



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
COORD. DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 27

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA DEL IMSS
QUE VIVE EN LA ZONA COSTA EN BAJA CALIFORNIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:
PATRICIA ELENA MEZA LUNA

ASESORES:
DRA. FÁTIMA ADRIANA MUÑOZ CARVAJAL
DR. PARIS CERECER CALLÚ

TIJUANA, B.C. FEBRERO 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
COORD. DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 27

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA DEL IMSS QUE
VIVE EN LA ZONA COSTA EN BAJA CALIFORNIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

PATRICIA ELENA MEZA LUNA

ASESORES:

DRA. FÁTIMA ADRIANA MUÑOZ CARVAJAL

DR. PARIS CERECER CALLÚ

TIJUANA, B.C. FEBRERO 2017

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA DE TIJUANA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

Minuta de examen profesional para obtener el grado
Especialista en Medicina Familiar

Reunidos en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Tijuana, Baja California el día 20 de Febrero del 2017, los siguientes Médicos como representantes del Jurado:

Presidente: Miguel Angel Fraga Vallejo

Secretario: Leslie Patron Romero

Sinodal: Linda Crystal Vidal Solórzano

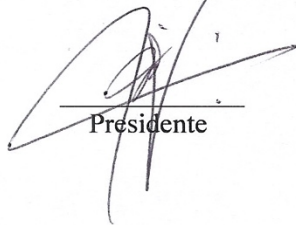
Participaron en la réplica del examen profesional para obtener el grado de la Especialidad de Medicina Familiar



Después de deliberar los señores del Jurado acordaron

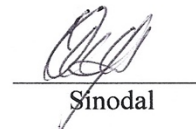
Aprobada por mayoría

Al alumno Patricia Elena Meza Lora


Presidente


Secretario


Alumno


Sinodal

Tijuana, Baja California 20 de febrero de 2017

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director(a) de la tesis titulada "Prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California", elaborada por la Dra. Patricia Elena Meza Luna; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Samantha Torres Salinas
DIRECTOR(A) DE TESIS

Tijuana, Baja California 20 de febrero de 2017

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada "Prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California", elaborada por la Dra. Patricia Elena Meza Luna; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Miguel Angel Fraga Vallejo

SINODAL

Tijuana, Baja California 20 de febrero de 2017

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada "Prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California", elaborada por la Dra. Patricia Elena Meza Luna; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.



ATENTAMENTE

Dra. Leslie Patrón Romero
SINODAL

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA DEL IMSS QUE VIVE EN LA ZONA COSTA EN BAJA CALIFORNIA

Identificación de los investigadores

Investigador principal:

Médico Residente de tercer año Patricia Elena Meza Luna

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California

Teléfono: 664 3688735

Correo electrónico: peml19@hotmail.com

Médico Mtra. Samantha Torres Salinas

Maestría en Salud Pública, Jefa del departamento de Epidemiología

Adscripción: Hospital General Regional No. 20

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California

Teléfono: 664 3153917

Correo electrónico: samantha.torres@imss.gob.mx; matrícula 98021603

Investigador asociado:

Médico Familiar Roberto Genaro Medrano Alvarado

Medicina Familiar, Supervisor de Medicina Familiar, Miembro de la Comisión Binacional del grupo de VIH/SIDA Salud en las Américas

Adscripción: Coordinación en Prevención y Atención a la Salud

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California

Teléfono: 664 3313873

Correo electrónico: roberto.medrano@imss.gob.mx; matrícula 99025714

Investigador asociado:

Médico Familiar Yossadara Luna Téllez

Medicina Familiar, Profesora de asignatura en Bioética, UABC

Adscripción: Facultad de Medicina y Psicología campus Tijuana

Lugar de trabajo: Universidad Autónoma de Baja California

Teléfono: 664 6280191

Correo electrónico: darate16@yahoo.com.mx

Asesor temático:

Médico Mtra. Fátima Adriana Muñoz Carvajal

Maestría en Salud Pública. Coordinadora de Proyectos Binacionales

Adscripción: Comisión de Salud Fronteriza, Tijuana, Baja California
Lugar de trabajo: Oficina de alcance Baja California. Hospital General SS
Teléfono: 664 6346551 / 6511
Correo electrónico: fatima.munoz@saludfronteriza.mx

Asesor metodológico:

Médico Mtro. Paris Cerecer Callú

Maestría en Salud Pública

Médico, Profesor de asignatura en Investigación Clínica y Bioestadística, CEUX;

Infectología clínica, UABC

Adscripción: Secretaría de Salud, Centro de Estudios Universitarios Xochicalco Tijuana,

Universidad Autónoma de Baja California Campus Otay, Tijuana,

Teléfono: 664 3572060

Correo electrónico: analisis-de-datos@hotmail.com

ÍNDICE

1. RESUMEN	11
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana	12
2.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	13
2.3. Depresión	15
2.4. Depresión y VIH	16
3. ANTECEDENTES	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
4.1. Pregunta de Investigación	22
5. JUSTIFICACIÓN	23
6. OBJETIVOS	24
6.1. Objetivo general	24
6.2. Objetivos específicos	24
7. MATERIAL Y MÉTODOS	25
7.1. Diseño de estudio	25
7.2. Lugar de estudio	25
7.2.1. Periodo de recolección de datos	25
7.3. Población en estudio	25
7.3.1. Marco muestrable	25
7.3.2. Tipo de muestreo	25
7.3.3. Técnica de muestreo	25
7.3.4. Tamaño de la muestra	25
7.4. Criterios de inclusión y exclusión	26
7.4.1. Criterios de Inclusión	26
7.4.2. Criterios de exclusión	26
7.5. Instrumentos de recolección de datos	26
7.5.1. Cuestionario estructurado	26

7.5.2. Inventario de Depresión de Beck II	26
7.5.3. Escala de estigma relacionada con VIH de la Dra. Molly F. Franke	27
7.6. Operacionalización de variables	28
7.7. Procedimiento	35
7.8. Análisis estadístico	36
8. ASPECTOS ÉTICOS	37
9. RESULTADOS	38
9.1. Características de la población	38
9.2. Depresión, estigma y otros factores identificados	41
9.3. Confiabilidad de los instrumentos de evaluación	45
10. DISCUSIÓN	46
10.1. Fortalezas	48
10.2. Limitaciones	48
11. CONCLUSIONES	50
12. ANEXOS	52
12.1. Hoja de recolección de datos	52
12.2. Carta de Consentimiento	55
12.3. Test de Depresión	57
12.4. Escala de Estigma	61
12.5 Autorización CLIEIS	63
12.6 Autorización HGR No. 20	64
13. BIBLIOGRAFÍA	65

1. RESUMEN

Prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California

Patricia Elena Meza Luna,¹ Samantha Torres Salinas,² Roberto Genaro Medrano Alvarado,³ Yossadara Luna Téllez,⁴ Fátima Adriana Muñoz Carvajal,⁵ Paris Cerecer Callú⁶

¹ Residente de Medicina Familiar UMF No. 27, Tijuana, B.C.

² Médico, Maestra en Salud Pública, HGR No. 20, IMSS B.C.

³ Médico Familiar, Coordinación en Prevención y Atención a la Salud, IMSS B.C.

⁴ Médico Familiar, profesora en UABC, campus Tijuana, B.C.

⁵ Médico, Maestra en Salud Pública, Comisión de Salud Fronteriza, Tijuana, B.C.

⁶ Médico, Maestro en Salud Pública, ISESALUD, Tijuana, B.C.

Introducción. Para el año 2030, el VIH/SIDA y la depresión han sido proyectados como las dos principales causas de discapacidad a nivel mundial. La prevalencia de depresión en personas que viven con VIH (PVVIH) gira en torno al 35%, con valores que van desde 20% hasta 79%. El estigma relacionado con VIH hace que las personas eviten revelar su estado clínico y se ha encontrado la correlación significativa con síntomas depresivos.

Objetivo. Determinar la prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California.

Material y Métodos. Se realizó un estudio transversal analítico, entre el 30 de abril y el 30 de diciembre de 2016. Se incluyeron a PVVIH de 18 años o más y que otorgaron consentimiento informado por escrito. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario que identificó características sociodemográficas y factores de riesgo, el Inventario de Depresión de Beck II y la Escala de Estigma relacionada con VIH de la Dra. Franke. Se determinó la frecuencia de depresión y factores de riesgo. Un análisis bivariado de regresión logística que identificó los factores asociados con Depresión, y finalmente un modelo multivariado para control de variables confusoras.

Resultados. Se analizaron los datos de 136 personas con VIH/SIDA. 60 PVVIH (44.1%) resultaron positivo para depresión. La percepción alta de estigma se presentó en 53 (88.3%) personas con VIH/SIDA y depresión. El alto nivel de estigma percibido fue el principal factor positivamente asociado y estadísticamente significativo (RM 8.86; IC 95% 3.57 - 21.99; $p < 0.001$).

Conclusión. Se determinó una alta prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA que vive en la zona costa en B.C. La persona que vive con VIH/SIDA y depresión tiene una alta percepción de estigma.

Palabras clave. VIH, SIDA, depresión, estigma, Baja California, prevalencia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae que genera una enfermedad crónica desarrollada por la multiplicación viral después de la fase aguda primaria de la infección en los órganos linfoides, sobrecargándolos con un esfuerzo que termina por provocar una reducción severa de la producción de linfocitos T CD4 e incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones oportunistas y otros procesos patológicos.^{1,2}

La infección por el VIH se reconoció por primera vez en 1981 como una entidad clínica en diversas zonas del mundo –África, Europa, Estados Unidos y Haití–. ONUSIDA reportó que en el 2014 había 36,9 millones de personas que vivían con el VIH (PVVIH) en todo el mundo, que corresponde a una prevalencia global de 0,8% en la población adulta entre 14 y 49 años de edad. Las cifras más elevadas de PVVIH corresponden a África subsahariana con 25,8 millones de personas. La región de Asia y el Pacífico presenta la siguiente mayor población con 5,0 millones de personas, seguido de Europa central y occidental y América del norte –incluyendo México– con una carga total de 2,4 millones de personas afectadas, representando una prevalencia de 0,3%. En ese mismo año, ONUSIDA estimó un total de 1,2 millones de defunciones por este padecimiento y un total de 2,0 millones de casos nuevos.³

El mecanismo de transmisión del VIH, es de persona a persona por contacto sexual –heterosexual u homosexual– sin protección, contacto de líquidos corporales –sangre, semen, líquido cefalorraquídeo– con la piel o mucosas excoriadas; vía sanguínea mediante transfusiones de sangre, sus derivados o trasplantes de órganos infectados; uso de agujas y jeringas contaminadas, principalmente por usuarios de drogas inyectables; y finalmente por transmisión vertical de manera transplacentaria, durante el parto o lactancia.⁴

En México, se ha estimado que en 2014 había 190,000 personas mayores de 15 años viviendo con VIH, lo que corresponde a una prevalencia de 0.2%, de las cuales 7,500 representaron casos nuevos.³

Durante el periodo comprendido entre los años 1983 y 2014 se cuantificó la tasa de incidencia acumulada nacional en 186.7 casos por cada 100 mil habitantes. Las cinco entidades con las tasas más elevadas fueron: Distrito Federal (414.7), Yucatán (294.5), Veracruz (280.1), Baja California (272.2) y Campeche (271.7).⁵

La principal vía de transmisión del VIH en México es sexual, manteniéndose por encima del 95 por ciento. Esta característica hace que se observe como una epidemia concentrada, cuyo grupo más afectado es el de hombres que tienen sexo con hombres, los cuales pueden ser señalados socialmente por su comportamiento.⁶ El predominio de transmisión sexual transforma a esta enfermedad en un medio de estigmatización moral que ridiculiza a los enfermos; socialmente son asociados a comportamientos inmorales, promiscuos, desviación sexual, prostitución, con rechazo a estas personas y a las cercanas.⁷

Se considera como persona infectada con VIH aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo pacientes asintomáticos que nieguen factores de riesgo. De acuerdo a la clasificación del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), se denomina infección por VIH a las categorías clínicas A1, B1, A2, B2 que involucran más de 200 células CD4/mm³ sin manifestación de enfermedades definitorias de SIDA.^{4,8}

2.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es el término otorgado inicialmente por los epidemiólogos ante la aparición de un conjunto de enfermedades relacionadas con la pérdida de inmunidad celular en adultos sin mostrar una causa aparente. Es la fase clínica tardía de la infección por VIH.²

Se considera persona con SIDA aquella que, de acuerdo a la clasificación CDC, se incluya en las categorías clínicas A3, B3 y C donde se cuantifican menos de 200 células CD4/mm³ y manifestación clínica de enfermedades definitorias de SIDA.^{4,8}

En México, se ha estimado que en 2014, el número de muertes relacionadas a SIDA fue de 5,900; sin embargo, no se estipula la mortalidad específica por SIDA, pero, con base al número de muertes relacionadas a dicha enfermedad, se ha realizado el cálculo, obteniendo como resultado 7 muertes por cada 100,000 habitantes mayores de 15 años.³ En el periodo 2000-2010, el total acumulado de defunciones relacionadas con SIDA fue de 52,134, de las cuales, los estados que conforman la frontera norte del país concentraron 10,158, cifra que equivale a 19.5% del total nacional. A través del tiempo, en general la mortalidad relacionada con SIDA registró una tendencia al alza en los estados fronterizos, al pasar de 747 defunciones registradas en el año 2000 a 1,018 en el año 2010. Lo anterior representa un incremento de 36.3 por ciento.⁶

De acuerdo a información proporcionada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA), Baja California había reportado un total de 7,533 casos notificados de SIDA hasta el año 2014.⁹ En cuanto a mortalidad, el plan Estatal de Desarrollo 2014 – 2019 del Gobierno del Estado de Baja California informa que en el año 2013, la tasa de mortalidad por SIDA fue de 7.04.¹⁰ En cuanto a cifras de prevalencia, no hay información oficial publicada disponible.

Hasta el momento, el VIH/SIDA es una enfermedad incurable y no hay vacuna para evitarla, sin embargo, se cuenta con diferentes esquemas de tratamiento antirretroviral (ARV), donde el criterio de iniciación es con base a la cantidad de células CD4, independientemente de la carga viral; la elección del esquema se realiza de manera individualizada, permitiendo una mejor calidad de vida, así como una sobrevida de alrededor de 50 años.⁴

Desde 1997, en México, se utiliza tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA), estrategia que ha logrado disminuir notablemente la morbilidad y mortalidad en pacientes con infección por el VIH. Sin embargo, el costo de algunos ARV es elevado y requiere de una selección apropiada para conformar los esquemas que permitan optimizar su eficacia y limitar los efectos secundarios que pueden ocurrir a corto y largo plazo.¹¹

Actualmente, en el cuadro básico del IMSS, se encuentran disponibles 19 fármacos en diferentes presentaciones para uso clínico, divididos en cuatro grupos farmacológicos: inhibidores de la proteasa, inhibidores de la transcriptasa reversa, inhibidores de la entrada e inhibidores de la integrasa, que permiten cubrir las necesidades terapéuticas.

La selección adecuada y la adherencia a los esquemas ARV es fundamental, esto es debido a su estrecha relación con la tasa de éxito terapéutico, es decir, la reducción de la probabilidad de fracaso con el empleo de esquemas subsecuentes y la mejoría de sobrevida libre de complicaciones e infecciones oportunistas.¹¹

Gracias a la expansión de la terapia ARV, actualmente la enfermedad por VIH/SIDA ha cambiado la perspectiva con la que es observada, pasando de ser mortal a ser enfermedad crónica. Con este cambio, surgido por la introducción del TARAA, las comorbilidades del VIH/SIDA surgen como punto de interés para la investigación, pues, a pesar de los esfuerzos por controlar la enfermedad a nivel mundial, continúa vigente la transmisión del virus.

2.3. Depresión

Estudios recientes han demostrado una alta prevalencia de depresión en PVVIH, así como una importante repercusión en el desarrollo de la enfermedad.

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.¹² Puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento.¹³

A nivel mundial, se calcula que aproximadamente 350 millones de personas son afectadas por la depresión. En su forma más grave, puede conducir al suicidio, y se ha documentado que causa aproximadamente un millón de muertes al año. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran el desconocimiento de las enfermedades mentales y la ausencia de búsqueda de atención médica por la población afectada, la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.¹⁴

En México, la depresión actualmente se considera un problema de salud pública que afecta entre el 12% y el 20% de personas adultas, es decir, entre 18 y 65 años.¹⁵

Los factores implicados en la etiología se clasifican en 5 grupos: a) genéticos – historia familiar de enfermedad depresiva– ; b) endocrinológicos –diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison e hiperprolactinemia– ; c) neurofisiológicos –trastornos de la estructura y función cerebral– ; d) psicológicos –rasgos de la personalidad, acontecimientos vitales estresantes, autoestima baja y estrés crónico– ; e) sociofamiliares –crisis familiares, disfunción en el subsistema parento-filial y conyugal, familias interrumpidas por divorcio, familias contraídas por abandono o muerte, violencia física y sexual, problemas económicos, salario menor, pobreza, falta de vivienda, desempleo y carencia de redes de apoyo–.¹⁶

Pensamientos de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio son comunes; pueden variar desde un deseo pasivo de no despertar en la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor sin él, hasta pensamientos transitorios pero recurrentes de suicidio o un plan específico de suicidio. Motivaciones para el suicidio pueden incluir un deseo intenso de poner fin a lo que se percibe como un estado emocional doloroso e

interminable, una incapacidad para prever cualquier disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás.¹⁷

El diagnóstico se basa en criterios clínicos. Se sugiere el uso de escalas de evaluación como apoyo para efectos de fortalecer el diagnóstico, detección de casos, monitoreo en la evolución y con propósitos de investigación.¹⁸

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepresivo ha demostrado superioridad sobre los otros, sin embargo se recomienda iniciar con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina. La duración del tratamiento farmacológico debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio; continuarlo por 2 años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años; considerarlo de manera indefinida cuando el estado deprimido tenga una duración superior a 12 meses o cuando se presenten 2 o más episodios en 5 años. De igual manera, la intervención Psicoeducativa es parte fundamental del tratamiento psicosocial y deberá ser proporcionada por personal de psiquiatría y/o psicología. La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias, mejorando el pronóstico.¹⁸

2.4. Depresión y VIH

Reportes acerca de la prevalencia de depresión en personas infectadas con VIH han variado considerablemente del 22% al 71%.¹⁹

Los síntomas de depresión presentados en la persona con VIH/SIDA pueden convertirse en enfermedad si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su nueva situación. Los desencadenantes pueden ser el estrés psicosocial asociado a la estigmatización de la enfermedad, el aislamiento y la discriminación; incertidumbre generada por el desconocimiento acerca de la evolución de la enfermedad; acontecimientos difíciles de la vida; efectos secundarios de los medicamentos o por efectos del VIH sobre el cerebro, pudiendo acelerar la progresión del VIH hacia SIDA. El estigma relacionado con la enfermedad hace que las personas infectadas con el virus eviten revelar su estado clínico y se ha encontrado que se correlaciona significativamente con la presencia de síntomas depresivos.²⁰

La fatiga, nivel de libido bajo, poco apetito, pérdida de peso, pueden ocurrir tanto en enfermedades relacionadas al VIH como en la depresión.²¹ La depresión también está

asociada con el abuso de sustancias que disminuyen la calidad de vida, así como con el incremento en la práctica de conductas de alto riesgo que pueden transmitir VIH,²² conllevando a un aumento en el uso de recursos para el cuidado de la salud entre los pacientes de atención primaria; y finalmente con el aumento de la tasa de suicidio.

Un estudio transversal realizado en 2014 en la ciudad de Delhi, India, encontró que el 58.7% de las personas con VIH sufrían depresión, la edad promedio fue de 30 a 59 años. La prevalencia más alta se presentó en las mujeres (61%). Así mismo, se encontró que la depresión aumenta conforme progresa la severidad de la enfermedad; se encontró que las personas con mayor grado de depresión reportaron desempleo, baja escolaridad, y de acuerdo a la composición familiar la tasa de depresión fue mayor en las familias compuestas (71.9%), comparado con las familias nucleares (49.3%) y las extensas (43.75%). De igual manera, se observó mayor depresión en personas con bajo ingreso económico, y se encontró a la migración como un factor de riesgo asociado. La menor prevalencia de depresión se observó en los casados y en aquéllos con un buen soporte familiar.²³

2.4.1. Instrumentos para medir y/o diagnosticar depresión y estigma

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue creado en 1961 por Aaron T. Beck, pionero en la terapia cognitiva, con el propósito de determinar el nivel de severidad e intensidad de los síntomas depresivos. El BDI es una escala ampliamente utilizada tanto en estudios de investigación como en estudios clínicos. La versión más reciente es el BDI-II publicado en 1996, el cual es un formato completamente de autoaplicación; es una escala ordinal de depresión que puede ser utilizada en personas con un rango de edad de 13 años o más. La clasificación de síntomas de depresión en términos de severidad se establece conforme a una escala de 0 a 3 basado en 21 preguntas específicas y un máximo posible de 63 puntos. La estructura de este instrumento consta de dos grandes factores. El primer factor, llamado cognitivo-afectivo, consiste en la presencia de los siguientes síntomas: tristeza, fracasos en el pasado, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de pena, autopercepción negativa, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés en el sexo, indecisión, falta de valor e irritabilidad. El segundo factor, denominado somático, incluye: pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, cambios en el apetito, dificultad para la concentración y cansancio o fatiga.^{24,25}

En el año 2005, el Dr. John S. Wiebe realizó una investigación buscando comparar las características psicométricas del BDI-II en su versión original en inglés y en su

correspondiente traducción al español, proporcionando información acerca de la consistencia interna y la estructura factorial de ambas versiones. La muestra fue de 894 estudiantes de psicología de la universidad de El Paso, Texas, donde la mayoría de ellos fueron de origen hispano. Los resultados evidenciaron que una y otra escalas de fiabilidad fueron similares en ambos idiomas. La versión en inglés del BDI-II rindió un coeficiente α de 0,89 y su traducción al español un coeficiente α de 0,91. Una semana después, se evaluó la fiabilidad *test-retest*, siendo buena para ambas.²⁶

El estudio proporcionó evidencia acerca de la fiabilidad para ambas versiones del instrumento, sugiriendo que existe una mínima diferencia en los resultados generales que pueden ser atribuidos al idioma. De la misma manera, la consistencia interna del BDI-II fue sólida y casi idéntica entre ambas versiones. La fiabilidad del *test-retest* fue aceptable, siendo ligeramente mayor la fiabilidad de la versión en español. Los resultados fueron consistentes con los hallazgos obtenidos en publicaciones previas acerca del BDI-II en español y, junto a estos estudios, sugieren que la traducción de la escala es apropiada para ser utilizada en cohortes con fines médicos y estudiantiles.²⁶

Un segundo ámbito de evaluación corresponde al estigma relacionado con la enfermedad ocasionada por el VIH. Considerando el estigma relacionado con dicha enfermedad como factor contribuyente a la depresión, se aplicará un segundo instrumento de evaluación, titulado: "Escala de estigma relacionada con VIH, versión abreviada en español de la Dra. Molly F. Franke".

Entre los autores conocidos que han validado y publicado un instrumento para medir estigma relacionado con VIH se encuentra la Dra. Bárbara Berger (2001). La Dra. Berger y sus colegas desarrollaron una escala para evaluar la percepción de estigma entre las personas infectadas con VIH, demostrando validez y fiabilidad de su escala en la población adulta infectada con VIH en Estados Unidos. La evaluación consta de 40 reactivos con 4 posibles respuestas en escala de Likert (totalmente de acuerdo =4, de acuerdo =3, en desacuerdo =2, totalmente en desacuerdo =1); a su vez se subdivide en 4 subescalas: a) estigma de la persona (posteriormente renombrado por Bunn como difusión del estigma), b) temor por dar a conocer el diagnóstico, c) autopercepción negativa, d) temor por las actitudes públicas hacia las personas que viven con VIH.

La Dra. Molly F. Franke y sus colegas publicaron en octubre de 2008 un estudio de investigación para la validación y abreviación en idioma español de la escala de estigma relacionada con VIH de la Dra. Berger. Esta versión en español, completa y abreviada, se aplicó a una población urbana de Lima, Perú, constando de 40 y 21 reactivos respectivamente, y modificando la redacción de la escala de Likert utilizada en la versión

original, con la finalidad de reflejar continuidad (casi siempre =4, algunas veces =3, raramente =2, casi nunca =1) en lugar de nivel de coincidencia (acuerdo o desacuerdo).

La escala de estigma relacionada con VIH en su versión en español de la Dra. Franke tuvo un coeficiente α de Cronbach de 0,89 para la escala general, permaneciendo con una fiabilidad interna alta evidenciada con coeficiente α de 0,80 o mayor para las subescalas difusión del estigma y temor por las actitudes públicas, mientras que para las subescalas de temor por dar a conocer el diagnóstico y autopercepción negativa, el coeficiente α fue de 0,68 y 0,70 respectivamente. Por otro lado, la versión abreviada en español de la escala original de estigma relacionada con VIH tuvo también una fiabilidad interna general buena (coeficiente α de 0,84). En cuanto a la validez del constructo, ambas escalas en su versión en español (escala completa y versión abreviada) mostraron buena validez.²⁷

3. ANTECEDENTES

Para el año 2030, el VIH/SIDA y la depresión han sido proyectados como las dos principales causas de discapacidad a nivel mundial.¹⁹

En la actualidad la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y México afecta sobre todo a grupos que mantienen prácticas de riesgo: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores del sexo (TS) y usuarios de drogas inyectables (UDI). En América Latina, la prevalencia es menor al 10% entre los TS; en contraste, la prevalencia entre los HSH es superior al 10% en nueve de 15 países que presentaron informes en 2015. En México, la prevalencia es de 23% en HSH, 2% en TS y 6% UDI, contra 0.3% en la población general adulta.³

En un meta-análisis sobre el riesgo para trastorno depresivo en el contexto de infección por VIH, se encontró que los individuos con VIH eran 1,99 veces más propensos a ser diagnosticados con trastorno depresivo mayor que los individuos sin VIH.^{28, 29} Otro meta-análisis, a través de 95 muestras, encontró una asociación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y la no adherencia al tratamiento ARV.^{30,31} Un tercer meta-análisis de 29 estudios publicados entre el 2001 y el 2012 evaluó la efectividad del tratamiento antidepresivo en personas con VIH/SIDA para mejorar la adherencia al tratamiento ARV, concluyendo que el tratamiento antidepresivo y el alivio del estrés psicológico están asociados con el mejoramiento en la adherencia a la terapia ARV. Un estudio transversal realizado en Chegdu, China, con 321 participantes con VIH, mostró que más de la mitad (55.8%) presentaron depresión. El estrés percibido y el estigma promulgado se asociaron como factores de riesgo para depresión.³²

Otro estudio transversal en Estados Unidos, a través del Sistema Complementario de Vigilancia del VIH (*Medical Monitoring Project MMP*), incluyó 4,217 participantes. La prevalencia de depresión fue de 25.6%. La depresión fue más común en mujeres, edad entre 35 y 44 años, escolaridad menor a secundaria y con ingreso económico bajo.²²

En Nuevo León, México, se evaluó a 200 mujeres con VIH que acudían al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y a la clínica 6 del IMSS, encontrando que la discriminación percibida en el trabajo y su entorno comunitario se relaciona mayormente con los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión, experimentando tristeza ante la mirada de desaprobación y el trato diferencial.³³ En Hermosillo, México, tras la evaluación de 64 personas con VIH que acudían al CAPASITS, se corroboró el papel benéfico que desempeñan los niveles bajos de estrés y depresión sobre la adhesión al tratamiento

ARV.³⁴ Numerosos investigadores y médicos coinciden en que la depresión es el trastorno mental más incapacitante y causante de un mayor riesgo para otros problemas de salud como la infección por VIH/SIDA.³⁵

Por lo tanto, los síntomas depresivos conducen a pobres resultados de salud en el paciente con VIH y la adherencia al tratamiento ARV es crítica para lograr resultados óptimos, tales como: supresión de la carga viral, aumento de la cuenta de linfocitos CD4, disminución del riesgo de infecciones oportunistas y disminución del riesgo de muerte. Estos hallazgos sugieren que el manejo efectivo de la depresión puede resultar en un considerable mejoramiento en los resultados de salud y calidad de vida.^{19,29}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es una patología que atañe a la salud pública, ya que su existencia afecta a 36,9 millones de personas en todo el mundo. Debido a la rápida expansión del acceso a la terapia ARV –actualmente más de 15 millones en el mundo–, el número de casos nuevos de VIH se han reducido en un 35,0% desde el año 2000 y, entre el periodo 2010-2014, la mortalidad disminuyó un 26,0%, pasando a ser una enfermedad crónica degenerativa. Como consecuencia, aumenta la expectativa de vida en la población afectada, traduciendo una tendencia positiva hacia el control de la enfermedad. Sin embargo, se ha demostrado que las PVVIH tienen 1,99 veces más probabilidades de padecer depresión, y resultados publicados recientemente, asocian los síntomas depresivos con baja adherencia al tratamiento ARV, así como al incremento de conductas altamente riesgosas que hacen proclive la transmisión del virus.

Como se menciona en la literatura, el VIH/SIDA es una enfermedad que conlleva una enorme carga psicológica y emocional debido al constructo social negativo que se tiene de esta enfermedad, factor importante para la perpetuación de un estado anímico deprimido si no se realiza una intervención oportuna. El diagnóstico, el tratamiento inicial y el seguimiento del VIH y la depresión deben ser abordados por el Médico Familiar.

De acuerdo a lo que se describe anteriormente en el presente documento, y al interés por demostrar la coexistencia de ambas enfermedades, se realizó un estudio transversal analítico entre el 30 de abril y el 30 de diciembre de 2016, en la población que vive con VIH/SIDA adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que acude a revisión médica a la Clínica de VIH ubicada en el Hospital General Regional (HGR) No. 20 en Tijuana y que por división delegacional pertenece a la zona costa en Baja California integrada por las Unidades de Medicina Familiar localizadas en los municipios de Ensenada, Tecate, Rosarito y Tijuana.

4.1. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de depresión en las personas con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California?

5. JUSTIFICACIÓN

Se consideró fundamental realizar una estimación de la prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA, ya que el conocimiento del diagnóstico de VIH se enlaza con la aparición de síntomas de depresión, debido a que la construcción predominante en torno al VIH/SIDA se vincula con la muerte, el miedo al contagio y la desviación moral.

La infección por VIH es una enfermedad infectocontagiosa incurable de prioridad sanitaria para el país y, por ende, para Baja California, ya que se destaca dentro de los primeros diez estados con mayor carga de VIH/SIDA a nivel nacional.

La zona costa en Baja California a nivel delegacional se constituye por las unidades de Medicina Familiar localizadas en los municipios de Tijuana, Ensenada, Tecate y Rosarito. Al cierre del año 2014, se reportó un total de 1,109, 958 derechohabientes adscritos a médico familiar, con una proyección al año 2015 de 1, 200, 852 adscritos, cifras obtenidas en Acceder 2014.

La clínica de VIH ubicada dentro de las instalaciones del HGR No. 20, que atiende a la población correspondiente a esta zona, se fundó hace aproximadamente 20 años. En la actualidad, cuenta con un total de 722 pacientes censados hasta julio 2016, los cuales representan el 0,06% del total de adscritos de la zona costa. Entre los diagnósticos documentados en esta población afectada, no existe el registro de depresión como comorbilidad.

Dentro de la atención institucional de esta unidad hospitalaria se brinda atención psicológica y psiquiátrica a la población general derechohabiente. No obstante, no existe una vinculación directa entre la clínica de VIH y estos servicios profesionales. Por otro lado, en la literatura científica local no se encontró algún estudio que aborde la vinculación VIH/SIDA con depresión.

Finalmente, los resultados del presente trabajo se utilizaron de manera confidencial, honesta y responsable, en beneficio de las PVVIH/SIDA.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS, que vive en la zona costa en Baja California.

6.2. Objetivos específicos

- a) Describir las características de la población.
- b) Determinar la proporción de depresión en las PVVIH.
- c) Identificar la presencia de factores de riesgo para depresión (estigma, deportación, migración, abuso sexual, uso de drogas, tabaquismo, alcoholismo, comorbilidades; uso de tratamiento ARV, uso de Efavirenz; años de evolución; nivel de CD4 y carga viral).
- d) Estimar la asociación entre depresión y factores de riesgo identificados.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Diseño de estudio

Estudio transversal analítico.

7.2. Lugar de estudio

Clínica de VIH localizada dentro de las instalaciones del HGR No. 20 del IMSS en Tijuana, Baja California.

7.2.1. Periodo de recolección de datos

02 de mayo al 01 de julio de 2016.

7.3. Población en estudio

7.3.1. Marco muestrable

PVVIH que acudieron a la Clínica de VIH del IMSS durante el periodo de recolección de datos.

7.3.2. Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

7.3.3. Técnica de muestreo

Aplicación de encuesta consistente en: a) Cuestionario estructurado de 40 preguntas cerradas elaboradas por el investigador; b) Cuestionario validado de Depresión BDI-II de 21 preguntas específicas; c) Escala validada de estigma relacionada con VIH de 21 preguntas con respuesta en escala de Likert.

7.3.4. Tamaño de la muestra

Se calculó tamaño de muestra con fórmula para población finita:

Un total de 251 PVVIH

$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{i^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$ Dónde: $Z=1.96$, $N=722$, $p= 0.5$, $q= 1-p=0.5$, $i=0.05$

$n = 251$

7.4. Criterios de inclusión y exclusión

7.4.1. Criterios de Inclusión

- a) Persona con 18 años o más y prueba Western Blot positiva.
- b) Conteo de carga viral y CD4 en los últimos 12 meses.
- c) Con esquema de tratamiento antirretroviral.
- d) Autorización para participar en el protocolo de estudio mediante consentimiento informado por escrito.

7.4.2. Criterios de exclusión

- a) PVVIH con incapacidad de responder la encuesta.

7.5. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario estructurado elaborado por el investigador, el cual fue revisado por el grupo de asesores. Se recolectó información del expediente institucional electrónico y del cuestionario elaborado por el departamento de Epidemiología del Hospital. Para evaluar depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II y, para evaluar estigma relacionado con el VIH, se aplicó la Escala de la Dra. Molly F. Franke en su versión abreviada en español.

7.5.1. Cuestionario estructurado

Constó de 40 preguntas elaboradas por el investigador. Abordó características sociodemográficas y factores de riesgo relacionados a conductas sexuales y uso de sustancias, comorbilidades y antecedentes relacionados con el diagnóstico de VIH y su tratamiento.

7.5.2. Inventario de Depresión de Beck II

Es un formato completamente de autoaplicación. Se puede utilizar en personas mayores de 13 años. Está integrado por dos factores. El primer factor es el cognitivo-afectivo, y el segundo se denomina somático. Constó de 21 preguntas específicas, cada ítem se valoró de 0 a 3, con una puntuación máxima posible de 63. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Americana de Psiquiatría son: de 0 a 9 puntos para

depresión ausente, de 10 a 16 puntos para depresión leve, de 17 a 29 puntos para depresión moderada y de 30 a 63 puntos para depresión grave.

7.5.3. Escala de estigma relacionada con VIH de la Dra. Molly F. Franke

Es un formato de autoaplicación, versión abreviada y en español. Se integra de 4 subescalas: Difusión del estigma, temor por dar a conocer el diagnóstico, autopercepción negativa y temor por las actitudes públicas. Constó de 21 reactivos, utilizando posibles respuestas en escala de Likert, esto es, 4 = casi siempre, 3 = algunas veces, 2 = raramente, 1 = casi nunca.

7.6. Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición conceptual
Variable dependiente				
Depresión	Cuantitativa discreta	Inventario de Depresión de Beck II. Puntuación obtenida con la escala.	1. 0-9 = Mínima 2. 10-16= Leve 3. 17-29= Moderada 4. 30-63=Grave	Trastorno mental 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.
Variables independientes				
SIDA	Cuantitativa discreta	Nivel de CD4 según la clasificación inmunológica de CDC 1993.	1. ≥ 500 cel./mm ³ 2. 200-499 cel./mm ³ 3. < 200 cel./mm ³	Etapa sintomática de la infección por VIH, con la concurrencia de infecciones oportunistas y neoplasias relacionadas al VIH.
Estigma	Cuantitativa discreta	Escala de Likert 4= Casi siempre 3=Algunas veces 2= Raramente	1. Bajo nivel de estigma 1.0 – 2.0 2. Alto nivel de estigma 2.1 – 4.0	Característica que desprestigia a una persona ante los ojos de otros.

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición conceptual
		1=Casi nunca		
Edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18 – 44 a. 2. 45 – 59 a. 3. > 60 a. 	Tiempo que ha vivido una persona.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Órganos sexuales al nacimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino 	Condición orgánica, masculina o femenina.
Escolaridad	Cuantitativa discreta	De acuerdo a la definición de la SEP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación básica = 6-9 años 2. Educación media superior = 9-12 años 3. Educación superior = >12 años 	Años aprobados desde primero de primaria hasta el último año cursado.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Según la enciclopedia jurídica ed. 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado 	Relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.
Ocupación	Cualitativa politómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleado 2. Obrero empleo temporal 3. Obrero con empleo tiempo completo 4. Campesino 5. Profesionista 	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición conceptual
			6. Pensionado 7. Jubilado	
Residencia actual	Cualitativa nominal politómica	De acuerdo a INEGI	1. Tijuana 2. Tecate 3. Rosarito 4. Ensenada	División territorial de Baja California por municipios.
Viaja a Estados Unidos	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	1. Sí 2. No	Traslado de un lugar a otro (Baja California – Estados Unidos).
Deportación	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de USCIS	1. Sí 2. No	Remoción formal de un extranjero de Estados Unidos cuando ha sido encontrado elegible para su remoción por violar las leyes de inmigración.
Migración interna	Cualitativa nominal dicotómica	De acuerdo a la definición de la CONAPO	1. Sí 2. No	Traslado que se da dentro de un mismo territorio.

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición conceptual
Migración externa	Cualitativa nominal dicotómica	De acuerdo a la definición de CONAPO	1. Sí 2. No	Traslado de un lugar a otro. Puede llamarse emigración o inmigración.
Uso de ARV	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la OMS	1. Sí 2. No	Medicamentos que impiden la multiplicación del VIH en el organismo
Uso de Efavirenz	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la OMS	1. Sí 2. No	Inhibidor de la transcriptasa reversa no nucleósido.
Años de evolución	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición del Instituto Nacional del Cáncer	1. Menor a 5 años 2. 5 años o mas	Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el inicio del tratamiento de una enfermedad hasta que empieza a empeorar a diseminarse a otras partes del cuerpo.
Comorbilidad	Cualitativa politómica	Diagnóstico confirmatorio de DM2, HAS, Hepatitis B/C, TB	1. Sí 2. No	Enfermedad y / o diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial.

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición conceptual
Tabaquismo	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	1. Sí 2. No	Adicción al consumo de tabaco.
Uso de drogas	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición del N.I.D.A.	1. Sí 2. No	Búsqueda y consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas.
Alcoholismo	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	1. Sí 2. No	Abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.
Orientación sexual	Cualitativa politómica	De acuerdo a la definición de la Secretaría de Salud	1. Heterosexual 2. Bisexual 3. Homosexual	Es la atracción emocional y erótica de un individuo hacia hombres, mujeres o ambos.
Pareja sexual	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	1. Sí 2. No	Persona que acompaña a otra en una actividad.
Número de parejas sexuales	Cuantitativa discreta	Número total de parejas sexuales en 12 meses	1. 1 pareja sexual en los últimos 12 meses 2. > 1 pareja sexual en los	Conjunto formado por dos personas que mantienen una relación sexual.

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición conceptual
			últimos 12 meses	
Uso de condón	Cualitativa dicotómica	Uso de condón	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Nunca 	Relación sexual en la que se utiliza condones u otras barreras.
Sexo con hombres	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	Actividad sexual con un hombre.
Sexo con mujeres	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	Actividad sexual con una mujer.
Sexo con migrantes	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	Actividad sexual con migrantes.
Sexo con trabajadores sexuales	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	Actividad sexual con trabajadores sexuales.

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Definición conceptual
Sexo con presos	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de la Real Academia Española	1. Sí 2. No	Actividad sexual con personas internas en CERESO
Historia de abuso sexual en la infancia	Cualitativa dicotómica	De acuerdo a la definición de A.M.S.S.A.C.	1. Sí 2. No	Sin consentimiento de una persona, se ejecute en ella un acto sexual, se obligue a observarlo o se haga ejecutarlo, aun cuando no haya presión, coacción o violencia.
Familia	Cualitativa politómica	Persona(s) con quien(es) vive	1. Sin familia 2. Familia nuclear de origen 3. Familia nuclear procreativa 4. Familia extensa 5. Familia compuesta	Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.

N.I.D.A. National Institute on Drug Abuse.

A.M.S.S.A.C. Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C

U.S.C.I.S. Servicio de ciudadanía e inmigración de Estados Unidos (siglas en inglés)

7.7. Procedimiento

En la ciudad de Tijuana, Baja California, durante el periodo comprendido entre el 02 de mayo y el 01 de julio de 2016, dentro de las instalaciones del HGR No. 20 del IMSS, donde se encuentra ubicada la clínica de VIH de la zona costa en Baja California, previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud y de las autoridades institucionales, se llevó a cabo la recolección de datos sociodemográficos y factores de riesgo a través de la aplicación de un cuestionario estructurado elaborado por el investigador principal. Como parte de esta encuesta, se aplicaron 2 pruebas validadas que midieron el nivel de depresión (BDI II) y la percepción de estigma relacionado con VIH (Dra. Molly F. Franke). De un total de 722 personas con VIH/SIDA registradas en la Clínica de VIH, un aproximado de 580 fueron las que acudieron a consulta médica mensual. A las personas que contaron con los criterios de elegibilidad y que se encontraron en la sala de espera de la clínica de VIH, dentro del área correspondiente al departamento de epidemiología, se les realizó la invitación a participar en el presente estudio de investigación de manera personalizada, por parte de la Dra. Patricia Meza, investigadora principal, la Dra. Yossadara Luna, investigadora asociada y la Dra. Samantha Torres, investigadora responsable y epidemióloga de la institución. Una vez aceptada la participación en la investigación y posterior a completar el consentimiento informado por escrito, se realizó la aplicación de la encuesta, integrada por un cuestionario que identificó características sociodemográficas y factores de riesgo, posterior a ello, dos pruebas de autoaplicación para evaluar depresión y estigma. Se realizó la invitación a 214 PVVIH; finalmente, acudieron y fueron encuestadas 136 personas con VIH/SIDA. Cada caso fue individualizado, durante los días lunes a viernes en un periodo máximo de 44 días.

Los participantes confirmaron estar enterados de que el uso de la información recolectada solo se utilizó con fines de investigación, resguardando la confidencialidad de cada caso incluido.

7.8. Análisis estadístico

Para cumplir los objetivos planteados, se realizó un análisis descriptivo. Se determinó la frecuencia de depresión y la frecuencia de los factores de riesgo en las PVVIH que reciben atención médica en la clínica de VIH dentro de las instalaciones del HGR No. 20 IMSS, Tijuana. Para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y proporciones expresadas en porcentajes; y para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión. Los datos para este análisis se tomaron del expediente clínico (año del diagnóstico, carga viral, nivel de CD4 y esquema de tratamiento ARV), información obtenida del cuestionario estructurado, del BDI-II y de la escala de estigma relacionada con VIH. Para limitar el sesgo se dividió la muestra en dos grupos: grupo 1 PVVIH con algún grado de depresión y grupo 2 PVVIH sin depresión. Se realizó un análisis comparativo de las características sociodemográficas y los factores de riesgo, para la determinación del valor de P se utilizó Chi cuadrada. Posteriormente se determinó la asociación entre la variable dependiente Depresión con las co-variables: estigma, deportación, migración, abuso sexual, tabaquismo, alcoholismo, comorbilidades, uso de ARV, uso de Efavirenz, años de evolución, nivel de CD4 y carga viral; primero se realizó un análisis bivariado de regresión logística para identificar los factores asociados con Depresión. Posteriormente, el modelo multivariado se desarrolló usando un procedimiento manual donde se incluyeron todas las variables de interés que alcanzaron un nivel de significancia $<20\%$ en el análisis bivariado. Se consideraron en forma escalonada a partir de las variables con mayor valor de P. La prueba de razón de momios se realizó para comparar los modelos, utilizando un nivel de significancia del 5% y seleccionar las variables para incluirlas en el modelo final. La determinación de la confiabilidad de los instrumentos de medición fue mediante el cálculo de alfa de Cronbach. Para ambos instrumentos –Escala de estigma relacionada con VIH versión abreviada-en español y BDI-II–. Asimismo, se calculó el coeficiente alfa por subescalas del instrumento que evaluó estigma.

El análisis estadístico se realizó con el programa STATA versión 12 para MAC.

8. ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo de investigación fue sometido a revisión por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud. Apoyándose en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, conforme a los números 14, 26 y 31 de los principios éticos aplicables cuando la investigación se combina con la atención médica, fue posible que esta investigación se llevara a cabo en la población con VIH/SIDA inscrita en la Clínica de VIH ubicada dentro de la Unidad Médica HGR No. 20 en Tijuana, B.C., cuya finalidad fue generar un valor benéfico potencialmente mayor desde el enfoque preventivo, diagnóstico y terapéutico, sin afectar de manera adversa la salud de la población participante, respetando la libertad inalienable de cada individuo para rechazar su participación en la investigación.

De igual manera, actuando bajo los lineamientos de los proyectos de investigación en salud del IMSS y el artículo 98 de la Ley General de Salud en relación a la investigación en seres humanos, previa aceptación y autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud y autoridades institucionales, a los participantes se les otorgó por escrito un consentimiento informado donde se explica brevemente el objetivo principal del estudio y el motivo por el cual es importante llevarlo a cabo; así mismo, se les garantizó que la información obtenida fue manejada de manera confidencial únicamente por el equipo de investigadores. Este consentimiento fue firmado al aceptar la participación en la investigación.

Al final de la investigación, se entregaron los resultados obtenidos, así como las conclusiones finales, a las autoridades institucionales y departamentales implicadas.

9. RESULTADOS

9.1. Características de la población

En el presente estudio se analizaron los datos de 136 personas con VIH/SIDA que viven en la Zona Costa de Baja California y que asisten a la Clínica de VIH/SIDA, ubicada dentro de las instalaciones del HGR No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Tijuana. En el análisis de la información se mostró un predominio de hombres con una razón de 3 a 1. Al analizar la distribución poblacional por edad, se observó un sesgo de 0.32 y una curtosis de 2.87. Con base a este resultado, se decidió utilizar mediana y Rango Inter cuartilico (RIC). La mediana de edad fue de 41 años; la edad mínima 20 años y la edad máxima 78 años; el RIC= 33-50 años, el rango de edad sobresaliente estuvo entre los 18 y 44 años [tabla 1]. Del total, 72 participantes (52.9%) refirieron ser solteros, seguido de 24 (17.6%) que viven en unión libre. También, 89 (65.4%) reportaron ser obreros, que incluye empleo temporal y definitivo de tiempo completo. Cabe destacar que 22 (16.1%) estaban pensionados, superando en número al grupo que mencionó tener escolaridad superior, sea licenciatura o posgrado, 16 (11.7%). Más de la mitad reportó tener escolaridad básica (primaria y secundaria), 74 (54.4%). La mayoría, 124 (91.1%) fueron residentes de la ciudad de Tijuana, 38 (27.9%) fue población móvil¹ hacia la frontera norte con Estados Unidos. De la población estudiada, 100 (73.5%) fueron migrantes, siendo 97 (97%) por migración interna, principalmente de la región centro occidente, que incluye Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Nayarit, y solo 14 (10.2%) contaron con el antecedente de haber sido deportados [tabla 1].

Tabla 1

Características sociodemográficas personas con VIH /SIDA n = 136	
Variable n (%)	General
Edad	
X ± DE, años	41.7 ± 11.4
Mediana, años	41
RIC	33-50
18 – 44	82 (60.29)
45 – 59	47 (34.56)
≥ 60	7 (5.15)
Sexo	
Masculino	102 (75.0)

¹ Móvil. Se refiere a las personas que cruzan de manera legal la frontera norte de México hacia Estados Unidos de América.

Femenino	34 (25.0)
Estado civil	
Soltero	72 (52.94)
Unión libre	24 (17.65)
Casado	22 (16.18)
Viudo	14 (10.29)
Divorciado	4 (2.94)
Ocupación	
Desempleado	8 (5.89)
Obrero	89 (65.44)
Profesionista	16 (11.76)
Pensionado	22 (16.18)
Jubilado	1 (0.74)
Escolaridad	
Sin escolaridad	4 (2.94)
Básica *	74 (54.41)
N. medio superior	38 (27.94)
N. superior **	20 (14.71)
Residencia	
Tijuana	124 (91.18)
Rosarito	9 (6.62)
Tecate	3 (2.21)
Viaja a E.U.	
Sí	38 (27.94)
No	98 (72.06)
Antec. Deportación	
Sí	14 (10.29)
No	122 (89.71)
Migración	
Sí	100 (73.53)
No	36 (26.46)
Interna	97 (97.00)
Externa	1 (1.00)
Ambas	2 (2.00)

* Escolaridad básica incluye primaria y secundaria.

** Escolaridad nivel superior incluye licenciatura y posgrado.

Del total de participantes, 59 (43.38%) reportaron ser heterosexuales y en una misma frecuencia reportaron ser homosexuales, 59 (43.38%). En relación a otros factores de riesgo, 25 (18.38%) refirieron haber tenido sexo con migrantes, 23 (16.91%) sexo con

trabajadores sexuales y 5 (3.68%) sexo con presos. 23 (16.91%) fueron víctimas de abuso sexual y 13 (9.56%) mencionaron haber tenido más de 1 pareja sexual en 6 meses.

Del total, 78 (57.35%) hicieron uso frecuente (siempre) del condón como método de barrera para prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Poco más de la tercera parte de este grupo (42.64%) tuvieron falla en el uso del método de barrera durante su actividad sexual y por ende, falla en la prevención de la transmisión del virus.

Otro factor de riesgo identificado fue el uso de sustancias –alcohol, tabaco y drogas–. 83 (61.03%) con tabaquismo positivo, 116 (85.29) alcoholismo positivo, 34 (35%) refirió consumo de otras drogas ilícitas, y 10 (7.35%) hacen uso de ellos en la actualidad [tabla 2].

Tabla 2

Características personales		
Variable n (%)		General 136 (100)
Orientación sexual	Heterosexual	59 (43.38)
	Homosexual	59 (43.38)
	Bisexual	18 (13.24)
Sexo con	migrantes	25 (18.38)
	Trabajador sexual	23 (16.91)
	presos	5 (3.68)
Abuso sexual		23 (16.91)
>1 pareja sexual (PS) en 6 meses		13 (9.56)
Uso de condón	Siempre	78 (57.35)
	Casi siempre	21 (15.44)
	Algunas veces	21 (15.44)
	Nunca	16 (11.76)
Tabaquismo		83 (61.03)
Alcoholismo		116 (85.29)
Uso de drogas		34 (25.00)

La comorbilidad que predominó en ambos grupos por género fue la hipertensión arterial. En el grupo masculino, 10 (13.9%) presentaron comorbilidades metabólicas e infecciosas, y solo 1 (0.9%) presentó de origen oncológico. En el grupo femenino, 9 (29.4%) presentaron las comorbilidades de origen metabólico, seguido de 2 (5.8%) que presentaron de origen infeccioso [tabla 3].

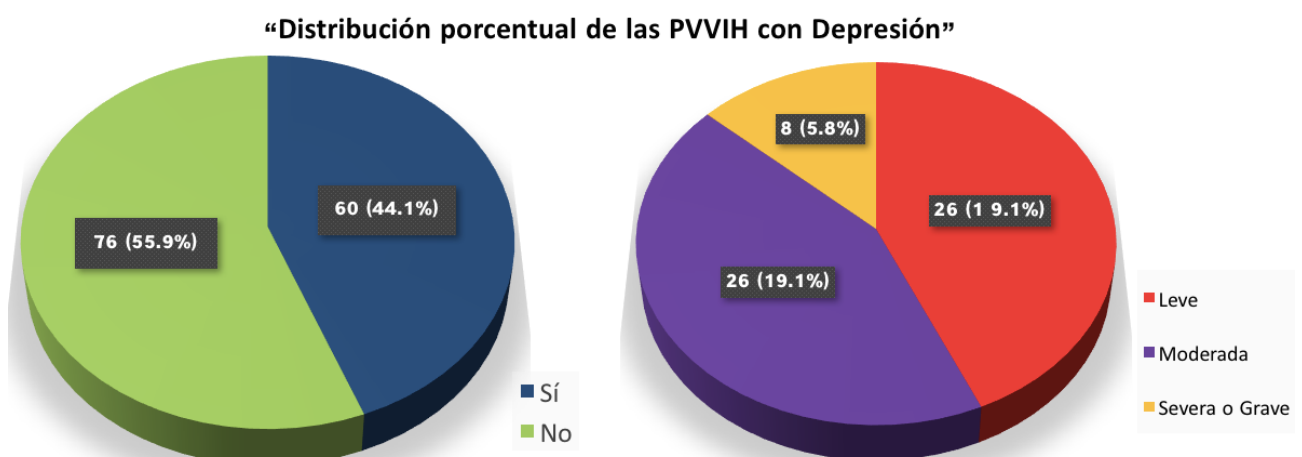
Tabla 3

Comorbilidades en la persona que vive con VIH/SIDA		
Variable n (%)	Masculino	Femenino
Hipertensión arterial	10 (9.8)	8 (23.5)
Tuberculosis	5 (4.9)	2 (5.8)
Hepatitis C	5 (4.9)	0 (0.0)
Hepatitis B	4 (3.9)	0 (0.0)
Diabetes Mellitus	4 (3.9)	1 (2.9)
Cáncer	1 (0.9)	0 (0.0)
Hipotiroidismo	0 (0.0)	1 (2.9)
Hipertiroidismo	0 (0.0)	0 (0.0)

9.2. Depresión, estigma y otros factores identificados

De un total de 136 PVVIH/SIDA, en 60 (44.1%) resultaron positivo para depresión de acuerdo a la escala del inventario de Depresión de Beck II. Veintiséis participantes de la población estudiada (19.1%) resultaron con depresión leve y, en el mismo número y porcentaje, con depresión moderada; solo 8 (5.8%) resultaron con depresión severa o grave [Figura 1].

Figura 1

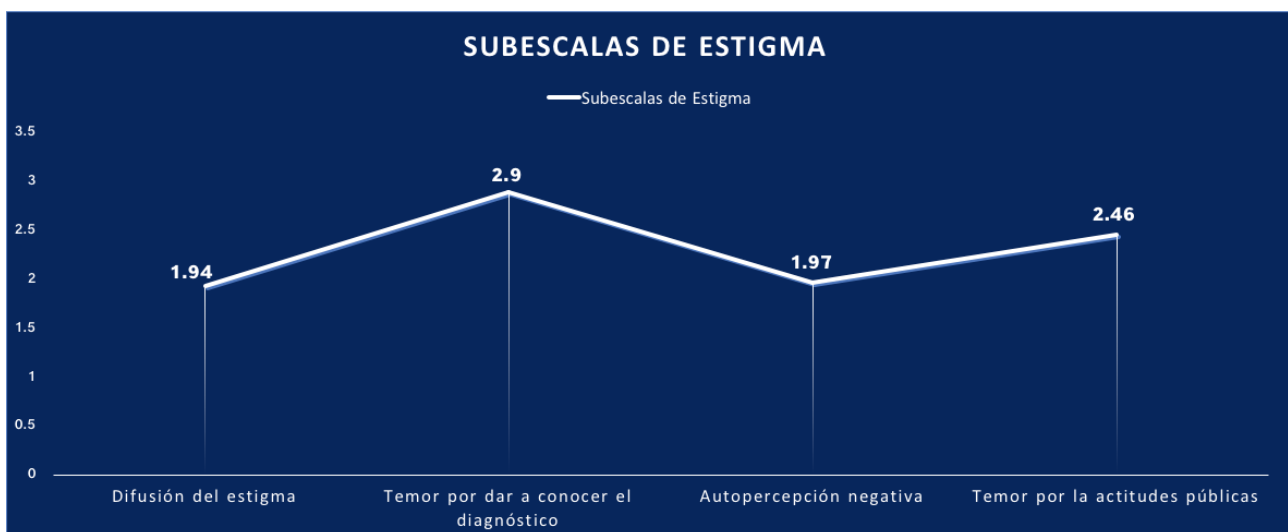


La covariable principal, estigma, fue dicotomizada en dos niveles: alto y bajo. Un total de 88 participantes (64.7%) tuvieron un nivel alto de estigma [Tabla 4], destacando el temor –por dar a conocer el diagnóstico y por las actitudes públicas hacia las personas con VIH– como el principal factor contribuyente a elevar el nivel de estigma en los participantes [Figura 2].

Tabla 4

Estigma percibido por la persona que vive con VIH/SIDA n = 136		
Variable n (%)	Alto	Bajo
Estigma	88 (64.7)	48 (35.3)

Figura 2



Se realizó un análisis comparativo generando dos grupos de personas que viven con VIH/SIDA: el grupo 1, que resultó con algún grado de depresión (leve, moderada o severa), y el grupo 2, que resultó negativo para depresión (ausente), observándose homogeneidad entre los grupos en relación a las características sociodemográficas [tabla 5].

Tabla 5

VARIABLE	DEPRESIÓN n=60	SIN DEPRESIÓN n=76	P
Mediana , años	38.5	42	0.68
RIC, años	33.5-49.5	32.5-50	
Masculino	41 (68.33)	61 (80.26)	0.11
Femenino	19 (31.67)	15 (19.74)	
Soltero	35 (58.33)	55 (72.37)	0.31
No soltero	25 (41.67)	21 (27.63)	
No empleado	15 (25.00)	16 (21.05)	0.95
Empleado	45 (75.00)	60 (78.95)	
Sin escolaridad	2 (3.33)	2 (2.63)	0.62
Básica	34 (56.67)	40 (52.63)	
Medio superior	18 (30.00)	20 (26.32)	
Superior	6 (10.00)	14 (18.42)	
Tijuana	56 (93.33)	68 (89.47)	0.85
No Tijuana	4 (6.67)	8 (10.53)	
Viaja a EU Sí	16 (26.67)	22 (28.95)	0.76
Deportación Sí	6 (10.0)	8 (10.53)	0.68
Migración Sí	46 (76.67)	54 (71.05)	0.34

* Escolaridad básica incluye primaria y secundaria.

** Escolaridad nivel superior incluye licenciatura y posgrado.

En el grupo 1 –Depresión– la auto percepción de estigma (alta percepción) se observó en 53 personas (88.3%). Otros factores evaluados en el grupo 1 fueron: antecedentes de deportación, 6 (10.0%); antecedente de migración, 46 (76.6%); antecedente de abuso sexual, 13 (21.6%); uso de tratamiento ARV, 50 (83.3%); uso de Efavirenz, 30 (50.0%); antecedente de uso de drogas 16 (26.6%); antecedente de tabaquismo, 35 (58.3%); antecedente de alcoholismo, 50 (83.3%); tipología familiar (se dicotomizó para el análisis estadístico en: *con familia* –nuclear, seminuclear, extensa, compuesta, no parental y equivalentes familiares–, y sin familia –solitario–; con familia, 52 (86.6%); antecedente de comorbilidades, 16 (26.6%); los años de evolución (5 años o

menos), 34 (56.6%); nivel de CD4 (< 200 cel./mL) 12 (20.0%); y finalmente, la carga viral (>50 copias/mL), 20 (33.3%).

En el análisis bivariado, la percepción alta de estigma y la tipología familiar (con familia), presentaron asociación y fueron estadísticamente significativas [tabla 6].

Tabla 6

Análisis Bivariado			
VAR	RM_c	IC 95%	P
Sexo femenino	1.88	0.80 - 4.46	0.11
Percepción alta de estigma	8.86	3.57 - 21.99	<0.001
Antecedente de deportación	0.94	0.30 – 2.88	0.92
Antecedente de migración	1.33	0.57 – 3.17	0.46
Antecedente de abuso sexual	1.82	0.73 – 4.51	0.19
Uso de tratamiento ARV	0.42	0.14 – 1.25	0.12
Uso de Efavirenz	0.71	0.34 – 1.45	0.35
Antecedente de uso de drogas	1.17	0.53 – 2.55	0.69
Antecedente de tabaquismo	0.81	0.40 – 1.63	0.56
Antecedente de alcoholismo	0.75	0.29 – 1.95	0.56
Con Familia	0.35	0.14 – 0.86	0.02
Comorbilidades	1.17	0.53 – 2.55	0.69
Años de evolución (≤ 5 años)	0.59	0.23 – 1.55	0.29
Nivel de CD4 (<200 cel./mL)	1.61	0.75 – 3.42	0.21
Carga viral (>50 copias/mL)	1.08	0.49 – 2.37	0.82

Para controlar las variables confusoras, se efectuó un análisis multivariado. Se incluyeron las variables de interés que alcanzaron un nivel de significancia de <20% en el análisis bivariado. El alto nivel de estigma auto percibido fue el principal factor positivamente asociado y estadísticamente significativo: Razón de momios (RM) 8.86; intervalo de confianza a 95% (IC 95%) 3.57 – 21.99; valor de p <0.001. La tipología familiar – con familia – (RM 0.35; IC 95% 0.14 – 0.86; p=0.02) se presentó como factor negativamente asociado y estadísticamente significativo [tabla 7].

Tabla 7

Análisis Multivariado				
Variable	RM_c	RM_a	IC 95%	P
Percepción alta de estigma	8.86	8.98	3.57 – 22.58	<0.001
Familia	0.35	0.34	0.13 – 0.90	0.03

9.3. Confiabilidad de los instrumentos de evaluación

La determinación de la confiabilidad de los instrumentos de medición fue mediante el cálculo de alfa de Cronbach. Para ambos instrumentos –Escala de estigma relacionada con VIH versión abreviada-en español y BDI-II– se obtuvo un alfa de 0.88. Asimismo, se calculó el coeficiente alfa por subescalas del instrumento que evaluó estigma obteniendo los siguientes resultados: Difusión del estigma, 0.82; temor por dar a conocer el diagnóstico, 0.76; autopercepción negativa, 0.77; temor por las actitudes públicas, 0.85.

10. DISCUSIÓN

Un total de 136 personas participantes que viven con VIH/SIDA, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que acudieron a cita mensual para recibir tratamiento ARV y consulta médica; esta última con el objetivo de lograr las metas del tratamiento ARV e identificar asociación a otras comorbilidades crónicas, sin embargo, pese al seguimiento y tamizaje médico, la depresión no fue una de las principales comorbilidades identificadas debido a que las estrategias diagnóstico-terapéuticas están enfocadas a combatir padecimientos biológicos infectocontagiosos concomitantes, principalmente tuberculosis y hepatitis. Actualmente, la clínica de VIH de la zona costa en Baja California no cuenta con un equipo multidisciplinario para el abordaje integral del paciente, omitiendo aspectos psicológicos y sociales, como la depresión y el estigma.

Una revisión de 49 publicaciones en las bases de datos PubMed y Scielo, de enero de 1995 a enero de 2009, respecto a la prevalencia de depresión en la población que vive con VIH, indicó que dicha prevalencia gira en torno al 35%, con valores que van desde 20% hasta 79%.³⁶

En Estado Unidos de América, país colindante con la frontera norte de Baja California, se encontró una prevalencia de 36%; en tanto, Brasil reportó una prevalencia de 21.8%.³⁶ En 2010, en Xalapa, Veracruz, se publicó una prevalencia de 18.76%, identificando mayor porcentaje de depresión en el sexo femenino: 33% vs el sexo masculino 14.5%; en viudos 40% y en divorciados 43%.³⁷ Durante la búsqueda bibliográfica, no se encontraron otros artículos publicados y realizados en México con relación a la prevalencia de depresión en personas con VIH.

En el presente estudio, la prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California fue de 44.12%, correspondiente al rango de frecuencias publicadas a nivel internacional y superior a la prevalencia publicada en Xalapa Veracruz, a nivel nacional. Dentro de las características de la población estudiada, se observó que la depresión predominó en el sexo femenino vs masculino; con escolaridad baja, sea sin escolaridad o escolaridad básica (primaria y secundaria) sin empleo –desempleado y jubilado –, perteneciente a una familia compuesta, seguido de la familia procreativa, sea nuclear simple o seminuclear, resaltando el predominio en el no casado – divorciado (familia interrumpida), en unión libre, y viudo (familia contraída) –.

En publicaciones previas de PubMed y Scielo, de enero 1995 a enero 2009,³⁶ se resalta como factor asociado a depresión la falta de redes de apoyo social, entre las cuales cabe mencionar la familia, sin embargo, en el presente estudio, no se evaluó a la familia como red de apoyo, únicamente la tipología familiar con relación a su composición.

Si bien el objetivo general de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de depresión en las personas que viven con VIH/SIDA, dentro de nuestros objetivos específicos consideramos estimar la asociación entre la depresión y el estigma; para ello, se evaluó la percepción de estigma relacionado con VIH/SIDA, obteniendo una prevalencia de 64.7% para percepción alta de estigma, en el total de la población estudiada (136 personas), predominando el temor por dar a conocer el diagnóstico y el temor por las actitudes públicas hacia las personas con VIH, subescalas del instrumento de evaluación (Escala de estigma). En el grupo 1 –Depresión (44.1%)– la percepción alta de estigma se observó en 53 personas (88.3%).

El estigma se ha descrito como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo ante los demás. El estigma relacionado a VIH tiende a construir y reforzar connotaciones negativas mediante la asociación a conductas marginalizadas –trabajador sexual, uso de drogas no lícitas, homosexualidad y práctica sexual transgénero–, incluyendo otros grupos vulnerables –presos y migrantes–. Las personas con VIH pueden internalizar las respuestas y reacciones negativas de los demás, proceso conocido como internalización del estigma, manifestándose a través de sentimientos de vergüenza, culpa e inutilidad que, al combinarse con el aislamiento social, puede conducir a depresión e incluso sentimientos de suicidio.³⁸ El estigma relacionado a VIH/SIDA ha sido estudiado internacionalmente buscando estrategias que contribuyan a la salud pública; es considerado una barrera para la prevención y el tratamiento de VIH/SIDA. Entre las personas que viven con VIH/SIDA en Sudáfrica y que experimentaron estigma o discriminación, se documentó que no revelaron su estatus de VIH a su pareja y se asoció a conductas de alto riesgo para la transmisión del virus.³⁹ Un estudio realizado en 2001 en la ciudad de Nueva York reportó que la depresión se correlacionó de manera independiente con el estigma.⁴⁰ A nivel nacional, se realizó un estudio entre enero de 2010 y agosto de 2011 en la Clínica de VIH/SIDA del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, y se encontró que la percepción de autoestigma (perjuicio contra sí mismo; consta de estereotipos, perjuicio y

discriminación) hacia el VIH/SIDA fue el principal factor psicosocial asociado de forma independiente al inicio tardío del tratamiento ARV altamente activo.⁴¹ En la literatura de 2010 a 2016 no se encontró estudio realizado que evalúe depresión y estigma en pacientes que viven con VIH/SIDA en Baja California, lo que abre otras futuras líneas de investigación.

Es importante mencionar que el ejercer el estigma es sinónimo de discriminación. La discriminación consiste en realizar acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas hacia las personas estigmatizadas, pudiendo ocurrir dentro del entorno familiar o comunitario,³⁵ y siendo inherente al estigma, podría evaluarse en investigaciones sucesivas.

10.1. Fortalezas

Una de las principales fortalezas fue demostrar la coexistencia de ambas enfermedades en una población relacionada con estigma por un constructo social de rechazo. De esta manera, se espera en el futuro poder gestionar el abordaje diagnóstico-terapéutico dirigido a la persona que vive con VIH/SIDA con un enfoque biopsicosocial. Otra de las fortalezas identificadas para la realización de este estudio fue el apoyo recibido por parte del departamento de Infectología y Epidemiología, áreas que también atienden a la población con VIH de manera conjunta a la Clínica de VIH.

10.2. Limitaciones

Una limitación del estudio fue la barrera del personal médico y no médico (enfermería) que atendió la Clínica de VIH al no presentar disposición para realizar esta investigación. Otras limitaciones identificadas fueron: el diseño del estudio y el tipo de muestreo. Siendo un estudio transversal, no permitió establecer temporalidad y por tanto, establecer efecto- causa; sin embargo, se pudo estimar la relación entre la depresión y el estigma. Asimismo, el tipo de muestreo, al ser no probabilístico, le es inherente el sesgo de selección; y el sesgo de información estuvo presente en la medición (memoria del participante y el sistema de medición). Otra de nuestras limitaciones fue el tamaño de la muestra que al no ser

representativo de la población, no permite generalizar los resultados, sin embargo, la asociación establecida entre depresión y estigma fue estadísticamente significativa.

El principal beneficio fue que se determinó la prevalencia de depresión en la PVVIH/SIDA y se estimaron los posibles factores de riesgo asociados, con la finalidad de contribuir en la mejora de la atención médica integral de la población considerada.

11. CONCLUSIONES

- 1.- Se determinó una alta prevalencia de depresión en la población con VIH/SIDA del IMSS que vive en la zona costa en Baja California (44.1%); correspondiendo al rango de frecuencias publicadas a nivel internacional (20% a 79%) y superior a la frecuencia nacional publicada en Xalapa, Veracruz (18.76%).
- 2.- La PVVIH/SIDA y depresión presentó una alta percepción de estigma (88.3%).
- 3.- La PVVIH/SIDA y depresión es 8.86 veces más propensa a presentar una alta percepción de estigma.
- 4.- La PVVIH/SIDA cuya familia involucra más de un integrante en el sistema familiar, tiene 65% menor probabilidad de presentar depresión.
- 5.- Es importante realizar un abordaje integral con enfoque biopsicosocial, siendo necesario implementar un equipo multidisciplinario que afronte las condiciones actuales de la clínica de VIH e iniciar con programas de apoyo para modificar la prevalencia de depresión y la autopercepción de estigma de la PVVIH/SIDA.

La principal aportación científica del presente estudio fue demostrar la coexistencia de ambas enfermedades VIH/SIDA y depresión en una población relacionada con alta percepción de estigma por un constructo social de rechazo. Se espera en un futuro mediano, se gestione el abordaje diagnóstico-terapéutico con un enfoque biopsicosocial dirigido a las PVVIH derechohabientes del IMSS. Por otro lado, esta investigación aportó a la institución de salud una base de información estadística inexistente acerca de la prevalencia de depresión en la PVVIH/SIDA, colaborando con herramientas documentales y abriendo nuevas líneas de investigación.

Finalmente, no se deja de reconocer los esfuerzos realizados por las autoridades institucionales para atender a este grupo de población vulnerable. Hoy se requiere de estrategias para integrar un equipo multidisciplinario conformado por trabajo social, psicología, médico especialista con capacitación en este grupo de población (Internaista y Familiar), enfermería, y tanatología, que redirija el enfoque terapéutico

biopsicosocial hacia las PVVIH/SIDA, a través de estrategias educativas con enfoque preventivo para detección oportuna de depresión. Los resultados obtenidos se difundieron a través de su exposición entre la comunidad médica involucrada principalmente en esta línea de investigación, así como entre las autoridades institucionales y departamentales, como epidemiología, clínica de VIH y Medicina Familiar.

12. ANEXOS

12.1. Hoja de recolección de datos

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 20
Tijuana, Baja California
Protocolo autorizado R-2016-201-30
CUESTIONARIO

PACIENTE

Fecha _____ Folio _____

No. Afiliación _____

1. Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad_____ (años cumplidos)

2. Estado de Nacimiento _____

3. Sexo: (1) Masculino / (2) Femenino

4. Estado civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Unión libre (4) Viudo (5) Divorciado

5. Ocupación: (1) Desempleado (2) Obrero con empleo temporal
(3) Obrero con empleo tiempo completo (4) Campesino
(5) Profesionista (6) Pensionado (7) Jubilado

6. Escolaridad: (1) Ninguna (2) Primaria (3) Secundaria (4) Nivel medio superior
(5) Licenciatura (6) Posgrado

7. Residencia actual (1) Tijuana (2) Tecate (3) Rosarito (4) Ensenada

8. ¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo en el municipio de su residencia actual?

(1) Menos de 5 años (2) 5 años o más

9. ¿Cruza usted a Estados Unidos?

(1) Sí (2) No

10. ¿En los últimos 6 meses ha cruzado usted a Estados Unidos?

(1) Sí (2) No

11. ¿Ha sido usted deportado de Estados Unidos alguna vez en su vida?

(1) Sí (2) No

Sexualidad

12. ¿Cuál es su orientación (preferencia) sexual?
(1) Hombres (2) Mujeres (3) Ambos
13. ¿Tiene usted pareja sexual actualmente?
(1) Sí (2) No
14. ¿Ha tenido usted más de 1 pareja sexual en los últimos 6 meses?
(1) Sí (2) No
15. ¿Con qué frecuencia utiliza condón durante sus relaciones sexuales?
(1) Siempre (2) Casi siempre (3) Algunas veces (4) Nunca
16. ¿Su pareja es VIH positivo?
(1) Sí (2) No (3) No tengo pareja
17. ¿Su pareja sabe que usted es VIH positivo?
(1) Sí (2) No (3) No tengo pareja
18. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales con hombres alguna vez en su vida?
(1) Sí (2) No
19. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales con mujeres alguna vez en su vida?
(1) Sí (2) No
20. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales con personas migrantes alguna vez en su vida?
(1) Sí (2) No
21. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales con trabajadores sexuales (sexoservidores) alguna vez en su vida?
(1) Sí (2) No
22. ¿Ha tenido usted relaciones con personas internas en CERESO alguna vez en su vida? (1) Sí (2) No
23. ¿Ha tenido relaciones sexuales forzadas (abuso sexual)?
(1) Sí (2) No
24. ¿Usted ha fumado? (1) Sí (2) No
25. ¿Cuántos cigarrillos diarios fuma? (1) Menos de 20 (2) Más de 20 (3) No fumo
26. ¿Alguna vez ha bebido alcohol? (1) Sí (2) No
27. ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?
(1) Diario (2) Semanal (3) Mensual (4) Ocasional (5) No tomo alcohol actualmente
28. ¿Ha utilizado drogas ilegales alguna vez en su vida? (1) Sí (2) No
29. ¿Usa drogas ilegales actualmente? (1) Sí (2) No

30. ¿Con qué frecuencia utiliza las drogas?

(1) Diario (2) Semanal (3) Mensual (4) No utilizo

31. ¿Conoce usted la vía por la cuál adquirió el VIH? (1) Sí (2) No

Otros antecedentes personales

32. ¿Padece usted alguna otra enfermedad?

(1) Diabetes Mellitus (2) Hipertensión Arterial (3) Tuberculosis

(4) Hepatitis B (5) Hepatitis C (6) Cáncer

(7) Hipotiroidismo (8) Hipertiroidismo (9) Ninguna

33. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con el VIH?

(1) menos de 1 año (2) 1 año o más

34. ¿Actualmente está usted tomando tratamiento antirretroviral?

(1) Sí (2) No

35. ¿Sabe cuál es el esquema de tratamiento que está tomando actualmente?

(1) Sí (2) No

36. ¿Su tratamiento incluye Efavirenz?

(1) Sí (2) No

37. ¿Cuánto tiempo lleva tomando el tratamiento antirretroviral actual?

(1) Menos de 6 años (2) 6 años o más

Familia

38. ¿Con quién vive actualmente?

(1) Solo.

(2) Familia de origen (madre / padre / ambos).

(3) Familia procreativa (pareja e hijos / solo pareja / solo hijos).

(4) Especifique por favor si otro pariente vive en la misma casa _____

(5) Especifique por favor si algún amigo vive en la misma casa _____

INVESTIGADOR

39. Es una persona migrante (1) Sí (2) No (3) Se ignora

40. Tipo de migración:

Migrante nacional (2) Migrante E.U. (3) Otro _____ (4) Ninguno

12.2. Carta de Consentimiento

ANEXO 2

FOLIO _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California a _____.
Registro Institucional del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud:
_____.

Por medio de la presente ACEPTO participar en el protocolo de investigación titulado:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA DEL IMSS QUE
VIVE EN LA ZONA COSTA EN BAJA CALIFORNIA”

Objetivo: Búsqueda del trastorno depresivo en el paciente con VIH/SIDA con la finalidad de poder demostrar la coexistencia de ambas enfermedades.

Justificación: La depresión es un factor de alto riesgo para el descontrol de la enfermedad por VIH, incluso conducir al suicidio. En una etapa final puede presentarse una evolución clínica tórpida por mal apego al tratamiento, permitiendo la manifestación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y muerte por infecciones graves.

Procedimientos: Aplicación de cuestionario para conocimiento de características generales, sociales y demográficas de cada persona, así como aplicación de dos instrumentos de autoevaluación validados, para identificar signos y síntomas de depresión y estigma relacionada con VIH.

Posibles riesgos y molestias: Insatisfacción con el contenido de las preguntas de cada cuestionario.

Posibles beneficios al participar en este estudio: Colaborar con la investigación clínica cuya única finalidad es demostrar de manera científica los potenciales riesgos y beneficios que circundan a la población estudiada, en este caso, pacientes pertenecientes a la clínica de VIH del IMSS, en Tijuana B.C.

Privacidad y confidencialidad: La información recibida será manejada de manera confidencial únicamente por el equipo investigador. El ordenamiento del paquete de

cuestionarios será con número de folio.

Usted conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

La Investigadora Responsable: Dra. Samantha Torres Salinas, matrícula 98021603, adscripción: HGR No. 20, departamento de epidemiología, teléfono: (664) 3153917, correo electrónico: samantha.torres@imss.gob.mx; la investigadora principal: Dra. Patricia Elena Meza Luna, matrícula 98023172, adscripción: UMF No. 27, teléfono: (664) 3688735, correo electrónico: peml19@hotmail.com; los investigadores asociados: Dr. Roberto Genaro Medrano Alvarado, matrícula 99025714, adscripción: Coordinación en Prevención y Atención a la Salud, IMSS B.C., teléfono: (664) 3313873, correo electrónico: roberto.medrano@imss.gob.mx; Dra. Yossadara Luna Téllez, adscripción UABC campus Tijuana, teléfono: (664) 6280191, correo electrónico: darate16@yahoo.com.mx; Dra. Fátima Muñoz Carvajal, adscripción: Comisión de Salud Fronteriza, Tijuana, B.C., teléfono: (664) 6346551, correo electrónico: fatima.munoz@saludfronteriza.mx; Dr. Paris Cerecer Callú, adscripción: Centro de Estudios Universitarios Xochicalco, Tijuana, B.C., teléfono: (664) 3572060, correo electrónico: analisis-de-datos@hotmail.com; me han dado seguridad de que la información que proporcione será manejada en forma confidencial. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Dra. Samantha Torres Salinas
Investigadora Responsable

Testigo 1

Dra. Patricia Elena Meza Luna
Residente de Medicina Familiar

Testigo 2

12.3. Test de Depresión

ANEXO 3

Test de Depresión BDI-II

Folio _____

Instrucciones: Por favor, lea cada grupo con atención y elija **la frase** de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluido el día de hoy**. Marque el círculo que está a la izquierda de la frase que ha elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, marque aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

1) Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2) Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que solo irá a peor

3) Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

4) Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5) Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

Me siento culpable siempre

6) Sentimientos de castigo

No creo que esté siendo castigado/a

Creo que puedo ser castigado/a

Espero ser castigado/a

Creo que estoy siendo castigado/a

7) Desagrado hacia uno mismo/a

Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre

He perdido la confianza en mí mismo/a

Me siento decepcionado conmigo mismo

No me gusto a mí mismo/a

8) Autocrítica

No me critico o culpo más que de costumbre

Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre

Me critico por todas mis faltas

Me culpo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos de suicidio

No pienso en suicidarme

Pienso en suicidarme, pero no lo haría

Desearía suicidarme

Me suicidaría si tuviese oportunidad

10) Llanto

No lloro más que de costumbre

Lloro más que de costumbre

Lloro por cualquier cosa

Tengo ganas de llorar pero no puedo

11) Agitación

No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre

Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre

Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a

Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12) Pérdida de interés

No he perdido el interés por los demás o por las cosas

Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes

- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

13) Indecisión

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14) Sentimientos de inutilidad

- No creo que yo sea inútil
- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

15) Pérdida de energía

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que de costumbre
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- No tengo suficiente energía para hacer nada

16) Cambios en el sueño

- No he notado ningún cambio en mi sueño
- Duermo algo más que de costumbre
- Duermo algo menos que de costumbre
- Duermo mucho más que de costumbre
- Duermo mucho menos que de costumbre
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17) Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

- No he notado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es algo menor que de costumbre
- Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- Mi apetito es mucho menor que antes

- Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- No tengo nada de apetito
- Tengo un ansia constante de comer

19) Dificultades de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

20) Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Americana de Psiquiatría son:

	Ausente	Leve	Moderada	Grave
APA 2000	0-9	10-16	17-29	30-63

12.4. Escala de Estigma

ANEXO 4

Folio _____ Escala de Estigma relacionada con VIH

Versión abreviada en español

Dra. Molly F. Franke

1. Las personas parecen tener miedo de mí porque tengo VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

2. Algunas personas que saben se han alejado.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

3. Lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

4. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

5. Por lo general decírselo a otros ha sido un error.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

6. Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH les digan a otros.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

7. Soy muy cuidadoso a quién le digo que tengo VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

8. Hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

9. Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

10. Me preocupo que personas me juzguen cuando se enteran.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

11. Me siento aparte, aislado del resto del mundo.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

12. Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

13. Me siento que no soy tan bueno/a que otros porque tengo VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

14. Tener VIH me hace sentir que no estoy limpio/a.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

15. Tener VIH en mi cuerpo me disgusta.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

16. Me siento culpable porque tengo VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

17. La mayoría de personas piensa que una persona con VIH es asquerosa.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

18. La mayoría de personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran que tienen VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

19. La mayoría de gente cree que una persona con VIH es sucia.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

20. La mayoría de gente se incomodan con personas con VIH.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

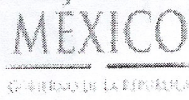
21. Se trata a la gente con VIH como rechazados.

a) Casi siempre b) Algunas veces c) Raramente d) Casi nunca

* Casi siempre =4, algunas veces =3, raramente =2, casi nunca =1

12.5 Autorización CLIEIS

ANEXO 5



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 201 con número de registro 13 CI 02 002 193 ante COFEPRIS
H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA 29/04/2016

DRA. SAMANTHA TORRES SALINAS

PRESENTE

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

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA DEL IMSS QUE VIVE EN LA ZONA COSTA EN BAJA CALIFORNIA

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

Núm. de Registro
R-2016-201-30



ATENTAMENTE

DR.(A). MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201

COMITE DE INVESTIGACION
H. G. Z. II No. 30
MEXICALI, B. C.

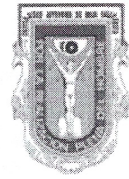
IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

REVISADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Tijuana, Baja California



03 de mayo de 2016

Dr. César Alberto Figueroa Torres
Director Médico
Hospital General Regional No. 20
IMSS Tijuana, B.C.

Atención:

Dr. Antonio Molina Corona
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
HGR No. 20
IMSS Tijuana, B.C.

Dra. Selene González
Medicina Interna - Clínica de VIH
HGR No. 20
IMSS Tijuana, B.C.

Dra. Samantha Torres Salinas
Epidemiología HGR No. 20
IMSS Tijuana, B.C.

Por medio de la presente, me dirijo a usted solicitando su autorización para realizar mi protocolo de investigación titulado "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA DEL IMSS QUE VIVE EN LA ZONA COSTA EN BAJA CALIFORNIA", dictaminado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 201 como **protocolo autorizado**, No. de Folio **F-2016-201-30** (anexo dictamen de autorización).

Soy Médico Residente de 3^{er} año de la especialidad en Medicina Familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana, Baja California.

Agradeciendo de antemano su valioso apoyo, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dra. Patricia Elena Meza Luna
Residente de Medicina Familiar
Tercer año ciclo 2016-17

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.20



COORDINADOR DE EDUCACION
E INVESTIGACION DE SALUD
TIJUANA

Dr. Molina Corona
99377235

V.O.Bo.
Cesar Alberto F.T.
Dr. Cesar Alberto Figueroa Torres
director Medico H.G.R. No.20
Mat. 11081627
Ced. 2442131 Esp. 3277906

13. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Dirección General de Epidemiología. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2012 [acceso 18 de marzo de 2015]. Disponible en: www.censida.salud.gob.mx
- ² Echevarría Zuno S, Mar Obeso AH, Borja Aburto VH, Grajales Muñiz C, González Bonilla CR, Rojas Mendoza T, et al. Breviario para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Gobierno Federal; 2010.
- ³ UNAIDS. How AIDS changed everything. MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2015 [acceso 18 de julio de 2015]. Disponible en: www.unaids.org
- ⁴ Grajales Muñiz C, Rojas Mendoza T, Cabrera Gaytán DA, Rosado Quiab U, Ramos Rocha P, Revilla Torreblanca R, et al. Breviario para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Gobierno Federal; 2014.
- ⁵ SS/CENSIDA. La epidemia del VIH y el SIDA en México [Internet]. Ciudad de México: CENSIDA; 2014 [acceso 7 de diciembre de 2015]. Disponible en: www.censida.salud.gob.mx
- ⁶ Zapata Garibay R, González Fagoaga JE, Rangel Gómez MG. Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: Niveles y tendencias recientes. Papeles de Población. 2014; 20(79): 39-71.
- ⁷ Nhamba L, Hernández Meléndrez E, Bayarre Veá H. Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. Rev cub salud pública. 2014; 40(4): 276-288.
- ⁸ Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Diario Oficial de la Federación, NOM-010-SSA2-1993, (21 de junio de 2000).
- ⁹ CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre de 2014 [Internet]. Ciudad de México: CENSIDA; 2014 [acceso 7 de diciembre de 2015]. Disponible en: www.censida.salud.gob.mx
- ¹⁰ Gobierno del Estado de Baja California. Plan de desarrollo estatal 2014-2019: diagnóstico estratégico [Internet]. Mexicali: COPLADE; 2014 [acceso 7 de diciembre de 2015]. Disponible en: www.bajacalifornia.gob.mx

-
- ¹¹ Gutiérrez Escolano MF, López Hernández MA, Treviño Pérez S, Díaz Ramos RD. Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por VIH [Internet]. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2011 [acceso 18 de enero de 2016]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx
- ¹² Organización Mundial de la Salud. Depresión [sede Web]. Ginebra: OMS; [18 de diciembre 2015]. Disponible en: www.who.int/topics/depression/es/
- ¹³ Heinze Martin G, Camacho Segura P. Guía clínica para el manejo de la depresión [Internet]. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010 [18 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx/>
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud. La Depresión. Nota descriptiva número 369, Octubre 2015.
- ¹⁵ Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Depresión y suicidio en México [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2014 [acceso el 15 de abril de 2015]. Disponible en: www.spps.gob.mx
- ¹⁶ García-Herrera Pérez Bryan JM, Noguera Morillas EV, Muñoz Cobos F. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria [Internet]. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2011 [acceso 19 de diciembre de 2015]. Disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf
- ¹⁷ American Psychiatric Association. Major Depressive Disorder. En: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 162-168.
- ¹⁸ Esquinca Ramos JL, García América A, Platas Vargas EC, Rodríguez Galindo DM, Zamora Olvera MA, Santillana Hernández SP, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo [Internet]. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2009 [acceso 18 de enero de 2016]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx
- ¹⁹ Lákoa R, Noubiap J, Fang Y, Ntone F, 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; 13(228): 1-7.
- ²⁰ La Haye W de, Clarke TR, Lipps G, Lowe GA, Longman S, Barton EN, et al. Patterns of depressive symptoms among patients with HIV infection. West Indian Med J. 2010; 59(4): 380-385.
- ²¹ Grochocinski J. La ansiedad, la depresión y el VIH. Toronto, Ontario: Toronto People with AIDS; enero 2010 [acceso el 15 de abril de 2015]. Disponible en: www.pwatoronto.org

-
- ²² Do A, Rosenberg E, Sullivan P, Beer L, Strine T, Schulden J, et al. Excess burden of depression among HIV-infected persons receiving medical care in the United States: Data from the medical monitoring project and the behavioral risk factor surveillance system. *Plos one*. 2014; 9(3): 1-10.
- ²³ Bhatia MS, Munjal S. Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing ART and factors associated with it. *Journal of Clinical and Diagnostic Research [revista en internet]* 2014 [acceso 18 de enero de 2016]; 8(10): WC01-WC04. Disponible en: www.jcdr.net
- ²⁴ Beck A, Steer R, Brown G. Beck depression inventory [Internet]. Charleston: MUSC; [acceso 19 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://academicdepartments.musc.edu>
- ²⁵ Farinde A. The Beck depression inventory. *The Pharma Innovation Journal*. 2013; 2(1): 56-62.
- ²⁶ Wiebe JS, Penley JA. A psychometric comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychological Assessment*. 2005; 17(4): 481-485.
- ²⁷ Franke MF, Muñoz M, Finnegan K, Zeladita J, Sebastian JL, Bayona JN, et al. Validation and abbreviation of an HIV Stigma Scale in an adult Spanish-speaking population in urban Peru. *AIDS Behav*. 2010; 14: 189-199.
- ²⁸ Ciesla JA, Roberts JE. Meta-Analysis of the relationship between HIV infection and risk for Depressive Disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(5):725-730.
- ²⁹ Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *ann behav med*. 2014; 47: 259-269.
- ³⁰ Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: A review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 58(2): 181-187.
- ³¹ Teva I, Bermúdez M, Hernández Quero J, Buela Casal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*. 2005; 28(5): 40-49.
- ³² Li J, Mo PK, Kahier CW, Lau JT, Du M, Dai Y, et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms among HIV-infected men who have sex with men in China. *AIDS care [revista en internet]* 2015 [acceso el 23 de enero de 2016]; 28(4): 1-6.
- ³³ Moral de la Rubia J, Segovia Chávez MP. Discriminación en el trabajo y el vecindario hacia las mujeres que viven con VIH y su relación con la depresión y la ira. *CIENCIA ergo sum*. 2015; 22(3): 204-214.
- ³⁴ Piña López JA, Dávila Tapia M, Sánchez Sosa JJ, Togawa C, Cázares Robles O. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en

personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Pan Am J Public Health*. 2008; 23(6): 377-383.

³⁵ Bitew T. Prevalence and risk factors of depression in Ethiopia: A review. *Ethiop J Health Sci*. 2014; 24(2): 161-169.

³⁶ Wolff C, Alvarado R, Wolff M. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infect*. 2010; 27(1): 65-74.

³⁷ Galindo Sainz J, Ortega Ramírez M. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. *ENF INF MICROBIOL*. 2010; 30(4): 129-133.

³⁸ Aggleton P, Wood K, Malcolm A, Parker R. HIV-related stigma, discrimination and human rights violations. Case studies of successful programmes [internet]. Ginebra: UNAIDS; 2005 [acceso 05 de diciembre de 2016]. Disponible en: www.unaids.org

³⁹ Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Ortiz D, Szekeres G, Coates TJ. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS [revista en internet]* 2008 [acceso el 8 de diciembre de 2016]; 22(2): 67-9.

⁴⁰ Vanable PA, Carey MP, Blair DC, Littlewood RA. Impact of HIV-Related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-Positive men and women. *AIDS Behav [revista en internet]* 2006 [acceso el 8 de diciembre de 2016]; 10(5): 473-82.

⁴¹ Noguera Orozco MJ, Caro Vega Y, Crabtree Ramírez B, Vázquez Pineda F, Sierra Madero JG. Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. *Salud Publ Mex [revista en internet]* 2015 [acceso el 8 de diciembre de 2016]; 57(3): 135-41.