resultan ser de los principales trastornos mentales a los que estos pacientes son vulnerables, es un hecho de que esta población es psicológicamente estable. Por lo que los niveles de CD4 también resultan ser positivos para que estos pacientes estén controlados. Estando entonces de acuerdo con lo mencionado por Arrivillaga (2010) que nos enfatiza que la mayoría de los esfuerzos por parte de las instituciones se han enfocado en la baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales y en la identificación de factores asociados a ésta, existe un interés creciente por la exploración de la adherencia a aspectos no-farmacológicos del tratamiento para el VIH/SIDA.

Considerando dichas cifras es posible destacar que en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva, las características clínicas presentadas demandan que quienes otorgan los servicios de asistencia psicológica se encuentren ampliamente capacitados en torno a tratamientos basados en evidencias para llevar intervenciones psicoafectivas correctas , con un alto impacto clínico y sobre la calidad de vida de los y las usuarias.

La calidad de vida hoy en día resulta importante para cualquier enfermedad, principalmente para las que ameritan tratamientos prolongados, invasivos o que condicionan a cualquier paciente a depender de tratamientos médicos para subsistir, a todo ello se llega a la conclusión como lo menciona Pérez (2005) y en otras investigaciones que los pacientes que viven con VIH/SIDA pueden estar afectados por numerosos factores individuales, culturales, sociales y emocionales, relacionados con el impacto del diagnóstico, del tratamiento y de la convivencia cotidiana de una enfermedad crónica, dentro de esta investigación se puede decir que de los hallazgos referente a esta variable es que el factor psicológico y el factor ambiente resultan estadísticamente significativos, así como la relación entre el factor relaciones sociales.

A pesar de tener congruencia con las cifras de los factores de calidad de vida, los puntajes de esta variable representan una situación alentadora, porque manifiestan que la atención que reciben estos pacientes es adecuada y oportuna. Tal como lo ha identificado algunos autores (Andrade, 2012; Baca y Aroca, 2004, los factores psicológicos, físicos, sociales y ambientales que integran el constructo de calidad de vida correlacionan negativamente y de forma estadísticamente significativa con los trastornos de ansiedad y depresión.

Es importantes mencionar que a pesar de ser mínimas las diferencias entre los puntajes de correlación de Pearson, el factor psicológico es el que presenta un mayor relación negativa tanto con ansiedad como con depresión; es decir, a menor sintomatología ansiosa mayor calidad de vida y de igual manera a menor sintomatología depresiva mayor calidad de vida lo que es congruente con los observado.

Si bien son absolutamente necesarias continuar con las intervenciones individualizadas para cada paciente (en relación a la problemática específica) durante el proceso psicoterapéutico como hasta ahora CAPASITS lleva a cabo; es importante reforzar los objetivos y estrategias hacia

la parte psicológica preferentemente con ansiedad y depresión. Esto seguirá permitiendo potencializar cambios clínicos favorables y significativos a esta población.

Con todo lo mencionado previamente es posible afirmar que existe una relación clínica, integral entre el tratamiento terapéutico antiretroviral y el psicológico que resulta a su vez estadísticamente significativo entre ansiedad, depresión, calidad de vida, y el más importante el recuento de células CD4 que se manifiesta en un estado inmunológico óptimo para el paciente con VIH. Es por lo tanto fundamental desarrollar estrategias de evaluación más sensibles en otros CAPASITS de otras entidades, o quizá implementar todas estas estrategias positivas que lleva acabo este centro de atención , que hasta el día de hoy en lo personal resultan excelentes para el paciente que vive con VIH, estrategias de intervención basadas en la promoción y prevención de trastornos mentales y de acciones especializadas para la atención de usuarios que en cualquier momento presenten datos de ansiedad y depresión .

XI LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En cuanto a las limitaciones y recomendaciones para posteriores investigaciones, se puede mencionar el proceso de selección de los participantes, ya que debido a la falta tiempo quizá se pudo hacer la evaluación a todos los pacientes que se encuentran registrados en CAPASITS Hidalgo , incluyendo niños y adolescentes ya que considero que sería una línea de investigación muy importante al detectar principalmente por qué los jóvenes a corta edad se infectan de VIH, y el por qué estando preparados y ser estudiantes donde se les bombardea de información sobre métodos de prevención sigue existiendo casos nuevos. De este modo se recomienda que en las siguientes investigaciones se busquen más variables que se correlacionen con el VIH/SIDA. Del mismo modo se puede hacer comparaciones de la atención en distintas instituciones de salud, como lo es IMSS, ISSSTE por mencionar algunas , para que de esta forma se aumente la confianza de los resultados de las pruebas estadísticas empleadas.

Otra recomendación para estudios posteriores, es la utilización de mejores estrategias de psicológicas para otros centros de atención de pacientes con VIH/SIDA, donde se planteen objetivos específicos para mejorar la calidad de vida de los mismo y minimizar los niveles de ansiedad y depresión que a su vez repercutan en su estado inmunológico, como es el recuento de linfocitos CD4 y carga viral. Y que CAPASITS Hidalgo sirva como ejemplo referente a este rubro. Se sugiere se lleven a cabo intervenciones en las que se incluya la participación de uno o varios familiares de los pacientes, para poder evaluar las diferencias entre intervenciones individuales y grupales.

Debido a que la mayoría de las participantes de este proyecto, fueron hombres, se sugiere que en posteriores estudios se integre una mayor de cantidad de participantes del sexo femenino,

para de esta forma tener el mismo número de pacientes de ambos sexos. Y hacer hincapié en la vía de transmisión vertical.

Finalmente debido al nivel de escolaridad relativamente bajo relacionado con su condición económica , es muy probable que los beneficios de la intervención no hayan podido haber sido aprovechados al máximo por algunos participantes o no aprecien el desarrollo de esta investigación por lo que se recomienda desarrollar futuras intervenciones que tomen en cuenta las particulares condiciones culturales, sociales y económicas de las comunidades rurales y semirurales de nuestro país, y de que el tratar pacientes con VIH/SIDA afecta a todos los estados socioeconómicos sin importar edad, raza, sexo, orientación sexual y hasta el día de hoy pese a que ya es considerada una enfermedad crónica, sigue siendo un problema de salud pública.

XII REFERENCIAS

- Academia, Español Real. (2001). Diccionario de la lengua española (Dictionary of the Spanish Language). En S. A. Madrid. Madrid: (22nd ed.).
- Ader, R., Cohen, N., & Felten, D. (1995). Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, *345*, 99-103.
- Ader, R., Felten, D., & Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. New York: second ed. Academic, .
- Administration., F. a. (2014). Approved anti-HIV medications: Guidelines for baker the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Recuperado de <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>.
- Ambrose, Z., & Aiken, C. (2014). HIV-1 uncoating: Connection to nuclear entry and regulation by host proteins. *Virology*, *454-455*, 371-379. doi:10.1016/j.virol.2014.02.004
- Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M., & Trotta, M. (2004). Depressive symptoms, Depressive symptoms, to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *sychosomatics*, *45*, 394-402.
- Arrivillaga. (2010). Determinación social de la adherencia terapéutica. Alternativa conceptual y metodológica aplicada al caso de mujeres viviendo con VIH/SIDA. *Bogotá: National*, 234-256.
- Asch, S., Kilbourbe, A., Gifford, A., & Burnam, M. (2003). Underdiagnosis of HIV. Who are we missing. *Gen Inter Med*, *18*, 450-60.
- Baum, A., & Posluszny, D. (1999). Health Psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, *50*, 137-163.
- Bellan, S., Fiorella, K., Melesse, D., Getz, W., Williams, B., & Dushoff, J. (2013). Reassessment of HIV-1 acute phase infectivity: Accounting for heterogeneity and study design with simulated cohorts. *Lancet*, *12*(3), 1-28. doi:10.1016/S0140-6736(12)61960-6.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleitz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex*, *46*(5), 417-424.
- Blalock, J. (1984). The immune system as a sensory organ. *J Immunol*, *132*: 1067.
- Bolaño , L., Cardenas, O., De la Hoz, J., Gonzalez, R., Sabbag, J., Alonso Palacio, L., & Cervantes-Acosta, G. (2011). Caracterización del fracaso terapéutico en pacientes VIH positivos en una IPS en la ciudad de Barranquilla. *Revista de la Asociación Colombiana de Ciencias Biológicas, Memorias XLVI Congreso Nacional de Ciencias Biológicas, Vol 23.* , 330.
- Boletín de la ANMM. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, *21*(3), 1-2.
- Brown, K. N., Wijewardana, V., Liu, X., & Barratt-Boyes, S. M. (2009). Rapid influx and death of plasmacytoid dendritic cells in lymph nodes mediate depletion in acute simian immunodeficiency virus infection. *PLoS Pathogens*, *5*. doi:10.1371/journal.ppat.1000413
- Burack, J., Barret, D., & Stall, R. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *JAMA*, *270*, 2568-2573.

- Buttò, S., Suligoi, B., Fanales-Belasio, E., & Raimondo, M. (2010). Laboratory diagnostics for HIV infection. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 46(1), 24-33. doi:10.4415/ANN100104
- Carballo, M., Martínez, M., & Llaga, M. (2008). Trastornos psicopatológicos en pacientes VIH-SIDA. *Revista ROL de enfermería*, 31(11), 45-52. doi:ISSN 0210-5020
- Carretero, M., Burgess, A., Soler, P., & Soler, M. (1996). Reliability and validity of an HIV-specific health related quality of life measure. *for use with injecting drug users. AIDS*, 10, 1699-1705.
- Casadonte, P., & Des Jarlais, D. (1986). Psychological and behavioral impact of learning HTLV-III. *Presented at the Inter. Conference of AIDS, PARIS*.
- Chandra, P., Desai, G., & Ranjan, S. (2005). HIV & psychiatric disorders. *Indian J Med Res*, 121, 451-467.
- Christian Oswaldo Acosta Quiroz, J. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, Vol. 23, Núm. 2, 241-250.
- Cohen, M., & Gorman, J. (2008). *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry*. New York: Oxford University.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull*, 109, 5-24.
- Colibazzi, T., Hsu, T., & Gilmer, S. (2006). Human immunodeficiency virus and depression in primary care: A clinical review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 8, 201-11.
- Conde, C., Sosa Rubí, S., Bautista, S., & Romero, M. (2013). *Resultados principales de la encuesta de sero-prevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres*. México: Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana, A.C. Obtenido de http://www.insp.mx/images/stories/Centros/CIEE/121115_resultadosEncuestaHSH.pdf
- Cook, J. (2004). A controlled trial of two nucleoside analogues plus zidovudine in persons with human immunodeficiency virus and CD4 cell counts of 200 per cubic. *Public Health*, 94, 1133-1140.
- David, A., Fleminger, S., Kopelman, M., Lovestones, S., & Mellers. (2009). *JDC. Lishman's Organic Psychiatry*. Canadá: 4ta edición.
- Davison. (2004). Trastornos del estado de ánimo. *Davidson G, editor. México: Limusa-Wiley*, 272-311.
- Douaihy, A., & Singh, N. (2001). Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *AIDS Read*, 11(9), 450-461.
- DSM-IV. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association, Barcelona.
- Gallego Deike, L., & Álvarez-Valdés, G. (2001). Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Anales de Medicina Interna. scielo*, 18(11), 47-54.
- Gallego, L., Barreiro, P., & López-Ibor, J. (2012). Psychopharmacological treatments in HIV Patients under Antiretroviral Therapy. *AIDS Rev*, 14, 101-111.
- González, C., & Sánchez-Sosa, J. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. *Madrid: Pirámide Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*, 473-92.

- Gowda, S., Channabasappa, A., Dhar, M., & Krishna, D. (2013). Quality of life in HIV/AIDS patients in relation to CD4 count: A cross-sectional study in Mysore district. *International Journal of Health and Allied Sciences*, 4(1), 263-267.
- Gutiérrez, J., López Zaragoza, J., Valencia Mendoza, A., Pesqueira, E., Ponce de León, S., & Bertozzi, S. (2004). Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? *Revista de investigación clínica*, 56(2), 242-252.
- Herbert, T., & Cohen, S. (1993). Depression and immunity: A meta-analytic review. *Psychol Bull*, 113, 472-486.
- Heredia-Ancona, M., Gómez-Maqueo, E., & Suárez-De La Cruz, L. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Rev Latinoamericana Salud Mental*, 1(2), 49–57.
- Higashida. (2005). Mecanismos de defensa e inmunidad. *Mc Graw Hill*, 26–36.
- Iglesias, M. (2011). Treinta años del VIH-SIDA: perspectivas desde México. *Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI)*.
- Investigación, R. d. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. *Diario Oficial*, 1987-01-06, N. 3, tomo CCCC MEX-1986-L-3369, , p. 98-113.
- Ivanchenko, S., Godinez, W. J., Lampe, M., Kräusslich, H. G., Eils, R., Rohr, K., & Lamb, D. C. (2009). Dynamics of HIV-1 assembly and release. *PLoS Pathog*, 5(11), 5(11). doi:e1000652
- Jin, H., Hampton, J., Yu, X., & Heaton, R. (2006). Depression and suicidality in China. *J Affect Disord*, 269-75.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperana, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Ment.*, 21(3), 26–32.
- Jurado S, V. E. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Ment.*, 21(3):26–32.
- Kelly, B. R., Raphael, B., Judd, F., Perdices, M., Kernutt, G., Burnett, P., & Dunne, M. (1998). Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *General Hospital Psychiatry*, 20, 345-352.
- Kessl, J. J. (2009). HIV-1 Integrase-DNA recognition mechanisms. . *Viruses*, 1(3), 713–736. .
- Kessler. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) RCMerikangas KR : background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res*, 1360- 68.
- Korman, G., & Sarusdiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subj y procesos Cogn*, 15(1), 119–45.
- Lamotte, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), 993-1013. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es&tlng=es
- Leserman, J. (2008). Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosom Med*, 70, 539-545.

- Leserman, J., Petito, J., Gu, H., & Gaynes. (2002). Progresion to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and physiological predictors. *Psychological Medicine*, 1059-1073.
- Levenson. (2011). *Textbook of psychosomatic medicine*. EUA: ed. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Bandia, X., & Baro, E. (2002). Validación de la versión en español de la Montgomery AAsberg Depression RAting Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Med Clin.*, 118(13), :493–9.
- Lokhande, A. J. (2013). Changing incidence of nevirapine-induced cutaneous drug reactions: After revised guideline Nov 2011. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, , 34(2), 113–118. doi:10.4103/0253-7184.120545.
- López , J., & Valdéz, M. (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. MASSON S.A., 387- 543.
- Maillo, B. M., Veléz, R. L., Norman, F. F., González, F. F., & Pérez, A. M. (2015). Screening of imported infectious diseases among asymptomatic Sub-Saharan African and Latin American immigrants: A public health challenge. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 92(4) 848-856. doi:10.4269/ajtmh.14-0520
- Makvandi, N. S., & Rowland, J. S. (2014). How does the humoral response to HIV-2 infection differ from HIV-1 and can this explain the distinct natural history of infection differ from HIV-1 and can this explain the distinct natural history of infection with these two human retroviruses? *Immunology Letters*, 69-163.
- Manosuthi, W. O. (2015). Guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents. *AIDS . Research and Therapy*,, 12(12), doi:10.1186/s12981-015-0053-z.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del Arlington. *APA American Psychological Association*.
- Manzardo, C. G. (2015). Opportunistic infections and immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-1-infected adults in the combined antiretroviral therapy era: A comprehensive review. -. *Expert Review of Anti-infective Therapy*, , 13(6), 751 67. doi: 10.1586/14787210.2015.1029917.
- Martín , I., Cano, R., Pérez de Ayala, P., Aguayo, M., & Cuesta, F. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna*, 19, 396-404.
- Mayne, T., Vittinghoff, E., Chesney, M., Barret, D., & Coates, T. (1996). Depressive affect and survival among gay and bisexual men infected with HIV. *Arch Intern Med*, 156, 2233-2238.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Muñoz , C., Benjet , C., & Jaimes, J. (2003). Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment.*, 26(4), 1–16.
- Miller, A., Lee, B., & Henderson. (2012). Death anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death Studies*. 36, 640-663.
- MSC. (2008). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma*. México: Ministerio de Sanidad y consumo.

- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspect Psychol Sci*, 6(12), 589–609.
- Ntshakala, T., Mavundla, T., & Dolamo, B. (2012). Quality of life domains relevant to people living with HIV and AIDS who are on antiretroviral therapy in Swaziland. *Curationis. PudMed*, 35(1), 1-8. doi:10.4102/curationis.v35i1.87
- O'Connell, K., Skevington, S., & Saxena, S. (2003). Preliminary development of the world Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL HIV):. *Analysis. Soc Sci Med*, 57(7), 1259-75.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3er Edición .
- Olantunji, B., Mimiaga, M., O'Cleirigh, & Safren, S. (2006). A review of treatment studies of depression in HIV. *Top HIV Med*, 14, 112-124.
- Olley, B., Seedat, S., Nei, D., & Stein, D. (2004). Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Patients. Care STDS*, 18, 481-487.
- OMS. (17 de Diciembre de 2010). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach*:. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44379/1/9789241599>
- OMS. (2012). La depresión. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS. (2012). Recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children. *Recuperado de* <http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/diagnosis/en/index.html>
- OMS. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (2013). WHO policy on collaborative TB/HIV activities. Obtenido de http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_978924
- OMS. (2015). Trastornos mentales. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- ONUSIDA. (2016). *Informe ONUSIDA para el día mundial del SIDA*. Obtenido de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf.
- OPS. (1992). Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CEI-10). *Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud*, Washigton, D.C.: ;.
- Oscar Galindo Vázquez, E. R. (2015). PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) EN PACIENTES CON CÁNCER. *PSICOONCOLOGÍA. Vol. 12, Núm. 1*, pp. 51-58.
- Pao, M., Angelo, D., Shuman, W., & Timnis, T. (2000). Psychiatric diagnoses in adolescents seropositive for the human immunodeficiency virus. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154, 240-244.

- Pérez, I., Baño, R., Ruz, M., Jiménez, A., Prados, M., & Liaño, J. (2005). Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Qual Life Res*, *14*, 1301-10.
- Protto, J. P., Schaaf, D., & Fidel Suárez, M. (2008). Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *23*(4), 288-294. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-498920080004>
- Rabin, J. (2008). HIV and depression. *Curr HIV/AIDS*, *5*, 163-71.
- Raines, C., Radcliffe, O., & Treisman, G. (2005). Neurologic and psychiatric complications of antiretroviral agents. *J Assoc Nurses AIDS Care*, *16*, 35-48.
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J., García, L., & Oblitas, L. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, *15*(1), 115-42.
- Ramos-Brieva, J., & Cordero-Villafofila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso Españolas Neurol Psiquiatr Cienc.*, *14*, 324-34.
- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O., & Pina, J. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia psicológica*. *25*, 135-140.
- Rosales, L., Ponce, S., & Rodríguez-Álvarez, M. (2010). La situación actual del VIH/SIDA en el mundo. *Gaceta Médica de México*, *146*, 408-10.
- Rovira, M., Uriz, E., & Rodríguez, C. (2005). Comportamiento y actitud de los profesionales de enfermería hospitalaria ante los pacientes VIH+. *Pub Of SEISIDA*, *5*, 513-517.
- Rush, A., Keller, M., Bauer, M., & Dunner, D. (1995). Grupo de trabajo para los trastornos Trastornos del estado de animo. En M. d. (DSMIV). BARCELONA.
- Ruvalcaba, N., Salazar, J., & Fernández-Berrocal, F. (2012). INDICADORES SOCIALES, CONDICIONES DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN JÓVENES MEXICANOS. *Rev Iberoam Psicol Cienc Y Tecnol*, *5*(1), 71-80.
- Safren, S., Gershuny, B., & Hendriksen, E. (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patien. Care and STDs*, *17*(12), 657-664.
- Saldarriaga, G. (2005). Calidad de vida en pacientes que viven con VIH/SIDA atendidos en una Institución de Salud Medellín. *Facultad de Medicina, Instituto de Ciencias de la Salud-CES*, 456-470.
- Shingai, M., Donau, O. K., Plishka, R. J., Buckler-White, A., Mascola, J. R., Nabel, G. J., & Diskin, R. (2014). The Journal of experimental medicine. *Passive transfer of modest titers of potent and broadly neutralizing anti-HIV monoclonal antibodies block SHIV infection in macaques*, *211*(10), 2061-2074.
- Siliciano, R. F., & Greene, W. C. (2011). HIV latency. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, *1*(1). doi:10.1101/cshperspect.a007096
- Simeon, & Hollander, E. (2004). Trastornos de Ansiedad. *Versión en Español de la primera versión en Ingles*, 21 - 41.
- SSA. (2001). *Boletín de Información Estadística Daños a la Salud.*, No. 21, Vol. II.

- SSA. (2002). *Programa de acción: VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual ITS*. México.
- SSA. (2013). *Programa de acción específico, Salud Mental 2013-2018*. México.
- Steer, R., Ranieri, W., Beck, A., & Clark, D. (1993). Otra prueba de la validez de la Inventario de Ansiedad de Beck con pacientes psiquiátricos. *Diario de los trastornos de ansiedad*, 7, 195-205.
- Sundquist, W. I., & Kräusslich, H. (2012). HIV-1 assembly, budding, and maturation. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012. *External Resources Pubmed/Medline* , 2(7). doi:10.1101/cshperspect.a006924
- Testal, J., Calderón, C., & Garcelán , S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: analysis of some changes international journal of clinical and health psychology. 14(3), 221-231.
- Torres, I., Beltrán, F. J., Saldivar, A., Lin, D., & Barrientos, M. (Enero-Abril de 2013). LA SALUD MENTAL, UNA APROXIMACIÓN A SU ESTUDIO EN POBLACIONES VULNERABLES. *Medicina, Salud y Sociedad*, 3(2), 1-33.
- Trapanier , L. (2005). Problemas de Salud Mental en la población VIH positiva. *Clin Exp Neuropsych*, 17, 1-15.
- Treisman, G., & Angelino, A. (2007). Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection. *Clin Infect Dis*, 45, 313-317.
- Trejos, A., & Tuesca, R. (2011). Niñez afectada con VIH/SIDA: Uso y acceso a Servicios de Salud en cinco ciudades colombianas. *Salud Uninorte, Vol 25 No. 2*, 1-14.
- Trépanier, L., Rourke , S., Bayoumi, A., Halman, M., & Krzyzanowski, S. (2005). The impact of neuropsychological impairment and depression on health-related quality of life in HIV-infection. *J Clin Exp Neuropsychol*, 27, 1-15.
- Turner, B., & Fleischmann, J. (2006). Effect of dysthymia on receipt of HAART by minority HIV-infected women. *J Gen Intern Med*, 21, 1235-41.
- Uldall, K., & Ryan, R. (2012). Association between delirium and death in AIDS Patients. *J Neurovirol*, 18, 277-290.
- UNAID. (2010). *Report on the global AIDS epidemic*. Obtenido de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_global-report_en.pdf>.
- Urzúa , A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter psicológica.*, 30(1), 61–71.
- Varela, M., Salazar, I., & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Rev Act Col Psic*, 11(2), 101-13.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernández-Gómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y una nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behav Psychol Psicología Conduct*, 18(1), 139–65.
- Velez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (2011). *Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de Transmisión Sexual*. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

- Vera, P., & Buela-Casal. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *RLP*, 31, 271-89.
- Vinaccia, S., Quinceno, J., Contreras, F., Zapata, M., & Fernández, H. (2005). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- Watkins, C., Treisman, G., & Neurovirol, J. (2012). Neuropsychiatric complications of aging with HIV. *18*, 277-290.
- Wilson, K., Beurs, E., Palmer, C., & Chambless, D. (1999). *The use of psychological testing for treatment planing and outcomes assessment* (. (2^a ed ed.).
- Wolff, C., & Alvarado, R. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH:. *Rev Chil Infect*, 27(1), 65-74.
- Yi M, M. J. (2006). Religion, spirituality, and de pressive symptoms in patients with HIV/AIDS. . *Gen Intern Med* , 21: s21-s27.
- Yun, L. (2005). The MAGIC Behind HIV Care. *Jacq Imm. Def Syndr*, 38, 432-438.

ANEXOS

13.1 Cronograma de actividades de la investigación

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																											
Actividades	2015					2016										2017											
	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.		
Referencias bibliográficas																											
Protocolo de investigación																											
Elaboración instrumentos (digital)																											
Preevaluación																											
Selección de la muestra																											
Visita a CAPASITS																											
Validación de instrumentos por directora de tesis																											
Piloteo de la aplicación de instrumentos																											
Aplicación del instrumento digital																											
Análisis descriptivo de la investigación																											
Análisis de resultados psicológicos y biológicos.																											
Escritura y revisión de tesis																											
Presentación y defensa de tesis																											
Titulación																											

13.2 Oficio de autorización para realizar investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Psicología
Department of Psychology

Pachuca de Soto, Hidalgo a 30 de septiembre del 2018.

Dra. Elizabeth Zaragoza Zapata
Directora del CAPASITS

Le extiendo un saludo en ocasión de solicitar su apoyo y autorización para que el **MC. Arturo Salazar Campos** inscrito en la **MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ENFASIS EN SALUD PUBLICA E INVESTIGACION CLINICA**, del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, y quien actualmente cursa el tercer Semestre del posgrado, pueda acceder a la recolección de datos en su institución para el desarrollo del proyecto de investigación **"Prevalencia de Ansiedad-Depresión en pacientes del CAPASITS Hidalgo con VIH/SIDA y su relación con CD4"**, mismo que servirá para la presentación de su Tesis de grado.

Dado que CAPASITS es un centro de Atención integral para la población se espera que esta actividad pueda contribuir e impactar de forma positiva en su institución con la finalidad contar con información relevante para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los usuarios del CAPASITS.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle nuestra más alta consideración y estima, agradeciendo de antemano su apoyo.

Atentamente

DRA. ANDROMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ
PROFESORA INVESTIGADORA DE T. C



Sistema de Información y Estadística
Sistema de Estudios Avanzados
Consejo de Facultad, Hidalgo, México, C.T. de la U.
Teléfono: 52 52 2 28 24 21 22 y 24 21 23
einfo@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

13.4 *Consentimiento informado por escrito*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos es grato informarle que LA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA DE LA UAEH. Y el área de investigación de psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando la siguiente investigación:

Prevalencia de Ansiedad-Depresión en pacientes del CAPASITS Hidalgo con VIH/SIDA, su relación con CD4 y calidad de vida

Por tal motivo solicitamos su consentimiento para participar en este proyecto considerando que se apega en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de la participación de los pacientes.

Los responsables de esta actividad son la Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz profesora Investigadora de ICSa.

Sin más por el momento me despido de usted, agradeciendo de antemano su atención y apoyo.

He leído y comprendo las características de la investigación que realiza la maestría en salud pública de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cuál estoy invitado/a participar.

ACEPTO participar en este proyecto:

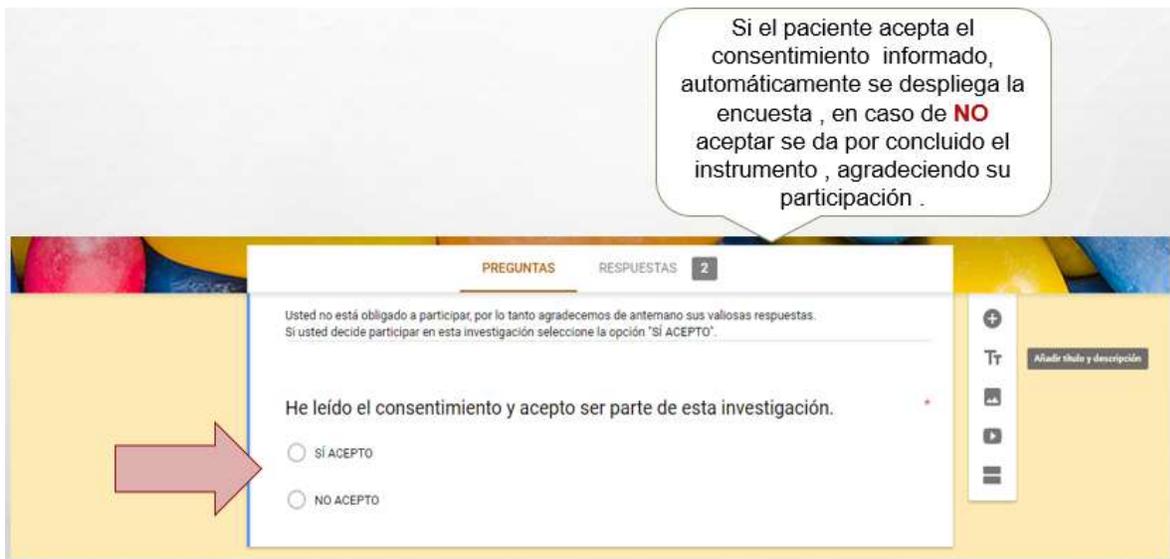
Nombre y firma del/la participante

13.5 Consentimiento informado digital a través de la aplicación google drive

EJEMPLO: (CAPTURAS DE PANTALLA)



EL PACIENTE DECIDE SI ACEPTA O NO PARA CONTESTAR EL INSTRUMENTO



13.6 Inventario de Depresión de Beck

EJEMPLO:

Para la realización de esta investigación se utilizó el Inventario de depresión de Beck, el cual se retomó de la Traducción y adaptación: Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela (1998).

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

En este cuestionario se encuentran grupos enumerados de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el cuadrado que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1

- Yo no me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo

2

- En general no me siento descorazonado por el futuro
- Me siento descorazonado por mi futuro
- Siento que no tengo nada que esperar del futuro

Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

13.7 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

EJEMPLO

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.8 Instrumento WHO-QOL-BREVE, versión español

EJEMPLO

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor **seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

	PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5

7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

13.9 Ejemplos de algunos reactivos de instrumentos digitales y los escritos

<p>1</p> <p><input type="checkbox"/> Yo no me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p>2</p> <p><input type="checkbox"/> En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar</p>
---	---

Inventario de depresión de Beck

En este cuestionario se encuentran grupos enumerados de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escriba una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Seleccione el círculo que se encuentra al lado de la oración que usted eligió. Marque de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1*

Yo no me siento triste

Me siento triste

Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo

Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2*

En general no me siento descorazonado por el futuro

Me siento descorazonado por mi futuro

Siento que no tengo nada que esperar del futuro

Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3*

Yo no me siento como un fracasado

Siento que he fracasado más que las personas en general

Al pensar lo que he vivido, todo lo que me son muchas fracasos

Siento que soy un completo fracasado como persona

4*

Obtengo tanta satisfacción de las cosas como ella/él/usted

Yo me defallo de las cosas de la manera como ella/él/usted

Yo no obtengo verdadera satisfacción de nada

Estoy insatisfecha o insatisfecho con todo

INVENTARIO DE ANSIEDAD (adaptado de Beck)-

• Nombre: _____

• Edad: _____

• Fecha: _____

Indique el grado de malestar que le ha provocado cada síntoma de los expuestos a continuación durante los últimos diez días, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente. Aplicando un (0) a ninguna tensión y un (10) a la máxima tensión.

1. Debilidad (sobre todo en las piernas)
2. Incapacidad para relajarme
3. Temores a que suceda una catástrofe
4. Mareos / Vértigos.
5. Aceleración del latido cardíaco
6. Sensación de estar aterrorizado
7. Nerviosismo
8. Desasosiego

Inventario de ansiedad de Beck

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando el círculo según la intensidad de la molestia.

1. Entumecimiento, hormigueo*

Poco nada

Más o menos

Moderadamente

Severamente

2. Sentir oleadas de calor (sudores)*

Poco nada

Más o menos

Moderadamente

Severamente

3. Debilidad de piernas*

Poco nada

Más o menos

Moderadamente

Severamente

4. Miedo a que pase lo peor*

Poco nada

Más o menos

Moderadamente

Severamente

EJEMPLO DE INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

PREGUNTA	Mejor posible	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Mejor buena
1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Mayor satisfacción	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Mayor satisfacción
2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto distrae usted la vida?	1	2	3	4	5

Instrumento WHO-QOL-Breve

Este cuestionario le pregunta cómo se siente acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione la que le parezca la más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta. Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, planes, y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas semanas.

1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?*

1. Muy pobre

2. Pobre

3. Ni pobre ni buena

4. Buena

5. Muy buena

2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?*

1. Muy insatisfecho

2. Insatisfecho

3. Ni satisfecho ni insatisfecho

4. Satisfecho

5. Muy satisfecho

3. ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita?*

1. Nada en lo absoluto

2. Un poco

3. Moderadamente

4. Bastante

5. Completamente