



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**OOAD MICHOACÁN**  
**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS**  
**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN**  
**SEDE: ZAMORA**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 82**



**INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO. 82 ZAMORA MICHOACÁN.**

**TESIS**

QUE, PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,  
PRESENTA:

**ALDO DAVID RANGEL TORRES**

**ASESOR DE TESIS**

**M.E. JOSÉ JORGE TORRIJOS ZAVALA**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRO EN EDUCACION.

**CO-ASESOR DE TESIS:**

**M.S.P. MARÍA GUADALUPE VALDESPINO PADILLA**  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Numero de Registro ante el comité de Ética e Investigación: R-2023-10603-001

ZAMORA, MICHOACAN, MÉXICO. GP GTQ"4247



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82**

**DR. EDGAR JOSUÉ PALOMARES VALLEJO**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

**DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO**

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. GERARDO MUÑOZ CORTES**

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. EDUARDO VEGA ESPINOZA**

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

**DR. ANDRÉS EUSEBIO OLALDE GIL**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMD

82

**DR. JOSÉ JORGE TORRIJOS ZAVALA**

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

SEDE ZAMORA



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**DR. VÍCTOR HUGO MERCADO GÓMEZ**

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

DR. IGNACIO CHÁVEZ.

**DRA. MARTHA EVA VIVEROS SANDOVAL**

JEFA DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMSNH

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DR. CLETO ÁLVAREZ AGUILAR**

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

## **AGRADECIMIENTOS**

Al **Instituto Mexicano del Seguro Social** porque, por medio de la Unidad de Medicina Familiar No 82 me abrió las puertas para formar parte de esta gran institución; que me brindó y me dió los medios para formarme como Médico de Familia

A la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**, Máxima Casa de Estudios, de la que orgullosamente he formado parte desde el inicio de mi formación profesional.

## **DEDICATORIA.**

A mi madre Patricia y mi padre Ramiro, quienes a pesar de las circunstancias en las que se han encontrado, han sabido afrontar las adversidades y me han enseñado a jamás darme por vencido, y siempre he podido contar con su apoyo. Gracias a ustedes soy la persona que soy ahora, me dieron la vida jamás podre compensar ese gran obsequio. Los amo.

A mi amada hermana menor Selene Patricia, que han sido mi gran apoyo en mis momentos más oscuros y cuya actitud y palabra me han permitido aprender de la vida desde otro punto de vista y permanentemente me infunde fuerzas para seguir adelante.

A mis queridos primos y tíos, grandes ejemplos de trabajo duro y consistente, de trabajo honesto y diverso; que con su buena actitud y motivaciones me ayudan a seguir adelante, a pesar de las adversidades y las distancias.

A mi profesor titular y asesor de tesis, el Doctor Jorge Torrijos Zavala un profesional en todo el sentido de la palabra, a quien agradezco infinitamente su apoyo incondicional; gran ejemplo de humanismo, amabilidad, resiliencia y dedicación; que, sin su apoyo tal vez no hubiera podido cumplir esta meta. Gracias por todas sus enseñanzas y su gran amistad.

A la Doctora María Guadalupe Valdespino Padilla mi co-asesora y profesora de residencia, que me apoyó en localizar a la población de estudio para realizar entrevistas, y cuyo trato humanitario, calidez y calidad en la atención, son ejemplos para mi práctica como médico.

A mis pacientes, quienes confiaron en mí como médico y me mostraron la importancia de mantener la humildad y el trato digno como pilar en mi ejercicio como profesionista.

Y a mi persona; que, a pesar de las situaciones y adversidades he llegado a creer en mí mismo, siendo una persona más paciente y resiliente con motivación y compromiso, buscando ser el mejor Medico Familiar.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Nombre: Aldo David Rangel Torres

Matrícula:

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 82

Departamento de Enseñanza: UMF 82 Zamora

Celular:

E-mail:

**Asesor:**

Nombre: M.E. José Jorge Torrijos Zavala.

Matricula:

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 82

Departamento de Enseñanza: UMF 82 Zamora

Celular:

E-mail:

**Co-asesor:**

Nombre: M.S.P María Guadalupe Valdespino Padilla

Matrícula:

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 82 Zamora, Michoacán

Departamento de trabajo: Jefatura de medicina familiar UMF 8; Epidemiología.

Celular:

Correo electrónico: maria.valdespino@imss.gob.mx

## INDICE

I.	RESUMEN .....	9
II.	ABSTRACT .....	10
III.	ABREVIATURAS .....	11
IV.	GLOSARIO .....	12
V.	RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS .....	13
VI.	INTRODUCCIÓN .....	14
VII.	MARCO TEÓRICO .....	15
VIII.	JUSTIFICACIÓN .....	22
IX.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	24
X.	OBJETIVOS .....	25
XI.	HIPÓTESIS .....	25
XII.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	25
	Diseño de estudio.....	25
	Sede del estudio.....	26
	Universo de estudio.....	26
	Selección de la muestra y procedimiento.....	26
	Tamaño de la muestra .....	26
	Criterios de inclusión.....	27
	Criterios de exclusión .....	27
	Variables.....	27
	Variables dependiente .....	27
	Variables independientes .....	27
	Variables de control .....	27
	Cuadro de operalización de las variables .....	27

	Descripción operativa .....	30
	Análisis estadístico .....	31
XIII.	ASPECTOS ÉTICOS .....	31
XIV.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	33
XV.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	34
XVI.	RESULTADOS .....	35
XVII.	DISCUSIÓN .....	37
XVIII.	CONCLUSIONES .....	38
XIX.	RECOMENDACIONES .....	39
XX.	BIBLIOGRAFÍA .....	40
XXI.	ANEXOS	
	Hoja de registro ante el Comité de Investigación .....	43
	Consentimiento informado .....	44
	Instrumento de recolección de datos .....	48
	Instrumentos y encuestas .....	48

## I.RESUMEN

**Rangel-Torres AD, Torrijos-Zavala JJ, Valdespino-Padilla MG.**

**TÍTULO:** Incidencia de depresión en pacientes con VIH en la unidad de Medicina Familiar No. 82 Zamora, Michoacán.

**ANTECEDENTES:** Los pacientes que viven con VIH-SIDA son cada vez más longevos. Se conoce su mayor tendencia a padecer complicaciones infecciosas y oncológicas y existe la predisposición a padecer de enfermedades mentales como la ansiedad y depresión.

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia de depresión en pacientes con VIH en la Unidad de Medicina Familiar No. 82 Zamora, Michoacán.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en el cual se realizará el cuestionario de depresión de Beck (DBI-II) en los pacientes que viven con VIH-SIDA adscritos a la UMF # 82 en Zamora, Michoacán.

**PRUEBA ESTADÍSTICA PROPUESTA:** Se obtendrán medidas de tendencia central y dispersión media, mediana y rango intercuartílico con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, frecuencias y porcentajes para asociación de variables Chi-cuadrada.

**RESULTADO:** En relación a la incidencia de depresión en la población estudiada, se obtuvo una incidencia del 100%. En base al Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) el grado de depresión predominante fue el grado mínimo con el 48.9% de los pacientes, los síntomas acompañantes que más se asociaron fueron la autocrítica y las alteraciones del sueño.

**TIEMPO PARA DESARROLLARSE:** en el transcurso de los meses de noviembre de 2022 a abril del 2023

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, VIH-SIDA, Incidencia, salud mental.

## II.ABSTRACT

**BACKGROUND:** Patients living with HIV-AIDS are increasingly living longer. Its greater tendency to suffer from infectious and oncological complications is known, and there is a predisposition to suffer from mental illnesses such as anxiety and depression.

**OBJECTIVE:** Determine the incidence of depression in patients with HIV in the Family Medicine unit No.82 Zamora Michoacán.

**MATERIAL AND METHODS:** Observational, descriptive, prospective and cross-sectional study in which the Beck depression questionnaire (DBI-II) was carried out in patients living with HIV-AIDS assigned to the UMF # 82 in Zamora, Michoacán.

**Proposed statistical test:** Measures of central tendency and median mean dispersion and interquartile range will be obtained with the Kolmogorov-Smirnov test, frequencies and percentages. For association of Chi-square variables.

**RESULT:** In relation to the incidence of depression in the studied population, an incidence of 100% was obtained. Based on the Beck Depression Inventory (BDI-II), the predominant degree of depression was the minimum degree with 48.9% of the patients, the accompanying symptoms that were most associated were self-criticism and sleep disturbances.

**TIME TO DEVELOP:** during the months of November 2022 to April 2023

**KEYWORDS:** Depression, HIV-AIDS, Incidence, mental health.

### **III.SIGLAS Y ABREVIATURAS**

**Col:** colaboradores.

**Ej:** ejemplo

**Et al:** y otros.

**Etc:** etcétera.

**UMF:** unidad de medicina familiar

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**SPSS:** paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Sciences).

#### **IV.GLOSARIO**

**Alpha de Cronbach:** Es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida.

**Depresión:** Síndrome caracterizado por la tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas

**Incidencia:** Proporción de casos nuevos de una enfermedad en un determinado periodo de tiempo, respecto a la población expuesta a padecerla.

**VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## **V.RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.**

TABLA I.- Características generales de la población.....	36
TABLA II.- Grado escolar máximo alcanzado .....	36
TABLA III.- Nivel incidencia de depresión en la población estudiada .....	37
TABLA IV.- Prueba de Kolmogórov-Smirnov .....	37
TABLA V.- Prueba de Chi-cuadrada .....	38

## VI.INTRODUCCIÓN

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un virus de tipo *lentivirus* de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Las formas de transmisión del VIH son teniendo relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona que viva con VIH sin métodos de protección, a través de la sangre y de hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas por el uso de drogas y en quienes reciben transfusiones, y de madre a hijos durante el embarazo, el parto y la lactancia. (1)

Aún hay personas que padecen de estigmas sociales en base a una condición médica, lo que complica el aceptar su enfermedad, lo cual facilita el desarrollo para padecer un trastorno psicológico. Dado que la condición humana se ve afectada no sólo en el aspecto orgánico, la complejidad de las relaciones humanas con su entorno y su psique puede crear condiciones para el desarrollo de una enfermedad psicológica. (3)

El estigma relacionado con el VIH se refiere a las creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia los portadores del VIH. Otro tipo de pacientes que también lo viven con cierto estigma son los farmacodependientes, usuarios de drogas endovenosas, trabajadores sexuales, homosexualidad y personas transgénero. La estigmatización crece en cuanto los conocimientos de la enfermedad son deficientes e incrementan los pensamientos preconcebidos del VIH. La depresión es un efecto negativo del estigma en la infección por VIH y por cualquier situación que por mala información crea un ambiente, prevenible con medidas en salud. (16)

La calidad de vida de pacientes infectados por el VIH ha mejorado; dichas personas son cada vez más longevas, habiendo cambiado de forma radical los problemas que presentan a la hora de ser valorados; se conoce su mayor tendencia a padecer eventos cardiovasculares, el desarrollo de enfermedad tumorales y patologías infecciosas oportunistas, pero poco se ha escrito de su mayor predisposición a padecer enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión. Tanto la ansiedad como la depresión suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes. (17)

## VII.MARCO TEÓRICO.

Como ya se dijo, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un virus de tipo lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Dentro de sus características se encuentra un período de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos de VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. (1)

Las formas de transmisión del VIH son teniendo relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona que viva con VIH sin métodos de protección, a través de la sangre y de hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas por el uso de drogas y en quienes reciben transfusiones, y de madre a hijos durante el embarazo, el parto y la lactancia. (1)

En 2019, el ONUSIDA informo en su reporte a nivel mundial de cierre del 2018 que 37,9 millones de personas vivían con VIH. En América Latina se estima de 1.9 millones de personas viven con VIH; en el 2018 el ONUSIDA estimo que en México había una prevalencia nacional de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.2 casos por cada 100 personas de 15 a 49 años. (1)

Las personas que presentan afecciones crónicas a su salud pueden experimentar crisis al momento de recibir su diagnóstico y atraviesan un proceso de adaptación psicológica, que se espera les permita finalmente aceptar su nueva condición y poder realizar un cambio duradero en sus vidas. Además de ello, las personas viviendo con el VIH-SIDA el estrés agudo experimentado ante la comunicación puede influir en el funcionamiento inmunológico a lo que se suma el hecho de enfrentarse a estresores particulares que pueden afectar la salud. (2)

En este sentido, el abordaje del VIH requiere de una perspectiva amplia, que incluya intervenciones dirigidas a aquellos factores psicológicos y sociales involucrados a su implantación, eficacia y efectividad. Esto debido a que la infección por VIH tiene implicaciones importantes para la vida de las personas, pues adquiere un carácter de enfermedad crónica, presentándose como un estresor que impacta el funcionamiento general

del individuo y su contexto, exigiendo la adopción de nuevas conductas y hábitos y un ajuste emocional y cognitivo. (2)

Aún hay personas que padecen de estigmas sociales en base a una condición médica, lo que complica el aceptar su enfermedad, lo cual facilita el desarrollo para padecer un trastorno psicológico. Dada que la condición humana se ve afectada no sólo en el aspecto orgánico, la complejidad de las relaciones humanas con su entorno y su psique puede crear condiciones para el desarrollo de una enfermedad psicológica. (3)

Agregado a la condición médica de la infección y contagio por el VIH, se encuentran también los factores sociales, demográficos, culturales, lo que hace de esta enfermedad un reto mayor con un tratamiento antirretroviral que lleva consigo efectos secundarios, cabe resaltar la importancia de analizar la condición de la calidad de vida y de problemas psicológicos como la depresión en estos pacientes. De esta forma, surgen reacciones como la desorientación, la ansiedad y síntomas depresivos los cuales estarían relacionados con la percepción de control sobre la salud, la esperanza de vida, los síntomas más experimentados e incluso con las implicaciones físicas, psicológicas y sociales del tratamiento. (3)

Debido al grado de complejidad de cada persona, el desarrollo de una patología como la depresión se ve vinculada a muchos factores como pueden ser los psicológicos, ya sean el aislamiento, ambientes de estrés, experiencias traumáticas, la mala calidad de vida y los factores biológicos como un deterioro orgánico o una enfermedad crónica e incurable, por lo que es posible que la presencia de sintomatología de una enfermedad terminal sea predictora de la presencia de afecciones psicológicas. (4)

La afección psicológica puede asociarse a una creencia de no lograr los ideales estéticos y de salud perfecta, o volverse severa que basada en la condición médica en los aspectos como lo son el temor a las enfermedades asociadas al SIDA asociándose a una relación con una idea abstracta de la mortalidad. (5)

Otro conflicto que se afecta es la idea de la maternidad, por el importante malestar que es el sufrimiento mental del sentimiento de culpa por exponer al producto de la gestación a la transmisión del virus y los tratamientos preventivos, incluso hay la posibilidad de que en

estos pacientes se creen ideas en el sentido de que la maternidad o paternidad representa un estilo de vida contradictorio al deseado o aspirado. La imposibilidad de alcanzar el ideal de paternidad o maternidad socialmente impuesto conduce a estos pacientes a un proceso de duelo que no encuentran espacio para ser elaborados, profundizando un sentimiento de culpa. (5)

Una afeción que presentan algunos pacientes es respecto del vínculo con su familia de origen, pues la relación entre los miembros se desarrolla desde ocultar el diagnóstico y el estado de salud para evitar preocupaciones o ser juzgado y afectado por no poder recibir apoyo del círculo familiar, promoviendo en el paciente una desidealización de los vínculos familiares y de su propio lugar dentro de la familia. (5)

Ahora bien, los efectos sociales y culturales frente a la enfermedad del VIH pueden provocar el aislamiento y afeción en la esperanza del paciente, representadas por el tabú y las creencias hacia la enfermedad, ya que las personas diagnosticadas en ocasiones pueden enfrentarse al rechazo social, problemas emocionales y reorganización del sistema familiar. Esta enfermedad influye en la relación que tiene los portadores con su entorno social, laboral y familiar. La familia de una persona diagnosticada puede reaccionar de distintas maneras, una de ellas puede ser la indiferencia, ante la enfermedad e inadecuada forma de enfrentar la situación, optará por rechazar o brindarle apoyo adecuado y suficiente a nivel familiar pues a la vez que se afecta la comunicación y cohesión de la familia, ya que al tener conocimiento del estado de uno de sus miembros puede reaccionar de distintas maneras. (6)

Las personas que viven con VIH se enfrentan a diversos eventos estresantes, ya sean los problemas financieros, intrapersonales, de relaciones interpersonales y claros problemas en su condición de salud. Entre los síntomas y signos prevalentes están: fiebre, dolor de cabeza, malestar, taquicardia y linfadenopatía. Surgen alteraciones emocionales que afectan su bienestar por el rechazo, la culpabilización, la estigmatización y la percepción de apoyo social, así como insomnio, pérdida del apetito, pérdida de la memoria y baja concentración, reconocidos como síntomas somáticos de la depresión. (7)

Se puede abarcar la infección y el vivir con VIH desde diferentes perspectivas; en unos casos se utiliza el abordaje de la espiritualidad. Existen pacientes con enfermedades crónicas como el VIH en los que se ha demostrado que tales personas con altos niveles de espiritualidad se ligaron con múltiples mejorías en el estado de salud, como lo es la satisfacción de la vida y la calidad de la misma; es decir que si no se aborda esta dimensión de la persona sería impedir que todos los beneficios que trae el abordaje de la espiritualidad en la recuperación de la salud de las personas que afrontan una enfermedad crónica degenerativa y en unos casos terminal se sumaran a su tratamiento; en donde se evidenció que los problemas más prevalentes son la sensación de soledad, baja moral, bajo autoconcepto, tristeza, nervosismo, falta de ánimo y depresión; demostrando que las personas que han sido diagnosticadas como positivas con la infección por VIH cursan con sintomatología diferente, tales como alteraciones físicas, mentales y emocionales. (8)

Para concluir este apartado teológico cabe mencionar el cuidado espiritual que implica vivir con VIH, teniendo referencias de búsqueda en ciertos aspectos del humanismo como lo religioso, se indagó sobre las características de la experiencia espiritual. Por lo que es tan importante este aspecto, simplemente con mencionar que se encuentra en la historia clínica del expediente clínico la pregunta ¿Qué características tiene la experiencia espiritual de las personas que viven con VIH y cómo acompañarlas espiritualmente? O “Religión”, ya se tiene como base que una persona que vive con VIH se ve invadida por una serie de factores estresantes que comienzan con la confirmación del diagnóstico, continúan con los temores por su cuerpo seriamente afectado, y finalizan por la reacción de sus familiares y amigos, el miedo a morir y afección a los proyectos de vida. (9)

## **DEPRESION**

La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por un estado de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (10)

Es una enfermedad frecuente en el mundo, la OMS refiere que en el 2021 se vieron afectados por esta enfermedad aproximadamente 280 millones de personas. El perfil psicológico de las

personas que viven con VIH-SIDA se caracteriza por experimentar mayor ansiedad y depresión y menor autoestima que otros pacientes. Es importante destacar que aparte de las dificultades en la salud física que trae consigo el VIH/SIDA, el Departamento de Salud de los Estados Unidos (2020) advierte que las personas con VIH corren un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales que las personas sin padecer la infección. En este sentido, se advierte que la persona con VIH/SIDA tiene el doble de probabilidad de padecer de depresión que quien no lo padece. (11, 12)

Hay posibilidad de asociar los trastornos somatomorfos y los trastornos de ansiedad y depresivos y pueden existir causas comunes que pueden lugar al inicio de los trastornos; o existen asociaciones más complejas como sería que los trastornos somatomorfos podrían no influir en el inicio de los trastornos de ansiedad y depresivos; pero si en la remisión o las respuestas terapéuticas. (13)

En este orden de ideas, se debe destacar que, aunque el VIH-SIDA es una enfermedad de características biológicas, es posible evidenciar que tiene implicaciones psicosociales que pueden llegar a ocasionar dificultades en la dimensión psicológica de un individuo, quien se empieza a identificar desde el prejuicio real o imaginario que la sociedad ha construido al respecto y ocasiona malestar emocional. A esta situación se denomina estigma sentido, el cual se divide en estigma percibido y auto estigma. (14)

El estigma percibido se refiere a las anticipaciones que se hace de una persona que vive con VIH derivado de las conductas reales o imaginarios que la sociedad haya tenido hacia ella; el auto estigma tiene que ver con los comportamientos negativos como el rechazo, la repulsión y la subestimación que una persona que vive con VIH tiene así misma por percibir de manera real e imaginaria prejuicios negativos hacia ella por tener la enfermedad. (15)

El estigma relacionado con el VIH se refiere a las creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia los portadores del VIH. Otro tipo de pacientes que también lo viven con cierto estigma son los farmacodependientes, los usuarios de drogas endovenosas, trabajadores sexuales, homosexualidad y personas transgénero. La estigmatización crece en cuanto los conocimientos de la enfermedad son deficientes e incrementan los pensamientos

preconcebidos del VIH. La depresión es un efecto negativo del estigma en la infección por VIH y por cualquier citación que por mala información cree un ambiente, prevenible con medidas en salud. (16)

Teniendo en cuenta el VIH como una problemática social, esta enfermedad se puede convertir en una cadena de situaciones diversas: esto considerando que el vivir con VIH puede un estigma social, el estigma social conlleva al estigma auto sentido por el paciente, el estigma sentido conlleva al auto estigma y el auto estigma puede influir en la construcción de identidad; teniendo en la base de la enfermedad como causa del rechazado social y afectar a la autoimagen, al auto concepto, impactar de manera negativa en la adherencia al tratamiento, la pérdida de apoyo social y disminuir la posibilidad de una persona de tener una adecuada calidad de vida. Los trastornos psiquiátricos juegan un papel importante en la evolución de las personas que viven con VIH, dado que son de los principales factores implicados en el empeoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud; favorecen la presencia de conductas de riesgo para el contagio y son un factor independiente relacionado con una mala adherencia al tratamiento. (16,17)

La calidad de vida de pacientes infectados por el VIH ha mejorado, pues estos pacientes son cada vez más longevos, habiendo cambiado de forma radical los problemas que presentan a la hora de ser valorados; se conoce su mayor tendencia a padecer eventos cardiovasculares, el desarrollo de enfermedad tumorales y patologías infecciosas oportunistas, pero poco se ha escrito de su mayor predisposición a padecer enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión. Tanto la ansiedad y la depresión suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes. (17)

Podría existir un predominio de algún grado de disfunción familiar en los pacientes que viven con VIH/SIDA, siendo de mayor relevancia la falta de apoyo con relación a la adaptación, la participación y el crecimiento, así como el ser soltero, lo cual puede traducir en una menor red de apoyo para los pacientes; siendo factores que favorecen una menor adherencia al tratamiento y una mayor prevalencia e incidencia de depresión. (18)

Un grado de la depresión es la depresión mayor, la cual es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Suele ser recurrente y se puede relacionar el inicio de un episodio depresivo con acontecimientos o situaciones estresantes. (19)

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Para corroborar el diagnóstico de depresión, se pueden utilizar el Inventario de Depresión de Beck, el cual es un inventario de despistaje, mismo que permite evaluar la magnitud de los síntomas de depresión y la gravedad de la misma; teniendo un sustento teórico reflejado en síntomas de los trastornos depresivos como lo son el estado de ánimo caracterizado por la tristeza, sensación de vacío y desesperanza; sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, incapacidad para experimentar placer, que anteriormente sí presentaba; pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes. El inventario de depresión de Beck ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas, pues se basa en un modelo de escasa resistencia al estrés, por lo que una persona genera pensamientos distorsionados de sí mismo y de su entorno; predominando una visión negativa de lo que sucede en su entorno. Este cuestionario proporciona una clasificación en base al puntaje obtenido a los síntomas desarrollados, dividiéndolos en: Mínima 0-13 puntos, Leve 14-19 puntos, Moderada 20-28 puntos y Grave o Mayor 29-63 puntos. (20,21)

Esta herramienta es un instrumento auto informe, utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. Las cifras de fiabilidad del BD-I fueron altas en términos de consistencia interna con coeficiente alfa de Cronbach igual a 0.83. En su versión DB-II demostró un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach igual a .93 (17,22)

## VIII.JUSTIFICACIÓN

Todas las personas son propensas al desarrollo de una enfermedad crónico-degenerativa, por los factores de riesgo propios de cada persona, eso se aplica de misma forma al desarrollo de trastornos psicológicos; por lo que el desarrollo de un padecimiento crónico degenerativo se acompaña de padecimientos psicológicos y puede afectarse no solo la salud física, sino también la mental.

Tanto la ansiedad como la depresión suponen un franco empeoramiento en la calidad de vida de nuestros pacientes, si bien no se conocen aún con exactitud la severidad de los síntomas ni los factores que se relacionan con ella.

Es posible la falta de inclusión de la salud mental a las indicaciones que se deben tener en las metas de control médico y clínico del paciente viviendo con VIH, por lo que el consultorio médico debe ser un espacio humanista y abierto de escucha y de acompañamiento, más allá del aspecto de la atención médico-farmacológica.

Es fundamental promover el trabajo interdisciplinario; valorizando y jerarquizando, en la formación de todos los profesionales, el lugar que debe de tener la salud mental, desarrollar un enfoque de atención medica preventiva y promover herramientas para contener y acompañar a los pacientes en cada instancia de su atención.

A partir de los mecanismos de defensa psicoanalíticos, se ha podido hacer un modelo en la secuencia que atraviesa una persona con el estado de vivir con VIH/SIDA, por la percepción de la pérdida de la propia vida a raíz de una posible autopercepción sobre sus ideales de su propia vida; de sus ideales sociales de salud, corporalidad, maternidad o paternidad, el desarrollo de estar con una pareja y estado de salud de la pareja; desarrollando en total sensaciones extremas que pueden poner en riesgo hasta la vida pueden pasar desapercibidas para los profesionales que las atienden.

Cabe recalcar la importancia que es detectar trastornos psicológicos en pacientes con padecimiento crónicos degenerativos, pues esto pueda afectar su percepción de la vida e impacta de forma negativa su calidad de vida y sus condiciones de salud.

Una parte importante en relación con el estado de salud es la salud mental, la cual sufre de una pobre inclusión en el seguimiento de una patología crónica degenerativa y en su control médico y clínico, por lo que se remarca la necesidad de un abordaje para el tratamiento del paciente que sea interdisciplinario.

La investigación planteada será una referencia de aplicar el cuestionario de depresión de Beck en pacientes que viven con VIH-SIDA; contribuiría a generar un modelo para entender este importante aspecto de los pacientes que viven con VIH-SIDA. Así mismo, los resultados del estudio ayudarán a ser punto de partida para otros estudios relacionados y darles seguimiento a casos.

Dado que el llenado de depresión de Beck es una herramienta de llenado gráfico de duración corta aplicado de manera individual y que valora los aspectos psicosomáticos al realizar un puntaje en el grado de depresión, se obtiene la clasificación en grados y así nos aportará la información respecto de qué tipo de depresión es más incidente, qué grupo de la población está más afectado y así poder desarrollar estrategias para canalizar estos pacientes y que reciban atención de la salud mental. Además, podemos afirmar con base en su fiabilidad (en términos de consistencia interna con coeficiente alfa de Cronbach igual a 0.83.) que se trata de una herramienta adecuada.

En la cuestión de normatividad y legalidad, es menester citar que parte de la NOM-010.SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por el VIH, que prevé:

7.3 Para la vigilancia epidemiológica y con la finalidad de mejorar el conocimiento de la epidemia del VIH/SIDA en México se requiere la realización de investigación básica, clínica, epidemiológica, en servicios y personal de salud, ciencias del comportamiento, econometría y operativa, con atención particular a los factores de riesgo y grupos vulnerables a la infección por el VIH.

Por lo que la investigación en temas de depresión en personas viviendo con VIH está apoyada y respaldada por la Norma Oficial Mexicana en materia de VIH, también estimulada por ella para mejorar el entendimiento de esta patología y desarrollar medidas preventivas con un mejor enfoque, facilitar el diagnóstico de complicaciones del VIH o el desarrollo de una

complicación, orientar y estimular a un trato por el personal de salud no sensible a estas condiciones y así fomentar redes de apoyo a pacientes con VIH.

### **IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En el 2019, el ONUSIDA informo en su reporte a nivel mundial de cierre del 2018 que 37,9 millones de personas vivían con VIH/SIDA, a su vez la OMS refiere que en el 2021 se vieron afectados por esta enfermedad aproximadamente 280 millones de personas; por lo que cae la probabilidad numérica de que coincidan ambos diagnósticos en la misma persona por probabilidad numérica.

En la unidad de Medicina Familiar No. 82 en Zamora, se presenta tal situación epidemiológica en una considerable cantidad de pacientes adscritos; algunos de los cuales sin seguimiento médico continuo u adecuado; lo que se podría requerir de un estudio mediante el cual se analice la situación que tiene la salud mental en esta población de alto riesgo.

Se tiene referencia de que los pacientes con padecimientos como el VIH-SIDA son más propensos a padecer enfermedades psicológicas como la ansiedad y la depresión, ya sea por padecer estas condiciones crónico-degenerativas que, a su vez, traen consigo actos de discriminación, falta de apoyo, actos de violencia secundarios a la ignorancia colectiva.

Estos padecimientos psicológicos pueden afectar de gran manera la calidad de vida; la percepción de esta misma e incluso; si no se realizan acciones oportunas de apoyo, afectar tanto que pueden desencadenar desenlaces fatales en algunas pacientes.

Con lo comentado previamente, el abordaje del VIH como entidad patológica es multidisciplinario y diverso, abarcando desde la teología, lo legal, lo psicológico en tratamiento y abordaje de un paciente viviendo con VIH.

La depresión se considera como una causa de la morbilidad en pacientes que viven con VIH, debido a que el estado depresivo afecta la calidad de vida de estos; tal condición interfiere en la adherencia al tratamiento, aumenta la sintomatología física, altera el estado inmunológico, disminuye el apoyo social y también interfiere en las relaciones interpersonales, teniendo una

prevalencia en personas seropositivas de un 37% en comparación con la población general.  
(23)

Por lo que nos lleva a realizar la siguiente pregunta:

¿Cuál es la incidencia de depresión en los pacientes con VIH/SIDA en la unidad de Medicina Familiar No. 82 en Zamora?

## **X.OBJETIVOS**

### **Objetivos generales:**

- Determinar la incidencia de depresión en pacientes con VIH en la unidad de Medicina Familiar No. 82 de Zamora, Michoacán

### **Objetivos específicos:**

- Obtener información del nivel de síntomas depresivos en los pacientes con VIH estudiados.
- Verificar que grupo de síntomas depresivos se manifiestan con mayor incidencia.

## **XI.HIPÓTESIS**

¿El porcentaje de depresión en pacientes portadores de VIH es mayor de 40%?

## **XII.MATERIAL Y METODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

DISEÑO: Descriptivo

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Observacional.

TEMPORALIDAD: Prospectivo

NÚMERO DE MEDICIONES: Transversal.

### SEDE DEL ESTUDIO.

Unidad de Medicina Familiar No. 82. Zamora, Michoacán.

### UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes de ambos géneros, con diagnóstico de infección por VIH, mayores de 18 y menores de 65 años.

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

La muestra se obtuvo con la fórmula finita para una población total de 185 pacientes registrados con el diagnóstico de VIH en la unidad de medicina familiar No. 82 de Zamora, Michoacán.

### CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
<b>N</b>	160
<b>Z</b>	1.960
<b>P</b>	40.00%
<b>Q</b>	60.00%
<b>e</b>	5.00%

Tamaño de muestra  
"n" =  
**111.80**

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

**n** = Tamaño de muestra buscado

**N** = Tamaño de la Población o Universo

**Z** = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

**e** = Erro de estimación máximo aceptado

**p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

Nivel de confianza	Z <sub>alfa</sub>
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

curra el evento estudiado

Obteniendo un tamaño de muestra de 112 pacientes

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión:

- Contar con el diagnóstico de infección por el VIH.
- Con edad de 18 a 65 años.
- Aceptar participar en la encuesta y firmar consentimiento informado.

Exclusión

- Pacientes analfabetas.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes con discapacidad sensitiva y/o cognitiva.

Eliminación

- Que deje de acudir a su UMF a control médico.
- Que voluntariamente decida retirarse del estudio.

## VARIABLES

**Variable dependiente:** Depresión

**Variable independiente:** Infección por VIH

**Variables de control:** Sexo, edad, escolaridad, religión.

Cuadro de operacionalización de las variables.				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
Depresión	Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados	Puntaje del inventario de depresión de Beck-II Puntaje que va del 0 al 63.	DEPENDIENTE Cualitativa ordinal	De acuerdo al puntaje del inventario de depresión

	a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.	Mínima 0-13 Leve 14-19 Moderada 20-28 Grave 29-63		de Beck-II
Infección por VIH	Es la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana cuyo blanco principal es el sistema inmune al cual deteriora de forma gradual e irreversible	Haberse realizado el diagnóstico confirmatorio mediante el ensayo Western blot o por inmunofluorescencia indirecta	INDEPENDIENTE E Cualitativa nominal	VIH Positivo VIH negativo.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo	Sexo masculino Sexo femenino	De control Cualitativa nominal	Sexo masculino Sexo femenino
Edad	Tiempo de vida que ha vivido una persona.	Edad en años	Cuantitativa Continua	Expresada en años cumplidos
Escolaridad	Grado escolar alcanzado de acuerdo a la	*Sin escolaridad *primer año de primaria	Cualitativa nominal	Grado escolar alcanzado

	Secretaría de Educación Pública, Según el documento Marco Curricular y Plan de Estudios básicos	*segundo año de primaria *tercer año de primaria *cuarto año de primaria *quinto año de primaria *sexto año de primaria *Primer años de secundaria *Segundo año de secundaria *Tercer año de secundaria *Primer año bachillerato *Segundo año de bachillerato *Tercer año de bachillerato *Nivel técnico o Licenciatura		
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de	Como se identifique	Cualitativa nominal	Conjunto de creencias o dogmas acerca de

	<p>veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.</p>			<p>la divinidad que tenga el paciente</p>
--	---	--	--	---

**Descripción operativa:**

El médico residente de la especialidad de Medicina Familiar acudió de lunes a viernes a la consulta de Unidad de medicina familiar No. 82 Zamora, Michoacán, en los dos turnos y buscó intencionalmente a pacientes con diagnóstico de infección por el VIH, de ambos géneros, mayores de 18 años y con el diagnóstico de VIH/SIDA y se les invitó de forma directa a participar en el estudio mediante llamadas telefónicas usando números telefónicos del sistema SIMF posterior a la confirmación en el departamento de afiliación y vigencia que cantidad de pacientes habían fallecido a raíz de la pandemia de SARS COVID 19 o cambiaron de unidad de adscripción la cantidad de pacientes para obtener el tamaño de muestra estimado.

Durante las llamadas se les invitó a participar en el protocolo de investigación y en caso de aceptar participar en el protocolo vía telefónica se le leyó el consentimiento informado, se les solicitaron los datos para la ficha de identificación; se realizó el test de Depresión de Beck (BI-II) un ítem a la vez, se otorgó puntaje correspondiente y se otorgó orientación básica

Para los pacientes que aceptaron participar en el llenado físico y la encuesta en persona, se utilizó un aula asignada para protección de la privacidad en la Unidad de Medicina Familiar

82. Se les solicitó a los pacientes acudir posteriormente a su consulta médica y acudir a la zona de farmacia y solicitar sus medicamentos. Durante las entrevistas iniciales se realizó una explicación sobre en qué consiste el estudio de investigación y cuáles son sus propósitos, así mismo para validar su participación en dicho estudio, firmaron el consentimiento informado, llenaron la ficha de identificación y el test de Depresión de Beck (BI-II), contestaron ítem por ítem; o bien, se les proporcionaron sus resultados y se les brindó orientación medica básica.

### **Análisis estadístico**

- Estadística Descriptiva:

Medidas de tendencia central y medidas de dispersión para variables cuantitativas; se utilizará media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico en base a la prueba de distribución de Kolmogorov-Smirnov

Medidas de dispersión para variable cualitativas, se presentarán en frecuencias (porcentajes).

- Estadística Inferencial:

Tipo de distribución: normal para asociación de variables Chi-cuadrada. Nivel de significancia estadística:  $p < 0.05$

- Programa estadístico planeado utilizar:

El análisis estadístico se realizará a través del programa SPSS versión 21 para Windows.

### **XIII.ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio estará apegado a los principios de investigación médica establecidos en la declaración de Helsinki en 1975 que fueron enmendados en la asamblea General de Brasil en el 2013, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en Materia de Investigación para la Salud. Así como también se tomarán en cuenta los Códigos y Normas Internacionales Vigentes para las Buenas Prácticas de Investigación Clínica.

Se tomarán en cuenta y se tendrá cuidado en valorar la seguridad y bienestar de los pacientes, se respetarán los principios que nos brinda el Código de Nuremberg, la Declaración de

Helsinki y sus enmiendas, el informe de Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla común) y a las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, para salvaguardar la integridad y la autonomía del paciente.

Basándonos en el Reglamento de La Ley Federal de Salud en materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1:

- Esta investigación se encuentra dentro del riesgo mínimo según el Reglamento de La Ley General de Salud en materia para la Investigación en Salud; Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.
- Artículo 14. La investigación que se realizará se deberá desarrollar de acuerdo con los principios científicos y éticos que lo justifiquen, además de contar con el consentimiento informado por el jefe de prestaciones médicas para la revisión del expediente por escrito.

Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Deberá ser realizada por profesionales de la salud bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.

Este estudio también está apegado en la NOM-010.SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por el VIH con los apartados:

## 7. Investigación

7.1 El CENSIDA y el CONASIDA deben estimular el desarrollo de la investigación en todas las áreas relacionadas con la pandemia del SIDA conforme a principios bioéticos y respeto a los derechos humanos.

7.2 Las instituciones de salud deberán apoyar la investigación encaminada a prevenir y controlar el VIH/SIDA conforme a principios éticos, a la Ley General de Salud y a la normativa internacional de buenas prácticas clínicas.

7.3 Para la vigilancia epidemiología y con la finalidad de mejorar el conocimiento de la epidemia del VIH/SIDA en México se requiere la realización de investigación básica, clínica, epidemiológica, en servicios y personal de salud, ciencias del comportamiento, econometría y operativa, con atención particular a los factores de riesgo y grupos vulnerables a la infección por el VIH.

7.5 La atención médica de las personas viviendo con VIH/SIDA de ninguna manera deberá ser condicionada a la participación de ellas en protocolos de investigación.

Si usted acepta participar, se le realizara el cuestionario para detectar si tiene depresión, el de Test de Beck (BDI-2), el cual consiste en un cuestionario de 21 preguntas de opción múltiple, el cual tarda de 5 a 10 minutos en ser contestado. Así también se le proporcionará información de su estado de salud y de su puntaje en el cuestionario a su médico familiar de cabecera para realizar el envío para la consulta en psicología y proporcionarle terapia, o en su debido caso, enviar a psiquiatría para recibir tratamiento y terapia médica especializada.

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: recibir impresión diagnóstica de depresión, saber el grado probable de depresión, la cual permitirá brindarle apoyo psicológico y psiquiátrico mediante el envío por parte de medicina familiar.

En este caso su consentimiento es muy importante, siendo un estudio de investigación de Riesgo Mínimo (II) y se hará una vez autorizado por el Comité Local de Investigación Médica y el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

#### **XIV.RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

Recursos: se utilizará, para la impresión de reactivos, obtención de información y documentos; un equipo de cómputo portátil e impresora personal; además se utilizarán aulas del UMF No. 82 para la aplicación de los cuestionarios.

Financiamiento: El equipo y material de ayuda no estará financiado por ninguna institución, todo se obtendrá con recursos personales, para así evitar conflicto de intereses.

Factibilidad: El estudio se puede realizar en el aula de la unidad médica, se cuenta con los recursos y con el financiamiento; por lo que, si es factible.

### **XV.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

	Marzo- Julio 2022	Enero 2023	Febrero - abril 2023	Mayo 2023- octubre 2023	Noviembre 2023- abril 2024	Mayo 2024- octubre 2024	Noviembre 2024- febrero 2025
Diseño del protocolo de investigación	X						
Evaluación por el CEIS		X					
Reclutamiento de pacientes			X				
Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de resultados			X	X			
Redacción de resultados				X			
Redacción de discusión y conclusiones				X			
Redacción de tesis terminada					X		
Manuscrito de publicación						X	
Difusión en foro						X	
Examen de grado							X

## XVI.RESULTADOS

**Intención a tratar:** Se tenía registrados 185 pacientes con el diagnóstico de infección por virus de VIH; de los cuales se confirmó el fallecimiento de 35 pacientes, 62 pacientes no cuentan con afiliación al seguro o cambiaron de UMF; 3 pacientes cuentan con criterios de exclusión por edad, por lo que se cuenta con una muestra de 88 pacientes, de los cuales se les aplico el cuestionario de depresión de Beck a (DBI-II) a solo 45 de ellos.

**Resultados:** Como se puede observar, en este grupo poblacional de 45 paciente adscritos a la UMF de medicina familiar de Zamora con diagnóstico de VIH, el grupo de edad predominante abarco de las 20 a los 30 años. En relación al género de los pacientes entrevistados, el 96 % eran de género masculino (Tabla 1).

Población estudiada	n	%
Sexo		
• Hombre	43	95.6%
• Mujeres	2	4.4%
Rangos de Edad		
• 20-30	16	35.5%
• 31-40	13	28.8%
• 41-50	8	17.7%
• 51-60	6	13.3%
• 61-65	2	4.4%

Respecto al grado escolar máximo alcanzado, los pacientes tuvieron en grado escolar de mayor predominio el nivel licenciatura (tabla 2).

Población estudiada	n	%
Grados de escolaridad		
• Primaria	2	4.4%
• Secundaria	6	13.3%
• Bachillerato	10	22.2%
• Licenciatura	25	55.6%
• Maestría	2	4.4%

En relación a la incidencia de depresión en la población estudiada, se obtuvo una incidencia del 100%. En base al Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) el grado de depresión predominante fue el grado mínimo con el 48.9% de los pacientes; en segundo grado está la depresión en grado severo con el 26.7%; el tercer grado en cantidad de pacientes fue el de depresión leve en que se encontró el 13.3 % de los pacientes y la depresión moderada con un 11.1% de pacientes se quedó con el cuarto grado en cantidad de pacientes. (Tabla 3)

*Tabla 4: porcentajes de grados de depresion en poblacion estudiada con clasificacion de Beck*

Población estudiada	n	%
Grado de depresión según Test de Beck		
• Mínimo	22	48.9%
• Leve	6	13.3%
• Moderada	5	11.1%
• Severa	12	26.7%

Dentro de los síntomas acompañantes, se observó en el análisis de encuestas que el ítem en el test de Beck que abarcan la autocrítica y las alteraciones del sueño fueron las que tuvieron los puntajes más elevados en comparación con los otros ítems que componen este test.

El análisis de la distribución de las puntuaciones del puntaje de depresión de Beck se efectuó a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov. (Tabla 4)

*Tabla 4: prueba de Kolmogórov-Smirnov.*

		puntaje
<b>N</b>		<b>45</b>
<b>Parámetros normales<sup>a, b</sup></b>	<b>Media</b>	<b>17.18</b>
	<b>Desv. Desviación</b>	<b>13.662</b>
<b>Máximas diferencias extremas</b>	<b>Absoluto</b>	<b>.170</b>
	<b>Positivo</b>	<b>.170</b>
	<b>Negativo</b>	<b>-.104</b>
<b>Estadístico de prueba</b>		<b>.170</b>
<b>Sig. asintótica(bilateral)</b>		<b>.002<sup>a</sup></b>

Al momento de la realización de asociación de variables con Chi cuadrada se obtuvo un p: 0.601; lo que indica que la asociación de variables de depresión con en padecer de VIH no es significativa.

*Tabla 5: prueba de Chi-cuadrada.*

	puntaje
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>22.600<sup>a</sup></b>
<b>gl</b>	<b>25</b>
<b>Sig. asintótica</b>	<b>.601</b>

## **XVII.DISCUSIÓN**

Dentro de los resultados obtenidos, se determina que el mayor porcentaje de pacientes padecen de síntomas depresivos en los que según el Inventario de Depresión de Beck (DBI-

II) son calificados en grados Mínimo y que los síntomas relacionados al sueño fueron los que se reportaron con mayor frecuencia.

En relación a la incidencia de depresión en la población estudiada, se obtuvo una incidencia del 100%; lo que hace contraste en relación con otros estudios, en lo que la prevalencia de la depresión en personas seropositivas es de un 37% en comparación con la población en general según Canales y Hernández et al (2019).

Durante las entrevistas se determinó que el vivir con VIH no era una causa principal para el estado depresivo; las causas abordaban desde problemas de identidad sexual hasta problemas de índole laboral; otro aspecto a valorar sería la pandemia por el COVID-19, las personas con VIH/SIDA se encuentran expuestas a situaciones que facilitan el desarrollo de afectaciones psicológicas debido a su condición; este aspecto se vio exacerbado con la aparición del entramado del COVID-19; entre las afectaciones psicológicas más frecuentes se encuentran los cuadros depresivos, fobias y compulsiones según Prince Torres, A (2022)

En relación a los síntomas acompañantes, se ha relacionado las alteraciones del patrón del sueño, así como de su duración en los pacientes de la población estudiada, por lo que hay una posible relación entre la aparición alteraciones en la calidad de sueño y el desarrollo de síntomas depresivos como en el estudio de Ortiz y Armoa (2020).

## **XVIII.CONCLUSIONES**

Se logro determinar que, en la muestra de pacientes con VIH, una incidencia de depresión del 100%, con predominio en el grado mínimo con el 48.9% de los pacientes, así como determinar que las alteraciones del sueño y la autocrítica son los síntomas acompañantes más frecuentes de los trastornos depresivos en la muestra.

Es necesario realizar más investigaciones en áreas de salud mental para hacer conciencia de la importancia en la atención temprana y sin prejuicios de estos tópicos en la población en general, facilitar la canalización temprana por personal de primer nivel de atención a servicio

de atención de salud mental y hacer hincapié en la necesidad de integrar el área de salud mental al abordaje médico integral de primer nivel para así detectar de forma oportuna los trastornos psicológicos.

### **XIX. RECOMENDACIONES**

En la presente investigación, la mayor limitante fue la localización de la población a estudiar, dentro de los pacientes que se lograron localizar, la poca disposición de la población disminuyó el número de muestra por lo cual puede verse afectado el resultado.

Es necesaria la integración de servicios de salud mental con disposición de áreas de atención y tiempo, para poder realizar diagnósticos oportunos y seguimiento para los trastornos psicológicos en los niveles de salud, con el propósito de desarrollar y obtener de una atención a la salud integral.

## **XX. Referencias bibliográficas.**

1. Secretaria de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción a la salud. Dirección General de Epidemiología. Manual De Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA. Marzo 2020.
2. Cardona DV, Medina OA, Herrera S M, Orozco PA. Depresión y Factores Asociados en Personas Viviendo con VIH-SIDA en Quindo, Colombia, 2015. Rev Hab de Cien Med. 2016; 15(6):941-954.
3. Lajud J, Chávez A, Vecilla G. Sesgos Emocionales de Atención en Personas con Depresión. Rev NTHE. 2018;23: 39-43.
4. Biel D, Carroble J A, García M A. Reducción del Estigma, la Depresión y la Ansiedad en Personas con VIH Mediante un Grupo Terapéutico Cognitivo Conductual. Psicología Conductual.2021;29(2):237-257.
5. Mujeres viviendo la maternidad con VIH/SIDA; la salud mental y el sostén compartido de los cuidados; Obiols MJ;Stolkiner A.I;PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA;Vo15; Núm. 2; Dic-May 2018; pág. 56-68.
6. Mendivil P M, Lloeste E A; Estudio de caso sobre las características emocionales que tiene una familia con paciente de VIH; Vilchez R, Flores de Alvis, Cadrazco: Capi Contextos y experiencias en ciencias sociales aportes desde la transdisciplinariedad; Universidad Nacional Experimental “Rafael María Baralt” UNER GADE; Cabimas, Venezuale;2018;286-297.
7. Batidas AM, Canaval GE. Más allá de los Síntomas: Vivir con VIH es Motor de Cambio. Av. Enfer.2018;36(3):338-347
8. Cabrera SG, Arteta Z, Mére JJ, Cavalleri F. Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Personas con VIH y factores asociados. Rev. Med Urug.2018;34(1):7-19.
9. Becerra S. La espiritualidad en pacientes que vienen con VIH. Revista Cuestiones teológicas, 2018, 45(103), 149-175.
10. Martínez AE, Sánchez S, Aguilar EJ, Rodríguez V, Riveros A. Adaptación y Validación de Cuestionario MOS de Apoyo Social en Pacientes Mexicanos con VIH+. Rev. Latinoamericana de Medicina Conductual. 2014;4(2):93-101.

11. Marrero LF; Pandemias, epidemias y salud mental: recorrido histórico, mirando hacia el futuro. 2020. *Psicologías*, 4, 25-52.
12. Dimsdale JE, Xin Y, Kleinman A, Patel V, Narrow WE, Sirovatka PJ, Regier DA. Manifestaciones somáticas de los trastornos mentales. ELSEVIER MASSON.
13. Del Águila LM, Pineda MF, Soto SS, Torres A, Tapullima-Mori C. Escala de Depresión de Zung: Propiedades Psicométricas en Portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Rev. Perú Cien Salud*.2021; 3(4):164-172.
14. Guevara Y, Hoyos PA. Vivir con VIH: Experiencias del Estigma Sentido en Personas con VIH. *Psicogente*.2018;21(39):127-139.
15. Rodríguez P, China E, Remedios M, Comellas M, Cejas R. Ideación Suicida y Depresión en Pacientes con VIH+: Estudio Transversal sobre Prevalencia y Factores de Riesgo. *Revista Multidisciplinaria del SIDA*.2019;7(16):20-34.
16. Moreno J, Martínez A, Crespo D, Arazo P. Factores Asociados a la Ansiedad y Depresión en Pacientes con VIH. *Revista Multidisciplinaria del SIDA*.2017;5(2):34-42.
17. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en nuestra clínica; Sánchez D; *Revista de Investigación de Psicología* Vol. 22 N1 2019 39-52.
18. Caldera D, Del Pilar M; Funcionalidad familiar del paciente con VIH\_SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El Residente Intuito Científico Pfizer* Mayo- agosto 2020; 15;2; 58-54.
19. Pérez EA, Cervantes VM, Hijuelos NA, Pineda JC, Salgado H: Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor; *Rev Biomed* 2017; 28:89-115.
20. Hernández V. A.; Sapienza; Validación de las escalas de Beck (ansiedad y depresión) en población fronteriza (norte de México) durante la pandemia por COVID-19; *International Journal of Interdisciplinary Studies*; Vol. 3; Núm. 5; Jul-Sep;2022.
21. Martínez C A, Jaimes M F; Un abordaje de terapia ocupacional a la espiritualidad en personas con enfermedad terminal (VIH/SIDA); *Revista Cuidado y Ocupación Humana*. 2014; 3.

22. Sanz J, Carmelo V; Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck; *Psicothema*. 1998;10(2): 303-318.
23. Canales-Zavala MA, Hernández-Ruiz AV, González-Venegas AC, Monroy-Avalos AC, Velázquez-Camarillo AA, Bautista-Díaz ML. Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Publicación semestral*.2019;8(15)80-91.
24. Prince-Torres A,C. Afectaciones Psicológicas de los Pacientes con VIH/SIDA en Tiempos de Pandemia. *INVESTIGATIO*.2022; (18).105-121.
25. Ortiz-Mieres D, Armoa Medina Claudia Lorena. Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. *ScientiAmericana*. 2020; (2).45-56.

## XXII. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603,  
NORMA 2018 HUPA 8

Registro COFEMIG 27 CI 16 103 028

Registro COMITÉ ÉTICA COMITÉ ÉTICA 16 CEE 001 2817033

Fecha Vencida: 17 de enero de 2025

M.E. JOSE JORGE TORALDO ZAVALA

PRESENTE

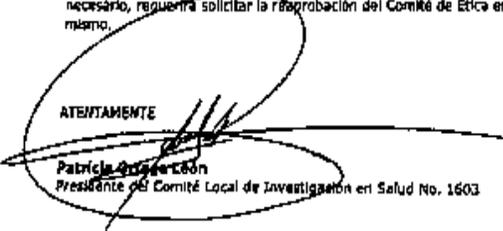
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título *Incidencia de depresión en pacientes con VIH en la unidad de Medicina Familiar No.02 Zamora Michoacán*, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-1603-001

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

  
Patricia Gutiérrez  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **Carta de consentimiento informado para participación de protocolo de investigación.**

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: Incidencia de depresión en pacientes con VIH en la unidad de Medicina Familiar No. 82 Zamora, Michoacán. Registrado ante el Comité de Investigación 1602 y ante el Comité de Ética en Investigación 16028 del HGR No.1 Charo, Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número R-\_\_\_\_\_

Lugar y fecha: UMF. 82 Zamora, Michoacán, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 2022

Número de registro:

### **Justificación y objetivo del estudio:**

Los pacientes que viven con VIH-SIDA pueden alcanzar edades más avanzadas, habiendo cambiado de forma radical los problemas que presentan ahora de ser valorados. Se conocen su mayor tendencia a padecer eventos cardiovasculares (infartos), tumorales (cáncer), infecciones oportunistas y otras enfermedades, pero poco se ha escrito de su mayor facilidad de sufrir de enfermedades mentales como la ansiedad y depresión. Según algunos estudios, es tres veces más fácil para una persona que vive con VIH-SIDA de padecer de depresión.

Tanto la ansiedad como la depresión pueden causar e indicar una mala calidad de vida, si bien no se conocen aún con mucha seguridad que tantas molestas pueden sentir los pacientes ni los factores que se relacionan con ella.

La investigación planteada que consiste en llenar el cuestionario de depresión de Beck a paciente que viven con VIH-SIDA, ayudará a crear un modelo para saber qué tan importante esta parte de la salud en los pacientes que viven con VIH-SIDA. Así mismo, los resultados del estudio ayudarán a ser punto de partida para otros estudios relacionados y darles seguimiento a casos.

**Objetivos generales:**

- Determinar la incidencia de depresión grave en pacientes con VIH en la unidad de Medicina Familiar No.82 Zamora Michoacán

**Procedimiento:**

Si usted acepta participar, se le realizara 1 cuestionario para detectar si tiene depresión, el de Test de Beck (BDI-2), el cual consiste en un cuestionario de 21 preguntas de opción múltiple, el cual tarda de 5 a 10 minutos en ser contestado. Así también le proporcionara de dicha información de su estado de salud y de su puntaje en el cuestionario a su médico familiar de cabecera para realizar él envío para la consulta en psicología y proporcionarle terapia, o en su debido caso, enviar a psiquiatría para recibir tratamiento y terapia médica especializada.

**Riesgos y Molestias:**

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son: incomodidad al responder algunas preguntas del cuestionario siendo un **estudio de investigación de Riesgo Mínimo (II)**.

**Beneficios:**

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: recibir impresión diagnóstica de depresión, saber el grado probable de depresión, la cual permitirá brindarle apoyo psicológico y psiquiátrico mediante él envío por parte de medicina familiar.

La información obtenida de este estudio ayudara a comprender la relación de la depresión y el desarrollo de enfermedades de larga evolución y que desgastan el cuerpo y así realizar esta asociación y poder realizar el abordaje diagnóstico y seguimiento de casos contemplando el desarrollo de las alteraciones psicológicas que pueden influir en la vida privada del paciente y su visión de su estado de salud.

**Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:**

El Dr. Aldo David Rangel Torres (investigador responsable) se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud en caso de requerirlo.

**Participación y retiro:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, es decir, que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión no afectara su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

**Privacidad y confidencialidad:**

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. No se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos

**Personas de contacto en caso de dudas o aclaraciones:**

En caso de dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con:

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

Nombre: M.E. José Jorge Torrijos Zavala. Adscrito Departamento de Enseñanza UMF 82 Zamora Celular 353 185 3321 Email [mftorrijos39@gmail.com](mailto:mftorrijos39@gmail.com)

**Co-asesor:**

Nombre: M.S.P María Guadalupe Valdespino Padilla Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 82 Zamora, Michoacán departamento de trabajo: Jefatura de medicina familiar UMF 8; Epidemiología. Celular: 3519130754 Correo electrónico: maria.valdespino@imss.gob.mx

**Médico Residente**

Nombre. Aldo David Rangel Torres.- Adscripción Unidad de Medicina Familiar No. 82 Cargo Médico Residente especialidad en Medicina Familiar, Celular 4432668251 Email: [aldodavran7@gmail.com](mailto:aldodavran7@gmail.com)

**Presidenta del Comité de Ética en Investigación en Salud**

Dra. Anel Gómez García 16028, con sede en el Hospital General Regional No. 1, ubicado en Av. Bosque de los Olivos 101, la Goleta, Michoacán, C.P. 61301, al teléfono 4433222600 Ext 15, correo [anel.gomez@imss.gob.mx](mailto:anel.gomez@imss.gob.mx).

**Secretaria del Comité de Ética en Investigación en salud:** Dra. Marisol Cornejo Pérez, Secretaria Vocal del Comité de Ética 16028 del HGR No. 1 Charo; al teléfono 4431134600 o al correo [comitedeeticahgr1@gmail.com](mailto:comitedeeticahgr1@gmail.com) **Declaración del Consentimiento informado:**

Se me ha explicado con claridad en que consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el consentimiento de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

---

Nombre, dirección, relación y firma

---

Nombre, dirección, relación y firma

**Ficha de identificación de datos:**

Datos de identificación	
Edad	
Sexo	
Escolaridad	
Religión	

**Inventario de depresión de Beck (BDI-2)**

**1-. Tristeza**

- 0- No me siento triste
- 1- Me siento triste gran parte del tiempo
- 2- Me siento triste todo el tiempo
- 3- Me siento tan triste o soy infeliz que no puedo soportarlo

**2-. Pesimismo**

- 0- No estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1- Me siento más desalentado respecto a mi futuro de lo que solía estarlo
- 2- No espero que las cosas funcionen para mi
- 3- siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar

**3-. Fracaso**

- 0- No me siento como un fracaso
- 1- He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3- Siento que como persona soy un fracaso total

**4-. Pérdida del placer**

- 0- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto

- 1- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

**5-. Sentimiento de culpa**

- 0- No me siento particularmente culpable
- 1- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería hacer
- 2- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3- Me siento culpable todo el tiempo

**6-. Sentimiento de castigo**

- 0- No siento que este siendo castigado
- 1- Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2- Espero ser castigado
- 3- siento que estoy siendo castigado

**7-. Disconformidad con uno mismo**

- 0- Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- 1- He perdido la confianza en mí mismo
- 2- Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3- No me gusta a mí mismo

**8-. Autocrítica**

- 0- No me critico ni me culpa más de lo habitual
- 1- Estoy más crítico conmigo mismo de que solía estarlo
- 2- Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3- No culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

**9-. Pensamiento o deseo suicida**

- 0- No tengo ningún pensamiento suicida
- 1- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2- Querría matarme
- 3- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

### **10.- Llanto**

- 0- No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1- Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2- Lloro por cualquier pequeñez
- 3- Siento ganas de llorar, pero no puedo

### **11.- Agitación**

- 0- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

### **12.- Pérdida de interés**

- 0- No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- 2- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- 3- Me es difícil interesarme por algo

### **13.- Indecisión**

- 0- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3- Tengo problemas para tomar cualquier decisión

### **14.- Desvalorización**

- 0- No siento que yo no sea valioso
- 1- No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3- Siento que no valgo nada

### **15.- Pérdida de energía**

- 0- Tengo tanta energía como siempre
- 1- Tengo menos energía que la que solía tener

2- No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3- No tengo energía suficiente para hacer nada

### **16- Cambios en los hábitos de sueño**

0- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño

1a- Duermo un poco más que lo habitual

1b- Duermo un poco menos que lo habitual

2a- Duermo mucho más de lo habitual

2b- Duermo mucho menos de lo habitual

3a- Duermo la mayor parte del día

3b- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17- Irritabilidad**

0- No estoy tan irritable que lo habitual

1- Estoy más irritable que lo habitual

2- Estoy mucho más irritable que lo habitual

3- Estoy irritable todo el tiempo

### **18- Cambios en el apetito**

0- No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1a- Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2a- Mi apetito es mucho menos que antes

2b- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a- No tengo apetito en absoluto

3b- Quiero comer todo el día

### **19- Dificultad de concentración**

0- Puedo concentrarme tan bien como siempre

1- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo

3- Encuentro que no puedo concentrarme en nada

**20-. Cansado o Fatiga**

0- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual

1- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

2- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas d las cosas que solía hacer

3- Estoy demasiado fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

**21-. Pérdida del interés en la sexualidad**

0- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2- Estoy mucho menos interesado en el sexo

3- He perdido completamente el interés en el sexo

# Aldo David Rangel Torres

## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH EN LA UNIDAD DE.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:422889491

Fecha de entrega

23 ene 2025, 10:11 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

23 ene 2025, 10:13 a.m. GMT-6

Nombre de archivo

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH EN LA UNIDAD DE.pdf

Tamaño de archivo

642.0 KB

52 Páginas

10,893 Palabras

58,510 Caracteres

# 54% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Fuentes principales

- 53%  Fuentes de Internet
- 23%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**  
21 caracteres sospechosos en N.º de página  
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

# Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Especialidad en Medicina Familiar	
Título del trabajo	INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82 ZAMORA MICHOACÁN.	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Aldo David Rangel Torres	aldodav
Director	José Jorge Torrijos Zavala	mftorrijos
Codirector	María Guadalupe Valdespino Padilla	maria.valdespino@imss.gob.mx
Coordinador del programa	Cleto Álvarez Aguilar	cleto.alvarez@imss.gob.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción

# Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	no	
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	no	
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	no	
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Aldo David Rangel Torres
Lugar y fecha	Zamora Michoacán 21.Enero 2025