



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES  
CON VIH/SIDA, ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL  
VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2017-2018”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO

**AUTORES:**

ALEXANDRA MARIA KOSLOWSKI

**PASAPORTE:** C4F1FKV8Z

VERÓNICA CRISTINA LAZO JARA

**CI:** 0104433958

**DIRECTOR:**

DR. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA

**CI:** 0103260675.

CUENCA – ECUADOR

2018



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA en la consulta externa de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.

**METODOLOGÍA:** Estudio analítico observacional de prevalencia de corte transversal, llevado a cabo en 246 pacientes en consulta externa de Infectología con diagnóstico de VIH/SIDA. Se aplicó un formulario con variables demográficas y factores asociados y el Inventario de Depresión de Beck. Los datos obtenidos se analizaron y presentaron con el programa Microsoft Excel 2010, Epi Data 3.1. y SPSS 18.0. Para el análisis de los datos se manejó porcentajes, frecuencias simples y promedios. Para determinar la asociación estadística de variables se utilizó Chi<sup>2</sup> con un IC de 95%, RP y valor de  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:** Las características más relevantes de la población investigada fueron: media de edad de 35 años, 72,4% de sexo masculino, 58,5% de personas solteras, 46,3% de instrucción secundaria, 60,6% de pacientes entre 1 y 5 años viviendo con la enfermedad. La prevalencia de depresión fue del 42,3%. Se encontraron los siguientes factores de riesgo: ser adulto joven (18 – 39 años) ( $p=0,026$ ), sexo femenino ( $p=0,000$ ) y un tiempo transcurrido desde el diagnóstico de 5 años o menos ( $p=0,011$ ). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión y nivel de instrucción ni estado civil.

**CONCLUSIONES:** Se demostró que un alto porcentaje de pacientes con VIH/SIDA presentan depresión, siendo más frecuente en adultos jóvenes, mujeres y con un menor tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

**PALABRAS CLAVES:** DEPRESION, VIH, SIDA, FACTORES DE RIESGO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.



## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of depression and associated factors in patients with HIV / AIDS in the Infectology outpatient service of the Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.

**METHODOLOGY:** Observational, analytical, cross section prevalence study, carried out in 246 patients in the Infectology outpatient service with diagnosis of HIV / AIDS. A survey with demographic variables and associated factors, as well as the Beck Depression Inventory were applied. The obtained data was analyzed and presented with the programs Microsoft Excel 2010, Epi Data 3.1. and SPSS 18.0. For the analysis of the data, percentages, simple frequencies and averages were used. Chi<sup>2</sup> was used to determine the statistical association of variables with an IC of 95%, PR and p value<0.05.

**RESULTS:** The most relevant characteristics of the investigated population were: mean age of 35 years, 72.4% of males, 58.5% of single people, 46.3% of secondary education, 60.6% of patients who live between 1 and 5 years with the disease. The prevalence of depression was 42.3%. The following risk factors were found: being a young adult (18-39 years) (p = 0.026), female sex (p = 0.000) and 5 years or less elapsed since the diagnosis (p = 0.011). No statistically significant relationship was found between depression and level of education or marital status.

**CONCLUSIONS:** It was shown that a high percentage of patients with HIV / AIDS suffer from depression, being more frequent in young adults, women and with a shorter time since diagnosis.

**KEYWORDS:** DEPRESSION, HIV, AIDS, RISK FACTORS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.



## INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
INDICE .....	4
DEDICATORIA.....	11
DEDICATORIA.....	12
CAPÍTULO I.....	13
1.1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPITULO II .....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1 GENERALIDADES .....	17
2.2 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS VIH + .....	19
2.3 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN VIH/SIDA .....	20
2.4 RELACIÓN ENTRE INFECCIÓN POR VIH Y DEPRESIÓN .....	21
2.5 DEPRESIÓN COMO EFECTO ADVERSO DE LA TERPIA ANTIRRETROVIRAL .....	24
2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CUADRO DEPRESIVO EN PACIENTES VIH + .....	25
2.7 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESION EN LOS PACIENTES VIH+ .....	25
2.8 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	26
CAPITULO III .....	27
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	27
3.1 Objetivo General .....	27
3.2 Objetivos Específicos .....	27
3.3. Hipótesis .....	27
CAPITULO IV.....	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	28
4.1. TIPO DE ESTUDIO .....	28
4.2. ÁREA DE ESTUDIO .....	28



4.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	28
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
4.5. VARIABLES.....	29
4.5.1.JERAQUIZACION DE VARIABLES .....	29
4.5.2.OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	29
4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	29
4.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFOMACION.....	30
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	31
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	31
CAPÍTULO V .....	32
5. RESULTADOS.....	32
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	32
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	32
5.3 Contrastación de la hipótesis.....	37
CAPÍTULO VI.....	38
6. DISCUSIÓN.....	38
CAPÍTULO VII.....	41
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
7.1 CONCLUSIONES .....	41
7.2 RECOMENDACIONES .....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS .....	48
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	48
ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	51
ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	57



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Verónica Cristina Lazo Jara, en calidad de autora y titular de los derechos orales y patrimoniales del proyecto de investigación "Prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA, atendidos en la consulta externa del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017-2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de Agosto del 2018

Verónica Cristina Lazo Jara

CI: 0104433958



## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Alexandra Maria Koslowski, en calidad de autora y titular de los derechos orales y patrimoniales del proyecto de investigación “Prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA, atendidos en la consulta externa del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017-2018”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de Agosto del 2018

Alexandra Maria Koslowski

Pasaporte: C4F1FKV8Z



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Verónica Cristina Lazo Jara, autora del proyecto de investigación titulada “Prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA, atendidos en la consulta externa del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017-2018”, certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Agosto del 2018

Verónica Cristina Lazo Jara

CI: 0104433958



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Alexandra Maria Koslowski, autora del proyecto de investigación titulada “Prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA, atendidos en la consulta externa del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017-2018”, certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Agosto del 2018

Alexandra Maria Koslowski

Pasaporte: C4F1FKV8Z



## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos al Dr. Ismael Morocho, Director y Asesor de la tesis por su impecable dirección y asesoría, brindándonos su conocimiento, paciencia, apoyo y motivación en todo momento haciendo posible que este proyecto se culmine con éxito.

Al Dr. Javier Ochoa cuya orientación y guía fueron fundamentales para llevar a cabo esta investigación.

Al Hospital Vicente Corral Moscoso, Universidad de Cuenca y todos los participantes por su colaboración y voluntad de contribuir al desarrollo de este trabajo.

LAS AUTORAS



## **DEDICATORIA**

A mis Padres, Patricio y Marcia, las personas más fuertes que conozco, por ser mis modelos a seguir y estar conmigo en todo momento.

A mis hermanos Andrés, Daniela y Patricio por sus consejos e impulsarme cada día a ser mejor persona.

Verónica Lazo



## DEDICATORIA

A Gabriele Koslowski, Nikolaus Koslowski y Rafał Kukawski. Estén cerca o lejos, ustedes forman una parte muy importante de mi vida. Son mi familia y mis verdaderos amigos.

A mis padres, Ewa Koslowski y Janusz Koslowski. Gracias por todo lo que han hecho por mí.

A Daniel Astudillo, por tu amor y apoyo incondicional.

Alexandra Koslowski



## CAPÍTULO I

### 1.1. INTRODUCCIÓN

Este estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, trata sobre depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA y pretende describir esta problemática en dicho hospital, haciendo énfasis en la prevalencia y los factores de riesgo que presentan este grupo de pacientes para desarrollar este problema psiquiátrico.

La situación actual del VIH/SIDA a nivel mundial sigue siendo muy problemática; en parte por el incremento del número de personas con VIH/SIDA y por el gran estigma que se tiene sobre estos pacientes, han pasado 24 años desde que en Abril de 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró la VIH/SIDA como una Emergencia Global; sin embargo, según su último informe, para el final de 2012 cerca de 40 millones de personas están infectadas con VIH con 2.5 millones de nuevas infecciones por año y 1.3 millones de muertes por año como promedio mundial (1).

La depresión se ha convertido en el trastorno mental más frecuente entre este grupo de pacientes; la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que la depresión en pacientes viviendo con VIH/SIDA está incrementándose considerablemente llegando a cifras como 60 % y pronostica que para el año 2020 será la segunda mayor causa de incapacidad global (2)

En la actualidad nuestro país a pesar de que se han notificado 29000 casos de VIH confirmados y 8 338 personas VIH fase SIDA, no cuenta con reportes estadísticos sobre depresión en estas personas, lo que supone un obstáculo para el sistema de salud que debe ser superado. En este contexto, es interés de las autoras, el estudio del trastorno de depresión y sus factores relacionados en los pacientes viviendo con VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca.



## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la ONUSIDA, alrededor de 36,7 millones de personas vivían con el VIH en 2016 en todo el mundo. (3) En la infección por el VIH, los trastornos del estado de ánimo, particularmente la depresión, son la complicación psiquiátrica más común. Las investigaciones a nivel internacional constantemente han mostrado altas tasas de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, particularmente del trastorno depresivo mayor, en la población VIH +. De esta manera, mientras aproximadamente el 5% a 10% de la población general sufre depresión, el índice de depresión en las personas con el VIH varía según diferentes investigaciones desde el 18% (23) hasta el 65% (5),

En un estudio en Estados Unidos demostró que más de la mitad de una muestra de 2 864 pacientes infectados con VIH tenían un desorden psiquiátrico; de éstos, más de 60% presentaron un trastorno depresivo. (6) En Canadá, Choi y colaboradores reportaron una prevalencia de depresión en pacientes con VIH de 28%. (7), en países latinoamericanos también se han encontrado diversos resultados; Narváez Betancur y colaboradores, en Brasil, encontraron que el 59.5% de los pacientes con VIH presentaban síntomas de depresión. (8); se encontró un índice de depresión del 30% en Colombia (9), de 33% en Cuba (10); estudio realizado en Chile encontró una prevalencia del 28% de depresión moderada o severa en pacientes VIH + (11). A nivel del Ecuador lastimosamente no existen investigaciones publicadas al respecto.

En cuanto a los factores asociados, varios autores han tratado de determinar las características predisponentes que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar depresión, con el fin de emplear medidas de prevención, entre los principales se encuentran: la edad; Kanmogne et al, en un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de 270 pacientes viviendo con VIH encontró que había una alta tasa de depresión en los pacientes menores de 40 años (38.46%) comparado con los mayores (17%). (12); el sexo; un estudio mexicano concluye



que las mujeres tienen 3.5 veces más probabilidades de presentar síntomas de depresión que el sexo masculino (13); otros factores encontrados como influyentes son el estado civil y el nivel de instrucción. Reis El all. en su estudio demuestra que los síntomas de depresión son más prevalentes entre divorciados o separados, que en los solteros o los casados y también los pacientes con un nivel de instrucción bajo presentan 1.8 veces mayor riesgo de desarrollar depresión (14).

La depresión influye negativamente en la vida de los pacientes infectados con VIH-SIDA que de por sí ya presenta una homeostasis alterada, y los trastornos de ánimo predisponen al sufrimiento provocando una mala evolución de la enfermedad, aumentando así su mortalidad, su falta de adhesión al tratamiento, los costos sanitarios por hospitalizaciones prolongadas, la interacción de las medicaciones prescritas para los dos trastornos, las influencias bioquímicas de los estados de ánimo sobre el sistema inmune y la incapacidad laboral (15).

En un estudio reciente que analizó 5927 pacientes VIH + en EE.UU. se demostró que la cantidad de tiempo que estos pacientes sufren de depresión tiene una relación directa con su probabilidad de no asistir a citas médicas, de presentar una carga viral detectable y con su tasa de mortalidad. El riesgo de muerte para los pacientes que estuvieron deprimidos durante todo el periodo de estudio fue dos veces más alto que para los pacientes sin depresión. (16)

Con lo anterior se concluye que la frecuencia de depresión es alta en pacientes viviendo con VIH/SIDA, y se encuentra asociado con un aumento de la morbi-mortalidad, así en el caso de la depresión va de la mano con pobre adherencia al tratamiento, falta de controles médicos entre otros (17), sumado a ello la escasa bibliografía local nos lleva a plantear la siguiente pregunta. ¿Cuál es la prevalencia de depresión en personas con VIH/SIDA?, y ¿cuáles son los factores asociados a la depresión?



### 1.3. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación se realizó con la finalidad de suplir la falta de datos estadísticos sobre Depresión en el Hospital Vicente Corral Moscoso, haciendo énfasis en su frecuencia de aparición y factores asociados, lo mismo que permitió reflejar la importancia y problemática que esta patología representa para los usuarios diagnosticados de VIH/SIDA del Hospital Vicente Corral Moscoso, considerando que este es un centro de salud de referencia a nivel regional.

El tema elegido se encuentra dentro de las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, línea 2 VIH/TUBERCULOSIS, Sublínea 2 Políticas de protección a pacientes con VIH/SIDA.(16)

Los resultados serán recopilados en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca. Publicarán en la revista FCM de la Universidad para acceso al público en general y así dar alerta sobre la gravedad de este problema que atraviesan estos pacientes y si poder brindarles un mejor trato y una mejor atención.

Además, esta investigación beneficiará el conocimiento epidemiológico de la comunidad médica; igualmente, a través de la medición de la magnitud y las características epidemiológicas de esta problemática, se podrán utilizar los datos como base de futuras investigaciones en este campo de la Salud.



## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 GENERALIDADES

**VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana. Es un virus ARN, perteneciente a la familia Retroviridae, subfamilia Lentiviridae. Infecta las principalmente a las células T CD4+, provocando un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en inmunodeficiencia. Sus vías de transmisión son la sexual (la más frecuente), la parenteral (por uso de sangre y hemoderivados contaminados o drogadicción) y la vertical o de madre a feto (por vía transplacentaria, durante el trabajo de parto o por lactancia materna). (17)

Datos actuales indican que existen aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y cada año se producen alrededor de 1,8 millones de nuevas infecciones. (18)

**SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Constituye una definición de vigilancia basada en enfermedades oportunistas asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH. En ausencia de tratamiento, el VIH tardamente de 8 a 10 años en progresar a SIDA. Entre las afecciones características del SIDA están la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la tuberculosis, la toxoplasmosis, el sarcoma de Kaposi, la gastroenteritis, la hepatitis vírica, la candidiasis, la retinitis por citomegalovirus, diversas enfermedades y complicaciones bucales, cambios en la masa ósea y mayor riesgo de desarrollar osteopatías y cáncer de cuello uterino. (19)

Las etapas de la infección por el VIH, establecidos por los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de los Estados Unidos, son las siguientes:



Categorías inmunológicas	Categorías clínicas		
<b>Linfocitos CD4</b>	<b>A</b> Primoinfección clínica (síndrome retroviral agudo), fase asintomática, linfadenopatía generalizada persistente	<b>B</b> Patologías no incluidas en las categorías A y C (pueden manifestarse cuando todavía el deterioro inmunológico no es muy grave)	<b>C</b> Enfermedades oportunistas típicas de las fases más avanzadas
<b>1</b> ≥500/mm <sup>3</sup> o ≥29%	A1	B1	C1
<b>2</b> 200-499/mm <sup>3</sup> o 14-28%	A2	B2	C2
<b>3</b> <200/mm <sup>3</sup> o <14%	A3	B3	C3

Tabla 1: Categorías de la infección por VIH de los CDC (20)

**Depresión:** La palabra depresión proviene del latín “depressio”, que significa “opresión”, “encogimiento” o “abatimiento”. Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a tener una presentación crónica o recurrente y puede dificultar en gran medida el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Cuando es leve, puede no requerir medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave puede necesitar de fármaco- y psicoterapia. (21)

Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor según la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), que corresponde a uno de los más utilizados actualmente a nivel mundial, son los siguientes:



- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante período de 2 semanas. Por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día.
  2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
  3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
  4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
  9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

*Tabla 2: Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-5 (resumidos). (22)*

## 2.2 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS VIH +

Según la OMS, la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Este trastorno es la primera causa de consulta mental en América Latina. (21) En la infección por el VIH, los trastornos del estado de ánimo, particularmente la depresión, son la complicación psiquiátrica más común. Las investigaciones a nivel internacional constantemente han mostrado altas tasas de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, particularmente del trastorno depresivo mayor, en la población VIH +. De esta manera, mientras aproximadamente el 5% a 10% de la población general sufre depresión, el índice de depresión en las personas con el VIH varía según diferentes investigaciones desde el 18%(23) hasta el 65% (24), lo cual depende de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la definición



de caso. A nivel de América Latina, se encontró un índice de depresión en pacientes VIH + de 30% en Colombia (9), de 33% en Cuba (10) y de 42% en Brasil (14). Un estudio realizado en Chile encontró una prevalencia del 28% de depresión moderada o severa en pacientes VIH + (11). A nivel del Ecuador no existen investigaciones publicadas al respecto.

Aunque algunos estudios sugieren que la depresión no es más común entre las personas VIH + que en aquellas en riesgo de infección por el VIH, un gran metanálisis de 10 estudios encontró que las personas VIH + tenían el doble de riesgo de depresión que aquellas que estaban en riesgo de VIH. (17)

Un estudio estimó que la prevalencia durante toda la vida de los trastornos depresivos en individuos con VIH + puede alcanzar hasta 22%, en comparación con las estimaciones de por vida del 5% al 17% y los diagnósticos actuales de depresión mayor de sólo 3% a 10% en la población general. (25)

### 2.3 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN VIH/SIDA

Existen ciertas características de los pacientes viviendo con VIH/SIDA que se han considerado como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos psicopatológicos.

Factores Sociodemográficos:

#### *a) Edad*

La combinación de envejecimiento e infección con VIH incrementa el riesgo de síntomas depresivos. Kanmogne et al, en un estudio de 270 pacientes viviendo con VIH de los cuales el 25% tenían más de 40 años, encontró que había una alta tasa de depresión en los pacientes mayores (38.46%) comparado con los menores (17%). (12) Nyirenda estudio 422 hombres y mujeres con una edad superior a 50 años y se encontró una prevalencia del 42.4%. (26)

#### *b) Sexo*

La mayoría de los estudios se han enfocado en varones, aunque se ha estimado que las mujeres hoy en día representan el 50% de caso positivos nuevos (27). Un



estudio mexicano comparó la presencia de síntomas depresivos entre sexos reportando diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres dando como resultado que las mujeres presentaron una mayor prevalencia de depresión (45%) en comparación que los varones (18.6%) y concluye que las mujeres tienen 3.5 veces más probabilidades de presentar síntomas de depresión que el sexo masculino (13)

#### *c) Estado Civil*

Ciertos estudios realizados en la población general demuestran que los síntomas de depresión son más frecuentes en comunes entre divorciados o separados, que en los solteros o los casados. Este fenómeno explica lo importante de las relaciones interpersonales (26)

#### *d) Nivel de instrucción y Ocupación*

En un estudio brasileño Reis El all. se encontró que las personas diagnosticadas con VIH-SIDA en desempleo y con un nivel de instrucción bajo presentan 1.8 veces mayor riesgo de desarrollar depresión (14)

#### *e) Historial de depresión pre-infección*

Pocos estudios se han realizado sobre la prevalencia de la depresión antes y después de la aparición de la infección. Robertson et al. Estudiaron las tasas de prevalencia de DM en la vida de 28 HIVpp. Casi el 79% (n = 22) informó el MD de por vida y, de estos 22, sólo un inicio experimentado antes de aprender de su estado de VIH. (27)

## **2.4 RELACIÓN ENTRE INFECCIÓN POR VIH Y DEPRESIÓN**

Varias evidencias científicas han sostenido una asociación bidireccional entre la infección por VIH y la depresión, destacando la alta complejidad de la relación causal entre los dos trastornos. Parece evidente que los mecanismos subyacentes incluyen tanto factores biológicos como psicológicos y sociales, los cuales probablemente interactúan en conjunto. (17)



*a) Modelo biológico*

Existe evidencia extensa que la depresión en pacientes infectados por VIH podría estar asociada a cambios neurobiológicos causados por la presencia viral persistente en el sistema nervioso central (SNC). A pesar de esto, todavía no se ha demostrado concluyentemente una infección temprana con VIH dentro de las células nerviosas. Sin embargo, algunos grupos de investigadores han propuesto que el virus podría penetrar el SNC poco después de la infección sistémica inicial, aprovechando la migración de células mononucleares infectadas de la sangre periférica a través de la barrera hematoencefálica, infectando a astrocitos, oligodendrocitos y células progenitoras neuronales (hipótesis del “caballo de Troya”). En una revisión sistemática, Del Guerra et al. han contribuido a una comprensión integral de los mecanismos neuroendocrinos, inmunoinflamatorios y monoaminérgicos que predisponen a pacientes VIH-positivos a desarrollar depresión. (28)

Estos mecanismos interrelacionados, causados directamente por la acción viral e indirectamente por el estrés psicológico relacionado con el impacto psicosocial negativo del diagnóstico de VIH pueden inducir la actividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y del sistema nervioso autónomo simpático, lo cual activa células inmunitarias tanto en la periferia como en el SNC. (29)

Se ha encontrado una relación entre las concentraciones de PCR y el puntaje en el cuestionario de depresión de Beck. (30)

La activación prolongada de células inmunitarias infectadas destaca como causa principal de la liberación de proteínas tóxicas virales y de la liberación aumentada de citoquinas inflamatorias, especialmente el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), el interferón gamma (INF- $\gamma$ ), la interleuquina-1 (IL-1) y la IL-6. (31)



Esto a su vez puede inducir en pacientes VIH + un estado caracterizado por debilidad, disminución de apetito, letargo, retardo psicomotor, anhedonia, así como alteración en el estado de ánimo y la cognición. (32)

Estudios de neuroimagen conducidos en sujetos deprimidos en el contexto de la elevación de citoquinas han demostrado patrones alterados de la activación de ganglios basales, lo cual apoya a la hipótesis de que las citoquinas interfieren con la función de los ganglios basales, contribuyendo al desarrollo de un trastorno depresivo.(17)

Otros estudios han sugerido la hipótesis que las citoquinas proinflamatorias podrían activar a una enzima degradadora de triptófano y de esta manera reducir la biodisponibilidad del triptófano, afectando a la neurotransmisión serotoninérgica en el cerebro y llevando a síntomas depresivos. (33)

Estos datos son compatibles con los resultados de un estudio realizado en España en pacientes con diagnóstico reciente de VIH, donde se encontró una prevalencia significativamente menor en sujetos con terapia antiretroviral en comparación con pacientes sin tratamiento previo. El efecto protector de los antiretrovirales contra la depresión podría ser explicado por la capacidad de la terapia de desactivar el sistema inmune en pacientes VIH +, disminuyendo la activación de células inmunitarias y los niveles de citoquinas. (34)

#### *b) Modelo psicosocial*

El modelo psicosocial predominante ha atribuido la alta ocurrencia de depresión en pacientes VIH + a la carga psicosocial que conlleva el presentar una enfermedad incapacitante crónica y potencialmente mortal. (35)

Entre los problemas psicosociales más comunes relacionados con la infección por VIH se encuentran las afecciones médicas que pueden llegar a una discapacidad funcional impactando a la vida diaria y las relaciones interpersonales, la conciencia de tener una enfermedad que puede ser controlada pero no curada, el estigma



existente relacionado con las enfermedades de transmisión sexual, las conductas de riesgo y el estilo de vida relacionado, la necesidad de una adherencia estricta a una terapia antirretroviral, así como la aparición de comorbilidades y complicaciones. (17)

Varios estudios se han enfocado en factores psicosociales que juegan un rol importante en el desarrollo de depresión en pacientes VIH +. Se ha demostrado que estos pacientes pueden sufrir de aislamiento, falta de soporte familiar y social, discriminación, violencia, desesperación y abuso de drogas. Todos estos factores pueden contribuir a un episodio de depresión. El estigma, los prejuicios sociales y la homofobia siguen siendo áreas de mayor preocupación. Se ha encontrado una relación constante entre un estigma alto y la depresión, además el mismo lleva a falta de soporte social, aislamiento e impedimento para el acceso a los servicios de salud. (6)(36)

### 2.5 DEPRESIÓN COMO EFECTO ADVERSO DE LA TERPIA ANTIRRETROVIRAL

Varios medicamentos usados en el tratamiento del VIH pueden tener reacciones adversas que incluyen a la depresión y otros síntomas psiquiátricos, como se menciona en la siguiente tabla (35):

ANTIRRETROVIRALES	POSIBLES EFECTOS ADVERSOS
Efavirenz	Disminución de la concentración, depresión, nerviosismo, alteraciones del sueño
Stadovudina	Depresión o manía, astenia
Zidovudina	Manía o depresión
Interferón	Síndrome de fatiga crónica, depresión
Zalcitabina	Depresión, deterioro cognitivo
Vinblastina	Depresión, deterioro cognitivo

*Tabla 3: Antirretrovirales y sus posibles reacciones adversas (síntomas psiquiátricos).*



La depresión relacionada con antirretrovirales es reportada más frecuentemente con el uso de efavirenz, un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos (ITINN). (37)(38)

Los síntomas neuropsiquiátricos usualmente empiezan dentro de horas hasta meses luego del inicio de la terapia antirretroviral. Estos síntomas pueden desaparecer después de algunas semanas de tratamiento; sin embargo, también pueden presentarse como un efecto adverso persistente. (39)

## **2.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CUADRO DEPRESIVO EN PACIENTES VIH +**

Los episodios depresivos en pacientes VIH + generalmente comparten las mismas características clínicas que en pacientes seronegativos. Se observa como manifestaciones clínicas desánimo, anhedonia, posibles cambios conductuales tales como aislamiento e irritabilidad. De igual manera, los pacientes están expuestos a sufrir los cambios neurovegetativos propios del trastorno depresivo, como insomnio, inapetencia, polifagia y cambios en el peso corporal. (17)

También pueden presentar alteraciones neuro-cognitivas propias de los cuadros depresivos, tales como dificultad de concentración, falla en la memoria y enlentecimiento psicomotor. Aparentemente, la principal diferencia es la mayor frecuencia e intensidad de los síntomas entre los pacientes seropositivos para VIH, especialmente entre las de sexo femenino. (13)

## **2.7 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESION EN LOS PACIENTES VIH+**

La depresión complica el manejo del VIH: Se la ha asociado a una baja adherencia al tratamiento con antirretrovirales, una baja asistencia a citas de atención médica para el VIH (40), fracaso en el tratamiento, una progresión clínica acelerada y tasas de mortalidad más altas.(41)(42)(43)



En un estudio reciente que analizó 5927 pacientes VIH + en EE.UU. se demostró que la cantidad de tiempo que estos pacientes sufren de depresión tiene una relación directa con su probabilidad de no asistir a citas médicas, de presentar una carga viral detectable y con su tasa de mortalidad. El riesgo de muerte para los pacientes que estuvieron deprimidos durante todo el periodo de estudio fue dos veces más alto que para los pacientes sin depresión. Sin embargo, incluso aumentos moderados en el tiempo con depresión en pacientes VIH + condujeron a aumentos clínicamente significativos en los resultados negativos, lo cual demuestra que la detección de episodios depresivos en pacientes VIH + es de gran importancia para disminuir el tiempo y prevenir la recurrencia de episodios depresivos, así como para disminuir los resultados negativos. (16)

## 2.8 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck fue desarrollado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, publicado por primera vez en el año 1961. Es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). (44)

Interpretándose los resultados como: una puntuación de 0 a 9 equivale a No depresión, de 10 a 18 a depresión leve, de 19 a 29 a depresión moderada y valores superiores a 30 a depresión grave.



## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

#### 3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA en la consulta externa de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca en el periodo desde diciembre de 2017 hasta completar la muestra.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1. Conocer las características socio-demográficas de los pacientes viviendo con VIH/SIDA.
- 3.2.2. Determinar los niveles de depresión según las características socio-demográficas de los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral contra VIH/SIDA.
- 3.2.3. Determinar los factores asociados a depresión en pacientes con VIH/SIDA.
- 3.2.4. Establecer la relación entre la depresión y los factores asociados.

#### 3.3. Hipótesis

La prevalencia de trastornos de depresión en pacientes viviendo con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” es mayor a 18,6% (23) y presenta una asociación con principales factores como son edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tiempo transcurrido desde el diagnóstico. etc.



## CAPITULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo analítico, observacional de prevalencia, de corte transversal.

#### 4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el área de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso ubicado en Los Arupos y Av. 12 de Abril, Cuenca, Ecuador.

#### 4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

**Universo:** La población objeto de estudio la constituyen pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA mayores a 18 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

**Muestra:** Utilizando el programa estadístico EpiDat versión 4, considerando un universo infinito; con una frecuencia esperada del 18,6% (23), un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de error de 5 %; da un resultado de 234 pacientes viviendo con VIH/SIDA, a los cuales se les adicionó 5% de posibles pérdidas, es decir 12 encuestados más, teniendo como resultado una muestra total de 246 pacientes (la cual se obtuvo en el período diciembre 2017 – marzo 2018).

#### 4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión:

- Los pacientes diagnosticados de VIH/SIDA atendidos en consulta externa en el Hospital Vicente Corral Moscoso, por lo menos 6 meses antes
- Pacientes mayores a 18 años de edad
- Pacientes que reciben cualquier tipo de tratamiento médico
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado´



Criterios de exclusión:

- Pacientes que al momento de la realización del test se encuentren en condiciones físicas o mentales que imposibiliten su participación
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado y desearon retirarse del estudio en cualquier momento

## 4.5. VARIABLES

### 4.5.1. JERARQUIZACIÓN DE VARIABLES

**Variable dependiente:** Depresión en VIH/SIDA

**Variables independientes:** Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Instrucción, Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

### 4.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Ver anexo N° 3.

## 4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

**MÉTODOS:**

El presente estudio es de tipo transversal, analítico y observacional.

**TÉCNICAS:**

Aplicación de una encuesta, previo consentimiento informado, por las investigadoras.

**INSTRUMENTOS:**

Encuesta conformada por dos partes: la primera fue un formulario con variables demográficas y algunos factores asociados (edad, sexo, estado civil, ocupación, instrucción, tiempo transcurrido desde el diagnóstico) y la segunda el Inventario de Depresión de Beck, el cual se emplea para identificar y evaluar síntomas depresivos; se ha reportado como altamente efectivo independientemente de la



población. Tiene un alto coeficiente alfa (0,80), su validez de constructo ha sido establecida y es capaz de diferenciar pacientes deprimidos de los no deprimidos. En un estudio reciente, se ha demostrado una sensibilidad del 87,5% y una especificidad del 98,21%. (44)

#### 4.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFOMACION

##### AUTORIZACIÓN:

El protocolo de investigación fue aprobado por la Comisión de Proyectos de Investigación, Comité de Bioética y del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Se presentaron oficios a las autoridades correspondientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, para dar a conocer nuestro trabajo de investigación y solicitar la respectiva autorización para la adquisición de los datos.

##### CAPACITACIÓN:

Previo a la recolección de la información se realizó la capacitación necesaria, mediante revisión bibliográfica y consulta a expertos para un manejo adecuado a este grupo de pacientes.

##### PERIODO DE TOMA DE LOS DATOS:

Los datos se recolectaron durante los meses de diciembre 2017 a marzo 2018.

##### SUPERVISIÓN:

Dr. Ismael Morocho, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, en calidad de Director y Asesor aportó con sus conocimientos en el presente trabajo de investigación.



#### 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Luego de la recolección de los datos los mismos se procesaron utilizando los programas Microsoft Excel 2010, Epi Data 3.1. y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0.

Para el análisis de los datos se manejó porcentajes, frecuencias simples y promedios. Para determinar la asociación estadística de variables se utilizó  $\chi^2$  con un IC de 95%, todas las variables fueron transformadas a cualitativas a través de la dicotomización, para obtener la RP y valor de p (un valor  $< 0.05$  indica una diferencia estadísticamente significativa).

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

En este tipo de investigación se respeta la confidencialidad y el anonimato de los pacientes. La información de los pacientes se manejó con extremo cuidado y absoluta discreción, teniendo acceso a la misma únicamente las investigadoras y el director del proyecto.

Se realizó firma de consentimiento informado (Anexo N° 1) previo a la recolección de datos como la precedente información del proyecto, sus objetivos, quien estuvo a cargo y quien dirigió, sus beneficios y la descripción de su realización.

Ningún participante en este estudio recibió ningún tipo de remuneración por participar, ni estuvo expuesto a riesgo alguno para su integridad humana.



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El estudio se cumplió sin contratiempos, se recolectó la información de 246 pacientes VIH + en consulta externa del HVCM.

#### 5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 4: Distribución de 246 pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HVCM según características demográficas. Cuenca, 2018.

Variable		Frecuencia n= 246	Porcentaje
Grupo de edad*	20 - 39 años: Adulto joven	173	70,3
	40 - 64 años: Adulto	70	28,5
	≥ 65 años: Adulto mayor	3	1,2
Sexo	Masculino	178	72,4
	Femenino	68	27,6
Estado Civil	Soltero	144	58,5
	Casado	38	15,4
	Unión libre	41	16,7
	Viudo	5	2
	Divorciado	18	7,3
Nivel de Instrucción	Ninguna	2	0,8
	Primaria	65	26,4
	Secundaria	114	46,3
	Tercer Nivel	63	25,6
	Cuarto Nivel	2	0,8
Tiempo desde diagnóstico**	Menos de 1 año	21	8,5
	1 a 5 años	149	60,6
	6 a 10 años	59	24
	11 a 15 años	11	4,5
	Más de 15 años	6	2,4

\* Media 34,70 años, DS ±10,21 años

\*\* Media 4,63 años, DS ±3,84 años

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Las autoras



La población estudiada estuvo caracterizada por una edad media de  $35 \pm 10$  DS años. El grupo de edad con mayor frecuencia fue el de los adultos jóvenes (18-39 años), representando el 70,3 % (n=173). El sexo masculino fue el más frecuente con el 72,4 % (n=178). En relación con el estado civil, los solteros formaron la mayor parte de la muestra con el 58,5 % (n=144). El nivel de instrucción de mayor frecuencia fue la instrucción secundaria con el 46,3 % (n=114). Respecto al tiempo desde el diagnóstico, la mayor cantidad de pacientes ha vivido entre 1 y 5 años con la enfermedad, representando al 60,6 % (n=149). La media del tiempo desde diagnóstico fue de 5 años  $\pm 4$  DS.

*Tabla 5: Distribución de 246 pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HVCM según prevalencia de depresión. Cuenca, 2018.*

	Frecuencia n=246	Porcentaje
No Depresión	142	57,7
Depresión	104	42,3
Total	246	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Las autoras

La prevalencia de depresión en los pacientes con VIH/SIDA atendidos en consulta externa del HVCM en Cuenca encontrada en el estudio fue de 42,3 % (n=104).

*Tabla 6: Distribución de 246 pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HVCM según grado de depresión. Cuenca, 2018.*

	Frecuencia n=246	Porcentaje
No depresión	142	57,7
Depresión leve	63	25,6
Depresión moderada	30	12,2
Depresión grave	11	4,5

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Las autoras



En relación con el grado de depresión, un 25,6% (n=63) del total de la muestra presentó depresión leve, un 12,2 % (n=30) presentó depresión moderada y un 4,5 % (n=11) depresión grave.

*Tabla 7: Distribución de 246 pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HVCM según prevalencia de depresión y variables demográficas. Cuenca, 2018.*

Variable		Depresión		No Depresión	
		n	%	N	%
Grupo de edad	Adulto joven: 18 - 39 años	81	46,8	92	56,2
	Adulto: 40 - 64 años	22	31,4	48	68,6
	Adulto mayor: ≥ 65 años	1	33,3	2	66,7
Sexo	Masculino	62	34,8	116	65,2
	Femenino	42	61,8	26	38,2
Estado Civil	Soltero	58	40,3	86	59,7
	Casado	13	34,2	25	65,8
	Unión libre	19	46,3	22	53,7
	Viudo	3	60,0	2	40,0
	Divorciado	11	61,1	7	38,9
Nivel de Instrucción	Ninguna	1	50,0	1	50,0
	Primaria	34	52,3	31	47,7
	Secundaria	41	36,0	73	64,0
	Tercer Nivel	28	44,4	35	55,6
	Cuarto Nivel	0	0,0	2	100,0
Tiempo desde diagnóstico	Menos de 1 año	16	76,2	5	23,8
	1 a 5 años	65	43,6	84	56,4
	6 a 10 años	19	32,2	40	67,8
	11 a 15 años	2	18,2	9	81,8
	Más de 15 años	2	33,3	4	66,7

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Las autoras



El grupo de edad con la mayor prevalencia de depresión fue el de adultos jóvenes con un 46,8 %, mientras que la menor prevalencia se observó en el grupo de adultos maduros con un 31,4%. En el sexo femenino la prevalencia de depresión fue del 61,8 %, siendo mayor que en el sexo masculino, donde fue del 34,8 %. Los pacientes viudos presentaron el mayor porcentaje de depresión con un 61,1 %, mientras que los casados presentaron el menor porcentaje con un 34,2 %. Respecto al nivel de instrucción, los pacientes con instrucción primaria presentaron más depresión con un 52,3 % y no se encontraron casos de depresión en el grupo de cuarto nivel. En cuanto al tiempo desde el diagnóstico la depresión es más prevalente en los pacientes que fueron diagnosticados hace menos de un año con un 76,2%, mientras que fue menos prevalente en los pacientes que llevan 11 a 15 años viviendo con la enfermedad presentando un 18,2% depresión.



Tabla 8: Factores asociadas a depresión en 246 pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HVCM. Cuenca, 2018.

Variable		Depresión		No Depresión		RP	IC al 95%	p
		N	%	n	%			
Grupo de edad	Adulto joven	81	46,8	92	53,2	1,49	(1,02-2,16)	0,026
	Adulto maduro y adulto mayor	23	31,5	50	68,5			
Sexo	Femenino	42	61,8	26	38,2	3,02	(1,70-5,39)	0,000
	Masculino	62	34,8	116	65,2			
Estado Civil	Sin pareja	72	43,1	95	56,9	1,11	(0,65-1,92)	0,699
	Con pareja	32	40,5	47	59,5			
Nivel de Instrucción	Sin educación superior	76	42,0	105	58,0	0,95	(0,54-1,70)	0,879
	Con educación superior	28	43,1	37	56,9			
Tiempo desde diagnóstico	≤ 5 años	81	47,9	89	52,4	2,097	(1,18-3,75)	0,011
	> 5 años	23	30,3	53	69,7			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Las autoras

En esta tabla se presentan las variables dicotomizadas, tomando en cuenta los factores considerados de riesgo en estudios anteriores.(27)(9)(45)(15)

Pertener al grupo de los adultos jóvenes es un factor de riesgo para depresión según el RP de 1,49 con un IC de 1,02-2,16, siendo esta una relación estadísticamente significativa con un valor p de 0,026.



El sexo también presenta una relación estadísticamente significativa con depresión, siendo el sexo femenino un factor de riesgo para la misma (RP 3.02, IC 1,70-5,39, p 0.000).

El haber transcurrido un tiempo menor o igual a 5 años desde el diagnóstico representa un factor de riesgo para depresión según RP DE 2,097 con un IC de 1,18-3,75, siendo la relación estadísticamente significativa con valor p de 0,011.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión y nivel de instrucción ni entre depresión y estado civil.

### 5.3 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En el presente estudio se rechazó la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se aceptó la hipótesis de trabajo, al establecer que la prevalencia de depresión es superior al referido en la literatura científica.

El estadístico que se utilizó para el contraste de la hipótesis fue el Chi<sup>2</sup>, que permitió con respecto a los factores asociados rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) al demostrar que si existe asociación estadísticamente significativa con: edad, sexo y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Con respecto a los otros factores asociados, no se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) al demostrar que no existe asociación estadísticamente significativa con: estado civil y nivel de instrucción.



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

El Hospital Vicente Corral Moscoso cuenta con una gran afluencia de pacientes viviendo con VIH/SIDA, ya que acuden no solo pacientes de la provincia del Azuay sino también pacientes del resto del país, llegando a una demanda muy alta.

La depresión es el desorden mental más frecuente entre los pacientes con VIH/SIDA, se ha demostrado que los pacientes con depresión presentan peor adherencia a la medicación y declive de su estado inmunológico, disminuyendo su calidad de vida y aumentando el riesgo de muerte. (2)

En el presente estudio se demostró una prevalencia de depresión de 42,3%, éste es similar a otros estudios latinoamericanos, como el realizado por Reis et al en Brasil en 2017 con una prevalencia de 42% (14) y el estudio chileno realizado en 2014 por Varela y Galdames con un total de 41% de pacientes presentando síntomas depresivos (11); probablemente por tener similitudes en la población estudiada y en aplicar el cuestionario de depresión de Beck.

Sin embargo, la prevalencia encontrada en nuestro estudio es mayor al realizado por Cardona-Duque et al. en Colombia en 2015 que mostró 30% de pacientes con sintomatología depresiva (9); aparte de otros estudios realizados alrededor del mundo como el realizado en Camerún por Atoh con una prevalencia de 26,7%, (46) y el estudio realizado en Canadá por K.Y. Choi et al en 2016 con una prevalencia de del 28%. (7); éstas diferencias pudieron deberse a los instrumentos utilizados para detectar depresión, tamaño de muestra y características de la población estudiada. Cardona a pesar de aplicar el cuestionario de Beck, utilizó un tamaño de muestra notablemente inferior al nuestro (9); el estudio realizado por Atoh utilizó el cuestionario PHQ-9 que tiene diferentes puntos de corte (48) y el estudio por K.Y. Choi utilizó la escala CES-D para detectar depresión. (7)



Otros estudios muestran mayores prevalencias, como la reportada por L'akoacon un 63% de prevalencia de depresión.(49)Y M.S. Bhatia en Delhi en el año 2014 con una prevalencia de 58.75%; (50), esto puede deberse a que en el estudio de L'akoase trabajó con pacientes recién diagnosticados de VIH y el estudio de Bhatia tuvo una muestra con mayor cantidad de pacientes.

Hemos encontrado que el sexo femenino es un factor asociado a depresión, (RP 3.02, IC 1,70-5,39, p 0.000); coincidiendo con muchos estudios que también encuentran esta asociación alrededor del mundo, como el realizado por Bathia en 2014 con una muestra de 1200 pacientes VIH seroposivos encontró que un 40% de las mujeres presentaban depresión en comparación a 20% de hombres. (48); ésta predisposición de las mujeres a la sintomatología depresiva Caballero-Suarez en su estudio realizado en México en 2017, explica la importancia de los factores culturales, en el desarrollo de la sintomatología depresiva explicando que un 45% de mujeres sufren situaciones de violencia sexual generalizada, lo cual las predispone a contraer VIH, además de lidiar con tabúes y patrones machistas de la sociedad, lo cual lleva a sentimientos de soledad y aislamiento de la sociedad. (13)

Nuestro estudio mostró que los participantes adultos jóvenes (18-39)tenían una mayor prevalencia de síntomas depresivos. Esto coincide con lo encontrado por Ngun en su estudio realizado en Camerún en 2017 con una muestra de 120 pacientes, quien en su estudio reporta que un 44% de las personas experimenta depresión entre las edades de 20 y 40.(45), Otros estudios como el realizado en Olanrewaju et all en Nigeria en 2013 no encontraron una asociación significativa entre la edad y los síntomas depresivos.(49)

En nuestro estudio se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de diagnóstico de VIH ( $\leq 5$  años) con el desarrollo de depresión (RP 2,097 IC 1,18-3,75, p 0,011.); esto puede atribuirse al hecho de que



el tratamiento disminuye los síntomas de la enfermedad y ayuda al paciente a llevar una vida más llena y productiva(52). Además, es probable que los pacientes que llevan mayor tiempo viviendo con la enfermedad, se hayan adaptado al cambio en su estilo de vida, por lo que podrían presentar una menor prevalencia de depresión que los pacientes con menos tiempo desde su diagnóstico. Sin embargo, esto difiere con lo encontrado por Bathia en 2014 quien encontró diferencia estadísticamente significativa, aunque hay que considerar que la muestra consistía en personas que llevaban mayor tiempo con la enfermedad, lo que podría explicar esta diferencia (48).

Adicionalmente no se encontró relación estadísticamente significativa entre estado civil y depresión, sin embargo Chibanda Et all en 2014, su revisión sistemática indica que existe una relación positiva entre las personas que no se encuentran casadas, sobre todo divorciados o viudos con la depresión, considerando que pueden experimentar más determinantes sociales negativos que aquellos que se encuentran casados porque cargan con el doble estrés de criar a sus hijos solos y el trabajo.(15) La poca cantidad de pacientes divorciados o viudos en nuestro estudio pudo ser la razón de esta variación en los resultados.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y el nivel de instrucción. Esto es similar a los hallazgos en Brasil (47) y Colombia (9), sin embargo contrasta con los encontrados por Kanmogne et all en Camerún que encuentra una mayor prevalencia de depresión en los pacientes con menos de 10 años de educación (12).

Para finalizar, en nuestro estudio se puede apreciar una prevalencia alta de depresión, y existe una amplia variación en los resultados de los diversos estudios. Esto se lo puede explicar debido a que depende mucho de los métodos de diagnóstico utilizados en atención primaria para la detección de las patologías psiquiátricas y las características de la población estudiada.



## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 CONCLUSIONES

Luego de haber realizado la presente investigación, se concluye que:

1. Se evaluaron 246 pacientes con una media de edad de 35 años. El sexo predominante en el estudio fue el masculino con el 72,4%. Con relación al estado civil, existió una mayoría de personas solteras con el 58,5%. El nivel de instrucción de mayor frecuencia fue la instrucción secundaria con el 46,3%. La mayor cantidad de pacientes ha vivido entre 1 y 5 años con la enfermedad, representando al 60,6%.
2. La prevalencia de depresión en la población de estudio fue del 42,3%. Este número se encuentra dentro del rango encontrado en otros estudios. Es un porcentaje alto que hace evidente la necesidad de intervención.
3. Se encontró un 25,6% de depresión leve, un 12,2% de depresión moderada y un 4,5% de depresión grave.
4. Según el análisis de la relación entre la depresión y las variables de estudio, son factores de riesgo para padecer el trastorno: tener 40 años o menos, sexo femenino y un tiempo transcurrido desde el diagnóstico de 5 años o menos.
5. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión y nivel de instrucción ni entre depresión y estado civil.



## 7.2 RECOMENDACIONES

Debido a la alta prevalencia de depresión en pacientes VIH positivo en consulta externa, del hospital Vicente Corral Moscoso se recomienda:

1. Fomentar el diagnóstico precoz mediante la capacitación del personal de salud en el reconocimiento de síntomas depresivos y la aplicación del tamizaje con instrumentos validados, para de esta manera evitar el subdiagnóstico, ya que la detección de episodios depresivos en este grupo de pacientes es de gran importancia para poder establecer su tratamiento, mejorar su calidad de vida, disminuir la inasistencia a citas médicas, la progresión de la enfermedad e incluso la mortalidad.
2. Establecer centros o grupos de apoyo para pacientes viviendo con VIH/ SIDA donde se realiza educación y prevención de la depresión, en particular, dirigidos a mujeres, ya que éste es el grupo que presenta mayor prevalencia de depresión. De esta manera, se podrían cubrir temas que son relevantes específicamente para pacientes del sexo femenino.
3. Brindar atención psicológica temprana a los pacientes durante sus primeros años viviendo con VIH/SIDA, para ayudarles a adaptarse a su nuevo estilo de vida y así prevenir el desarrollo de trastornos psiquiátricos.
4. Ampliar los estudios sobre factores asociados a la depresión en los pacientes con VIH y las perspectivas de los mismos en cuanto a su calidad de vida y las situaciones que afectan su día a día y así mejorar la atención integral.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buena-Casal G. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. *Rev Med Chil.* 2012 Jan;140(1):50–8.
2. Informativa H. Hoja informativa, ONUSIDA, poner fin a la epidemia de sida, Personas que viven con el VIH, Personas que viven con el VIH con acceso a la terapia antirretrovírica, Nuevas infecciones por el VIH, Muertes relacionadas con el sida, Tuberculosis y VIH, ESTADÍS. 2016;1–8.
3. ONUSIDA. Hoja Informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Onusida [Internet]. 2017; Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
4. Shukla M, Agarwal M, Singh J, Tripathi A, Srivastava A, Singh V. Predictors of depression among people living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy attending tertiary care hospitals in the Capital of Uttar Pradesh: A cross-sectional study. *Indian J Soc Psychiatry* [Internet]. 2017;33(2):159. Available from: <http://www.indjsp.org/text.asp?2017/33/2/159/209200>
5. Eller LS, Rivero-Mendez M, Voss J, Chen WT, Chaiphibalsarisdi P, Ipinge S, et al. Depressive symptoms, self-esteem, HIV symptom management self-efficacy and self-compassion in people living with HIV. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2014;26(7):795–803.
6. Lowther K, Selman L, Harding R, Higginson IJ. Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2014;
7. Choi SKY, Boyle E, Cairney J, Collins EJ, Gardner S, Bacon J, et al. Prevalence, Recurrence, and Incidence of Current Depressive Symptoms among People Living with HIV in Ontario, Canada: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. Lima VD, editor. *PLoS One.* 2016 Nov;11(11):e0165816.
8. Betancur MN, Lins L, Oliveira IR de, Brites C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Brazilian J Infect Dis.* 2017;
9. Cardona-Duque DV, , Medina-Pérez ÓA. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH / Sida en Quindío , Colombia , 2015 Depression and associated factors in people living with. 2016;15(6):941–54.
10. Nhamba LA, Hernandez Melendrez E, Bayarre Veá HD. Depression affecting HIV people in two municipalities of Angola. *Depression en Pers con VIH en dos Munic Angola.* 2014;40(Facultad de Medicina de Huambo, Huambo,



- Angola.):276–88.
11. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev Chil infectología* [Internet]. 2014;31(3):323–8. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  12. Kanmogne GD, Qiu F, Ntone FE, Fonsah JY, Njamnshi DM, Kuate CT, et al. Depressive symptoms in HIV-infected and seronegative control subjects in Cameroon: Effect of age, education and gender. Cysique LA, editor. *PLoS One*. 2017 Feb;12(2):e0171956.
  13. Patricia Caballero-Suarez N, Rodriguez-Estrada E, Candela-Iglesias M, Reyes-Teran G. Comparison of levels of anxiety and depression between women and men living with HIV of a Mexico City clinic. *Salud Ment*. 2017;40(1):15–21.
  14. Reis RK, Melo ES, Castrighini C de C, Gimenez Galvão MT, Toffano-Malaguti SE, Gir E. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in individuals living with HIV/AIDS. *Salud Ment*. 2017;40(2):57–62.
  15. Chibanda D, Benjamin L, Weiss HA, Abas M. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in People Living With HIV/AIDS in Low- and Middle-Income Countries. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 Sep;67:S54–67.
  16. Pence BW, Mills JC, Bengtson AM, Gaynes BN, Breger TL, Cook RL, et al. Association of Increased Chronicity of Depression With HIV Appointment Attendance, Treatment Failure, and Mortality Among HIV-Infected Adults in the United States. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2018;27599. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2017.4726>
  17. Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV Infected Patients: A Review. Vol. 17, *Current Psychiatry Reports*. 2015. p. 1–11.
  18. De M, Pública S. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017.
  19. Mandell LG, Bennet JE DR. Mandell, Douglas y Bennet Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica. 8th ed. Elsevier España; 2014.
  20. WHO. World Health Organization. HIV/AIDS - WHO Fact sheet. Vol. 360, WHO website. 2015.
  21. Betts RF, Chapman SW PRR and B. A practical Approach to Infectious Diseases. 6th ed. Philadelphia, Lippincott: Williams & Wilins;
  22. Center for Health Statistics N. ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting FY 2017. 2017 [cited 2017 Jul 11]; Available from: [https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelines\\_2017\\_final.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelines_2017_final.pdf)



23. OMS | Depresión. WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 9]; Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
24. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5th ed. Panamericana; 2014.
25. Nyirenda M, Chatterji S, Rochat T, Mutevedzi P, Newell M-L. Prevalence and correlates of depression among HIV-infected and -affected older people in rural South Africa. *J Affect Disord*. 2013 Oct;151(1):31–8.
26. Slot M, Sodemann M, Gabel C, Holmskov J, Laursen T, Rodkjaer L. Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: a cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. *HIV Med*. 2015 Aug;16(7):393–402.
27. Robertson K, Bayon C, Molina J-M, McNamara P, Resch C, Muñoz-Moreno JA, et al. Screening for neurocognitive impairment, depression, and anxiety in HIV-infected patients in Western Europe and Canada. 2014;
28. Del Guerra FB, Fonseca JLI, Figueiredo VM, Ziff EB, Konkiewitz EC. Human immunodeficiency virus-associated depression: Contributions of immunoinflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways. Vol. 19, *Journal of NeuroVirology*. 2013. p. 314–27.
29. Chrousos GP, Zapanti ED. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in HIV Infection and Disease. Vol. 43, *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2014. p. 791–806.
30. Poudel-Tandukar K, Bertone-Johnson ER, Palmer PH, Poudel KC. C-reactive protein and depression in persons with Human Immunodeficiency Virus infection. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2014;42:89–95. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159114001676>
31. Akase IE, Musa BOP, Obiako RO, Ahmad Elfulatiy A, Mohammed AA. Immune Dysfunction in HIV: A Possible Role for Pro- and Anti-Inflammatory Cytokines in HIV Staging. *J Immunol Res*. 2017;2017.
32. Yashira García YR. Depression Correlates with Increased Plasma Levels of Inflammatory Cytokines and a Dysregulated Oxidant/Antioxidant Balance in HIV-1-Infected Subjects Undergoing Antiretroviral Therapy. *J Clin Cell Immunol* [Internet]. 2014;5(6). Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/depression-correlates-with-increased-plasma-levels-of-inflammatory-cytokines-and-a-dysregulated-oxidant-2155-9899-1000276.php?aid=34994>
33. Erlandson KM, Campbell TB. Inflammation in Chronic HIV Infection: What Can We Do? Vol. 212, *Journal of Infectious Diseases*. 2015. p. 339–42.
34. Gutiérrez F, García L, Padilla S, Álvarez D, Moreno S, Navarro G, et al. Risk of clinically significant depression in HIV-infected patients: Effect of antiretroviral drugs. *HIV Med*. 2014;15(4):213–23.



35. Sánchez-Fernández MD, Tomateo-Torvisco D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Psychiatric syndromes in people infected with the Human Immunodeficiency Virus: a brief review. Rev Neuropsiquiar* 77(2),2014 [Internet]. 2014;77(2):70–7. Available from: [www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar2.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar2.pdf)
36. Nacheга JB, Morroni C, Zuniga JM, Sherer R, Beyrer C, Solomon S, et al. HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: A global survey of 2035 HIV-infected adults. Vol. 11, *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*. 2012. p. 172–8.
37. Mothapo KM, Schellekens A, van Crevel R, Keuter M, Grintjes-Huisman K, Koopmans P, et al. Improvement of Depression and Anxiety After Discontinuation of Long- Term Efavirenz Treatment. *CNS Neurol Disord Drug Targets* [Internet]. 2015;14(6):811–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25808896>
38. Cavalcante GIT, Chaves Filho AJM, Linhares MI, de Carvalho Lima CN, Venício ET, Rios ERV, et al. HIV antiretroviral drug Efavirenz induces anxiety-like and depression-like behavior in rats: evaluation of neurotransmitter alterations in the striatum. *Eur J Pharmacol*. 2017;799:7–15.
39. Pérez-Rodríguez I, Pérez-Salgado D, Compeán-Dardón MS, Staines-Orozco MG, Ortiz-Hernández L. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. *Med Interna Mex*. 2016;32(4):396–406.
40. Zuniga JA, Yoo-Jeong M, Dai T, Guo Y, Waldrop-Valverde D. The Role of Depression in Retention in Care for Persons Living with HIV. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2016;30(1):34–8. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/apc.2015.0214>
41. Todd JV, Cole SR, Pence BW, Lesko CR, Bacchetti P, Cohen MH, et al. Effects of Antiretroviral Therapy and Depressive Symptoms on All-Cause Mortality among HIV-Infected Women. *Am J Epidemiol*. 2017;185(10).
42. Cohen MH, Hotton AL, Hershov RC, Levine A, Bacchetti P, Golub ET, et al. Gender-related risk factors improve mortality predictive ability of VACS index among HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;70(5):538–44.
43. Murphy K, Hoover DR, Shi Q, Cohen M, Gandhi M, Golub ET, et al. Association of self-reported race with AIDS death in continuous HAART users in a cohort of HIV-infected women in the United States. *AIDS*. 2013;27(15):2413–23.
44. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del Inventario BDI [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 13]. Available from:



<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

45. Gómez Restrepo, Martha Isabel Jordán Quintero, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas UR. *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona, España: Panamericana; 2017.
46. Salazar Campos A, Valencia Ortiz AI. Anxiety, depression and perception of the quality of life in the patient with HIV/AIDS. *Mex J Med Res*. 2018 Jan;6(11).
47. Reis RK, Santos Melo E, de Castro Castrighini C, Gimenez Galvão MT, Toffano-Malaguti SE, Gir E, et al. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in individuals living with HIV/AIDS. *Salud Ment*. 2017 Apr;40(2):57–62.
48. Ngum PA, Fon PN, Ngu RC, Verla VS, Luma HN. Depression Among HIV/AIDS Patients on Highly Active Antiretroviral Therapy in the Southwest Regional Hospitals of Cameroon: A Cross-Sectional Study. *Neurol Ther*. 2017 Jun;6(1):103–14.
49. L'akoa RM, Noubiap JJN, Fang Y, Ntone FE, Kuaban C. Prevalence and correlates of depressive symptoms in HIV-positive patients: a cross-sectional study among newly diagnosed patients in Yaoundé, Cameroon. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep;13:228.
50. Bhatia MS, Munjal S. Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing art and factors associated with it. *J Clin Diagnostic Res*. 2014;8(10):WC01-WC04.
51. Olanrewaju GT IB, BA I, GT O, AO M, LO O, AK S, et al. Prevalence and Correlates of Depressive Disorders among People Living with HIV/AIDS, in North Central Nigeria. *J AIDS Clin Res*. 2013 Oct;4(1):1–7.
52. Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. HIV infection and depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Feb;68(2):96–109.



## ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las estudiantes Alexandra Koslowski y Verónica Lazo, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; realizarán el siguiente proyecto de investigación: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON VIH/SIDA, ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2017-2018.

**Objetivos del proyecto:** Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA en la consulta externa de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca. 2017-2018.

**Metodología:** Se incluirán a todos los pacientes VHI+ (Virus de Inmunodeficiencia Humana) mayores de edad que reciban tratamiento ARV (antirretroviral), que acudan a consulta a la “Unidad de Atención Integral para PVVS-HVCM” en el periodo desde diciembre de 2017 hasta completar la muestra. Para la obtención de datos las investigadoras alternadamente estarán presentes en la consulta externa como observadoras y si fuera necesario se procederá a la búsqueda de datos en la base de datos del HVCM.

**Duración:** de todo el proyecto será de 6 meses (diciembre 2017 a mayo 2018) y la recopilación de los datos en el HVCM será de 3 meses.

**En donde será realizado proyecto y el rol que cumplirán las investigadoras:** el estudio se realizará en el HCVM en la “Unidad de Atención Integral para PVVS-HVCM”. El rol de las investigadoras, alternadamente, será de observadoras y registrarán datos durante la consulta externa.



**Rol del sujeto de investigación:** Incluido como sujeto de estudio en dicha investigación, el rol consiste en:

- Llenar la hoja de Datos Socio-demográficos y Antecedentes Patológicos
- Llenar Test de depresión de Beck

**Supervisión responsable del proyecto:** será el Dr. Ismael Morocho Malla, docente y médico tratante del MSP, especialista en Psiquiatría, Director del Proyecto.

**A quienes está dirigido:** este proyecto está dirigido a pacientes mayores de edad que cumplan con los criterios de inclusión y que reciban tratamiento ARV.

**Uso de la información:** Los datos obtenidos serán entregados al Coordinador de Docencia del HVCM y serán usados para fines investigativos y por las investigadoras para su proyecto de investigación como uno de los requisitos para la obtención del título de Médico.

**Beneficios:** El proyecto será de utilidad para conocer la prevalencia y los posibles factores de riesgo implicados en la depresión en los pacientes con VIH -SIDA; los datos serán base para futuras investigaciones. No habrá beneficio económico para los pacientes, ni tendrá ningún costo.

**Confidencialidad:** Se asegura y garantiza la completa confidencialidad en el manejo de la información; se utilizarán códigos para el procesamiento de los datos y serán manejados exclusivamente por los investigadores y director del Proyecto.

Para información adicional e inquietudes se pueden comunicar a los números:  
072881885/ 0979570256/



Satisfacción del paciente respecto a la información y evacuación de dudas

Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente



ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN  
PACIENTES CON VIH/SIDA, ATENDIDOS EN LA CONSULTA  
EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO,  
CUENCA 2017-2018”

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en la consulta externa de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca en el periodo desde diciembre de 2017 hasta completar la muestra.

Sus datos serán guardados con absoluta confidencialidad

INSTRUCCIONES

1. Lea atentamente cada pregunta, revise todas las opciones, y elija la alternativa que más lo (a) identifique.
2. Marque la alternativa seleccionada con una X
3. Fecha: \_\_\_\_\_

A. **Datos Generales.**

Encuesta (#): \_\_\_\_\_

Edad: (años cumplidos): \_\_\_\_\_

Sexo: 1. Masculino:  2. Femenino:

Estado civil: 1. Soltero:  2. Casado:  3. Unión libre:  4. Viudo:

5. Divorciado:

Instrucción: 1. Ninguna:  2. Primaria:  3. Secundaria:  4. Tercer nivel:

5. Cuarto nivel:

B. **Tiempo desde el Diagnóstico de su enfermedad:** .....



**C. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

1)

\_\_\_ No me siento triste.

\_\_\_ Me siento triste.

\_\_\_ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

\_\_\_ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

\_\_\_ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

\_\_\_ Me siento desanimado respecto al futuro.

\_\_\_ Siento que no tengo que esperar nada.

\_\_\_ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

\_\_\_ No me siento fracasado.

\_\_\_ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

\_\_\_ Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.

\_\_\_ Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

\_\_\_ Las cosas me satisfacen tanto como antes.

\_\_\_ No disfruto de las cosas tanto como antes.

\_\_\_ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

\_\_\_ Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5)

\_\_\_ No me siento especialmente culpable.

\_\_\_ Me siento culpable en bastantes ocasiones.

\_\_\_ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

\_\_\_ Me siento culpable constantemente-

6)

\_\_\_ No creo que esté siendo castigado

\_\_\_ Me siento como si fuese a ser castigado.

\_\_\_ Espero ser castigado.



\_\_\_ Siento que estoy siendo castigado.

7)

\_\_\_ No estoy decepcionado de mí mismo.

\_\_\_ Estoy decepcionado de mí mismo.

\_\_\_ Me da vergüenza de mí mismo.

\_\_\_ Me detesto.

8)

\_\_\_ No me considero peor que cualquier otro.

\_\_\_ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

\_\_\_ Continuamente me culpo por mis faltas.

\_\_\_ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

\_\_\_ No tengo ningún pensamiento de suicidio.

\_\_\_ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

\_\_\_ Desearía suicidarme.

\_\_\_ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

\_\_\_ No lloro más de lo que solía llorar

\_\_\_ Ahora lloro más que antes.

\_\_\_ Lloro continuamente.

\_\_\_ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

\_\_\_ No estoy más irritado de lo normal en mí.

\_\_\_ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

\_\_\_ Me siento irritado continuamente.

\_\_\_ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

\_\_\_ No he perdido el interés por los demás

\_\_\_ Estoy menos interesado en los demás que antes.

\_\_\_ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.



\_\_\_ He perdido todo el interés por los demás.

13)

\_\_\_ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

\_\_\_ Evito tomar decisiones más que antes.

\_\_\_ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

\_\_\_ Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

\_\_\_ No creo tener peor aspecto que antes.

\_\_\_ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

\_\_\_ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hace parecer poco atractivo.

\_\_\_ Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

\_\_\_ Trabajo igual que antes.

\_\_\_ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

\_\_\_ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

\_\_\_ No puedo hacer nada en absoluto.

16)

\_\_\_ Duermo tan bien como siempre

\_\_\_ No duermo tan bien como antes.

\_\_\_ Me despierto unas dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

\_\_\_ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

\_\_\_ No me siento más cansado de lo normal.

\_\_\_ Me canso más fácilmente que antes.

\_\_\_ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

\_\_\_ Estoy demasiado cansado para hacer nada.



18)

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

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de dos kilos y medio
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: Si  No

20)

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

21)

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

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



**Valor obtenido en el Inventario de Depresión de Beck:**

• Inventario de Depresión: \_\_\_\_\_

• Interpretación:

No Depresión (0 – 9) \_\_\_\_\_

Depresión leve (10 – 18) \_\_\_\_\_

Depresión moderada (19 – 29) \_\_\_\_\_

Depresión grave (>30) \_\_\_\_\_



## ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos agrupados por ciclos de vida MAIS-FCI	18 – 39 años: adulto joven 40 – 64 años: adulto > 65 años: adulto mayor
Sexo	Características orgánicas que dividen los individuos en masculinos y femeninos	Fenotipo	Pertenencia a uno de los sexos	Masculino Femenino
Estado Civil	Situación en la que la persona está inmersa con relación a su pareja	Civil	Tipo de estado civil	Soltero Casado Unión Libre Viudo Divorciado
Instrucción	Situación en la que la persona está inmersa con relación a su escolaridad	Académica	Tipo de escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Cantidad de años a partir del momento del diagnóstico	Tiempo	Años transcurridos	< 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años > 15 años
Depresión	Enfermedad de origen psiquiátrico con alteración del estado de ánimo	Síntomas y signos relacionados a la depresión	Puntaje en el test de Beck: 0 – 9 10 – 18 19 – 29 > 30	No depresión Depresión leve Depresión moderada Depresión grave