



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Medicina Interna

Ana Laura Montaña Guerra

Tutor: América Álvarez

Caracas, diciembre 2016



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **ANA LAURA MONTAÑO GUERRA** Cédula de identidad N° 17839233, bajo el título "**DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA-HV**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 12 de Diciembre de 2016 a las 08:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el auditorio 2 del Hospital Vargas de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente acta, a los 12 días del mes de Diciembre del año 2016, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado América Álvarez.

Luis Gaslonde/ C.I. 4.887.683
Hospital Vargas de Caracas

Mario Patiño/ C.I. 8.525.101
Hospital Universitario de Caracas

América Álvarez/ C.I. 15.615.762
Hospital Vargas de Caracas
Tutora



T.A. 12/12/2016.

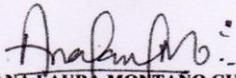
**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)**

12 de diciembre de 2016

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE
LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS
DOCTORAL**

Yo, **ANA LAURA MONTAÑO GUERRA** con cédula de identidad venezolana N° 17.839.233 autora del trabajo especial de grado **DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA** presentado para optar al título de especialidad en **MEDICINA INTERNA**, autorizo a la Universidad Central de Venezuela a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la institución, solo con fines académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18,23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

SI AUTORIZO	X
AUTORIZO DESPUÉS DE 1 AÑO	
NO AUTORIZO	
AUTORIZO DIFUNDIR SOLO ALGUNAS PARTES DEL TRABAJO	
Indique:	


ANA LAURA MONTAÑO GUERRA
C.I. N° 17.839.233
anamontano2108@gmail.com

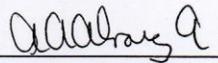
NOTA: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor porque este es intransferible.

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR PARA LA ENTREGA DEL
TRABAJO ACADÉMICO EN FORMATO IMPRESO Y
FORMATO DIGITAL**

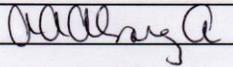
Yo, **AMÉRICA ÁLVAREZ** portador de la cédula de identidad venezolana N° 15615762, tutor del trabajo especial de grado titulado **DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**, realizado por la estudiante **ANA LAURA MONTAÑO GUERRA** con cédula de identidad venezolana N° 17.839.233.

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



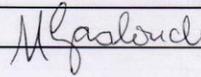
FIRMA DEL TUTOR

En Caracas a los 12 días del mes de diciembre de 2016.



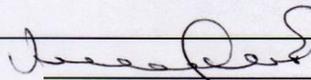
América Álvarez

TUTOR



Luis Gaslonde

Director del programa de Especialización



Enrique Vera

Coordinador del programa de Especialización

DEDICATORIA

Dedico este proyecto en primer lugar a Dios y a la Virgen del Valle, por acompañarme y guiar mi camino siempre y permitirme el honor de haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y sin dudas personal.

A mis padres, por ser los pilares, los más importantes y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, esto se los debo.

A todas las personas que estuvieron de alguna forma a mi lado durante este largo proyecto, y no menos importante a todos los pacientes que con sus enfermedades y su confianza en mí me permitieron aprender de ellos y ayudarlos a superar las mismas.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
METODOS	13
RESULTADOS	18
DISCUSION	20
REFERENCIAS	25
ANEXOS	28

DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Ana Laura Montaña Guerra, C.I. 17.839.233. Sexo: femenino, E-mail: anamontano2108@gmail.com. Telf.: 0414-9949122. Caracas. Programa de Especialización en Medicina interna.

Tutor: América Alvarez, C.I. 15.615.762. Sexo: femenino, E-mail: acmirem15@hotmail.com. Telf.: 0414-3119552. Caracas. Especialista en psiquiatría.

RESUMEN

Introducción: La depresión es una enfermedad frecuente en el mundo, afecta 350.000.000 de personas, difiere de las variaciones habituales del estado de ánimo y respuestas emocionales breves a problemas cotidianos. Se ha demostrado alta prevalencia de depresión en las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), repercutiendo en adherencia al tratamiento y desarrollo de la enfermedad. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión en el paciente con diagnóstico de VIH que acuden al servicio de medicina interna, Hospital Vargas de Caracas, agosto a noviembre de 2016. **Pacientes y métodos:** Estudio de tipo transversal, descriptivo. Se aplicó a los pacientes con VIH el test QIDS-16 para el diagnóstico de depresión. **Resultados:** Se incluyeron 95 pacientes, predominó el sexo masculino (78.9%), la mayoría con edad entre 30-39 años, 48 pacientes ambulatorios y 47 hospitalizados. La prevalencia de depresión en los pacientes con VIH es de 0,67. De estos 35,8% tenían depresión leve, 29,5% depresión moderada y 2,1% depresión moderada-grave, no hubo pacientes con depresión grave. La aceptación de la enfermedad, hospitalización, desempleo, fueron los factores de riesgo con mayor relación con depresión, con 10,33, 7,30 y 3,50 veces mayor. La adherencia al tratamiento antirretroviral, es un factor de protector en el desarrollo de depresión. **Conclusión:** La depresión es un trastorno psiquiátrico con alta prevalencia en los pacientes con VIH, siendo esta de 67,8%. La no aceptación de la enfermedad es el mayor factor de riesgo para desarrollar depresión, por lo que debe ser el principal punto de prevención.

Palabras clave: Depresión, Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

ABSTRACT

Depression in patients with Human Immunodeficiency Virus

Introduction: Depression is a frequent disease in the world, affects 350,000,000 people, differs from habitual variations of mood and brief emotional responses to everyday problems. A high prevalence of depression has been demonstrated in people with Human Immunodeficiency Virus (HIV), affecting adherence to the treatment and

development of the disease. **Objective:** Determine the prevalence of depression in patients diagnosed with HIV who attend the internal medicine service, Hospital Vargas de Caracas, from August to November 2016. **Patients and methods:** Cross-sectional, descriptive study. The QIDS-16 test for the diagnosis of depression was applied to HIV patients. **Results:** A total of 95 patients were included, predominantly male (78.9%), the majority with age between 30-39 years, 48 outpatients and 47 hospitalized. The prevalence of depression in patients with HIV is 0.67. Of these 35.8% had mild depression, 29.5% moderate depression and 2.1% moderate-severe depression, there were no patients with severe depression. Acceptances of the disease, hospitalization, unemployment, were the risk factors most related to depression, with 10.33, 7.30 and 3.50 times greater. Adherence to antiretroviral therapy is a protective factor in the development of depression. **Conclusion:** Depression is a psychiatric disorder with a high prevalence in patients with HIV, which is 67,8%. Failure to accept the disease is the major risk factor for developing depression, so it should be the main point of prevention.

Keywords: Depression, Human Immunodeficiency Virus, HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es diferente a las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. ⁽¹⁾

La depresión, por lo general se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. ^(2,3,4)

Por otro lado, después de más de tres décadas de descubierto el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, mucho se ha investigado sobre esta enfermedad, tanto desde el punto de vista médico, como desde sus implicaciones psicológicas y sociales.⁽²⁾ Los estudios han demostrado una alta prevalencia de depresión en las personas con VIH, con importante repercusión en el desarrollo de la enfermedad, adherencia al tratamiento y también ha sido registrado como una de las principales causas de consulta psiquiátrica y de suicidio. ⁽²⁻⁴⁾

El diagnóstico de depresión puede a veces ser difícil debido a que los síntomas relacionados a la infección de VIH pueden ser similares a los síntomas físicos de la depresión. La fatiga, nivel de libido bajo, poco apetito y pérdida de peso pueden ocurrir tanto en enfermedades relacionadas al VIH como en la depresión. ⁽⁵⁾

Existen varios factores de riesgo para desarrollar la depresión y ésta ocurre con más frecuencia en los pacientes VIH positivo, que en la población general. La depresión puede tener particularmente efectos perjudiciales a la salud por lo tanto es muy importante el diagnóstico y tratamiento de la misma. ⁽⁵⁾

Algunos estudios han mostrado que las personas con VIH que están deprimidas pueden experimentar progresión de enfermedad más rápido y que la que no lo están.

(6)

Planteamiento y delimitación del problema

En la actualidad, existe una alta prevalencia de pacientes con infección por VIH y aunque se ha estudiado con amplio interés la respuesta a las diferentes alternativas de tratamiento, así como las complicaciones tanto infecciosas como neoplásicas, asociadas al virus, se ha dejado a un lado la salud mental del paciente que padece dicha enfermedad.

Algunos estudios han encontrado una estrecha relación con significancia estadística entre la depresión y la infección por VIH, condicionando esto poca adherencia al tratamiento, la no aceptación de la enfermedad, aislamiento social, entre otros.

En nuestro país, aún no se habían realizado estudios que correlacionen la depresión en los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana, ya que una vez diagnosticada la depresión y tratada adecuadamente, podría mejorar la calidad de vida del paciente y por supuesto su adherencia y manejo del VIH.

Este estudio se propuso demostrar la asociación entre Depresión e infección por VIH en los pacientes que acudieron al servicio de Medicina Interna del Hospital Vargas de Caracas en el período comprendido de agosto y noviembre de 2016.

Por lo que se planteó la siguiente interrogante ¿Cuál es la prevalencia de depresión en los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana?

Justificación e Importancia

En nuestro país, solo se encontró un trabajo que evalúe los trastornos psiquiátricos en el paciente con VIH mas no que evalúen depresión en el paciente con diagnóstico de VIH, siendo un aspecto de gran importancia para la aceptación de la enfermedad, adherencia al tratamiento, relacionados estos aspectos con una mejor calidad de vida y control de la enfermedad.

Con el aumento en la incidencia de infección por VIH en la población en general y en especial la de Venezuela, es imperativo diagnosticar y tratar adecuadamente este trastorno psiquiátrico, y tomar así las medidas terapéuticas y preventivas a tiempo.

Se planteó la realización de este estudio aplicando la escala de QIDS-16 para el diagnóstico de depresión en los pacientes con infección por VIH, para así evaluar la relación entre ambas y tratarlas para una mejora en la calidad de vida del paciente.

Antecedentes

En un trabajo realizado en Bostwana, África; en el año 2011, por Giannina P. Gatti, y cols., cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en individuos con HIV-SIDA, del Hospital ASD de Kanye, de un total de 200 pacientes de ambos sexos, se encontró que el 79,5%(n=159) tenían depresión y el 38,5% (n=77) de los individuos tenían ideas suicidas, concluyéndose que existe una alta prevalencia de depresión e ideas suicidas entre pacientes con VIH-SIDA ⁽⁷⁾

Por otro lado, Nhamba, y cols., realizó un trabajo publicado en el año 2014 en Angola, África; donde describe que los síntomas depresivos en diferentes grados estuvieron presentes en 33% de los pacientes, de ambos sexos. Considerando este porcentaje relativamente bajo, recomendando la insistencia del tema tomando en consideración el contexto sociocultural de los mismos. ⁽⁸⁾

Un grupo de trabajo en Chile describe que la prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH se encuentra en torno al 35%, pero existe gran variabilidad en el reporte, con valores que fluctúan entre 20 y 79%, dependiendo de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la definición de caso. ⁽⁹⁾

En Venezuela, en la Universidad de Carabobo se realizó un trabajo para determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes portadores de VIH/SIDA, aplicando el Test de Hamilton 1 y 2 para el diagnóstico de depresión y la Escala de Graffar para la estratificación del grupo en estudio, se obtuvo 14% depresión leve,

18,6% depresión moderada, 25,5% depresión severa; 23,2% y 34,8% con pensamientos suicidas. Concluyendo que la depresión es el segundo trastorno más frecuente en este grupo de pacientes. ⁽¹⁰⁾

Marco Teórico

La depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. ⁽¹¹⁾

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque no suele presentarse de forma aislada como un cuadro único, sino que es más habitual su asociación a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. ⁽¹⁾

Los criterios diagnósticos de depresión según el DSM 5 son los siguientes: ⁽¹¹⁾

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.

- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 - (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. ⁽¹¹⁾

Se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, morbilidad, mortalidad, así como calidad de vida de los pacientes que la padecen, por lo que el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión nos parece que es de capital importancia. ^(5,6) Además, es previsible que, en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. ⁽⁷⁾

En México, la prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes atendidos en instituciones gubernamentales es de 30 a 40 % y de depresión mayor de 12 a 16%. ⁽¹²⁾

En relación al suicidio como complicación de la depresión, se observa que su tasa se correlaciona en forma directa con la edad, y otros comorbidos asociados. ⁽¹³⁾

Un retraso en el tratamiento de la depresión, puede impactar negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios. ⁽¹²⁾

La alta incidencia de pacientes con infección por VIH, así como SIDA ha provocado un fuerte impacto en la población general, así como en toda la comunidad científica. La magnitud del problema es mayor en los mismos pacientes, el conocimiento de padecer esta enfermedad, provoca una inestabilidad emocional, con reacciones impredecibles y que debe ser manejada por el personal de salud que atiende al paciente. ⁽¹²⁾

El interés en estudiar la depresión en paciente con infección por VIH no es solo por el reconocido tropismo del VIH por el sistema nervioso central sino también, el impacto psicológico dramático que significa el diagnóstico de la infección y enfermedad. Lozano, R. (1998) y de Lucho, M. y cols. (1996) describen que las reacciones psicológicas más frecuentes de los pacientes al enterarse del diagnóstico fueron depresión, angustia-ansiedad, miedo, ira, amargura, trastornos situacionales, entre otros. ⁽¹⁴⁾

Los trastornos de ansiedad que aparecen al conocer el diagnóstico de la enfermedad, o durante la espera del resultado de las pruebas diagnósticas, son variados y van desde ansiedad expresada en nerviosismo, trastorno del apetito, insomnio, hasta verdaderas manifestaciones de pánico, fobias o cuadros obsesivo-compulsivos. ⁽¹⁵⁾

En otro sentido, Vidal, G. y cols. (1995), manifiestan que está demostrado que en ocasiones, la depresión se debe al virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) al invadir el sistema nervioso central y periférico; y que otra razón más, es cuando algunos medicamentos que se utilizan en el tratamiento producen depresión. ⁽¹⁵⁾

Krueger, D. (1988) expone que todo individuo que sufre una incapacidad física o una enfermedad crónica irreversible y en especial las que ponen en riesgo la vida como el VIH/SIDA, experimenta una pérdida importante y dolorosa que para muchos es la más devastadora de sus vidas, estando directamente asociada con una mayor incidencia a los cuadros depresivos. Además, la depresión también está asociada con poca adherencia al tratamiento, lo que puede conllevar a resistencia a los fármacos. ⁽¹⁴⁾

Existen otros factores que pueden contribuir al desarrollo de la depresión, dentro de los que se incluyen: coinfección con virus de Hepatitis B o C, especialmente si reciben tratamiento con interferón, el sexo femenino, historial personal previa o familiar de enfermedades mentales, abuso de sustancias o alcohol, falta de apoyo social, así como ciertos medicamentos antirretrovirales. ⁽¹⁴⁾

El duelo por el cual atraviesa un paciente infectado por el VIH/ SIDA siendo su ansiedad y depresión entre otras, algunas de las respuestas emocionales en este proceso. ⁽¹⁾ Se ha considerado que la inmunodepresión producida por el estrés psicológico puede aumentar la vulnerabilidad del organismo a la enfermedad. ⁽³⁾

Mazzotti, G. (1994), refiere que la depresión en individuos infectados con VIH por lo general es posible efectuarse con base en la duración sostenida, pérdida penetrante de la autoestima y culpa irracional, siendo necesario ser tratada mediante sistemas psicoterapéuticos. ⁽¹²⁾

Para el diagnóstico de la depresión se cuenta con diferentes escalas de evaluación que permiten el abordaje fácil, en una sola entrevista, con versiones heteroaplicadas o autoaplicadas. Algunos de los cuestionarios más conocidos incluyen: Beck, Hamilton, Goldberg, QIDS en sus diferentes modalidades. En esta investigación se aplicará el cuestionario QIDS-16, el cual está validado para el diagnóstico de depresión en Venezuela.

El cuestionario QIDS

El cuestionario de 16 ítems Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) (Rush et al. 2003) se diseñó para evaluar la severidad de síntomas depresivos. Evalúa los síntomas y criterios diagnósticos de episodios depresivos mayores según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Existen dos versiones, la heteroadministrada y autoadministrada, contemplando ambas versiones los mismos ítems. Incluye los nueve síntomas dominantes que caracterizan un episodio depresivo mayor. Puede ser empleado para despistaje de depresión aun cuando se ha empleado predominantemente para medir síntomas de severidad. ⁽¹⁸⁾

El instrumento fue desarrollado tomando como base la escala de 30 ítems (IDS-C30) con el objetivo de realizar un cuestionario con 16 ítems que se enfocara solo en los nueve criterios de síntomas dominantes del DSM-IV-TR. La cual fue validada en Venezuela en el año 2015. ⁽¹⁹⁾

Los pacientes deben clasificar la severidad y la frecuencia de los síntomas específicos presentes durante los 7 días previos a la realización de la entrevista.

El sistema de puntuaciones convierte las respuestas de los 16 ítems a los 9 síntomas dominantes descritos en el DSM-IV: 4 ítems se emplean para puntuar trastornos del sueño, (insomnio temprano, medio, y tardío o hipersomnia); 2 ítems se emplean para explorar trastornos psicomotores (agitación o retardo); 4 ítems se emplean para alteraciones del peso o apetito (aumento y disminución de los mismos). Sólo un ítem se emplea para los restantes 6 ítems: humor deprimido, disminución del interés, disminución de la energía, culpa/ disminución del autoconcepto, concentración/toma de decisiones e ideación suicida. Para síntomas dominantes que requieran más de un ítem, se registra la mayor puntuación del ítem relevante para cada dominio de la que se toma. ⁽²⁰⁻²¹⁾

Cada ítem de la escala se puntúa de 0 a 3. La puntuación total se obtiene por la suma de cada uno de los 9 síntomas dominantes de los criterios. El total de la puntuación va de 0 a 27.

Según lo obtenido, la escala permite clasificar el paciente en:

- Normal (no deprimido): 0-5 puntos
- Depresión leve: 6-10 puntos
- Depresión moderada: 11 a 15 puntos
- Depresión moderada a grave: 16 a 20 puntos
- Depresión grave: 21 o más puntos. ⁽²⁰⁻²²⁾

Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH que acuden al servicio de medicina interna, Hospital Vargas de Caracas, de agosto a noviembre de 2016.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de VIH según edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, actividad laboral, comorbilidades asociadas al VIH, tratamiento antirretroviral, adherencia al tratamiento, aceptación de la enfermedad, evolución cronológica de la enfermedad y apoyo familiar y relacionarlos con el diagnóstico de depresión.
2. Establecer la gravedad de la depresión en el paciente con diagnóstico de VIH

Aspectos éticos

En la bioética el criterio fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona, es por ello que en nuestra investigación solo se incluyeron las pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado previa explicación detallada de los objetivos e importancia de dicho estudio. La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas, este principio se cumplió al respetar la decisión de las pacientes al aceptar o no la participación en la investigación. La beneficencia promueve el mejor interés del paciente, pero sin tener en cuenta la opinión de éste. Supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, por lo que aquél sabe lo más conveniente para éste, fue por esto que se aplicó la encuesta para obtener información relacionada con la calidad de vida de las pacientes pre y post quirúrgica. El principio de no maleficencia en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar al paciente. El principio de justicia en tratar a cada paciente como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.).

METODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal.

Población y muestra

La población de estudio estuvo representada por todos los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Vargas de Caracas, entre agosto y noviembre del 2016. La muestra a estudiar para una población de 2.400 pacientes con una prevalencia de VIH de 6,25% y un error de estimación del 5% se debían incluir un mínimo de 87 pacientes. En este estudio se incluyeron 95 pacientes con diagnóstico de VIH.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de VIH, de ambos sexos, mayores de 18 años que hayan dado su consentimiento para su inclusión en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes en que no sea factible la aplicación del test, bien sea por causas orgánicas físicas (hipoacusia, deterioro del estado de conciencia) o mentales y aquellos que no hayan dado consentimiento para su inclusión en el estudio.

Variables del estudio

Variable Independiente: Sexo, Edad.

Variable Dependiente: Estado civil, nivel de escolaridad, actividad laboral, apoyo familiar, comorbilidades, tratamiento antirretroviral, adherencia al tratamiento, aceptación de enfermedad, evolución cronológica de la enfermedad, evaluación psiquiátrica.

Registro de datos

- Se diseñó una hoja de recolección de datos, para los aspectos demográficos de los pacientes, así como también incluir los factores de riesgos para desarrollar síndrome depresivo.
- Se aplicó la escala validada en Venezuela QIDS-C-16 para el diagnóstico de depresión.

Procedimiento

- La investigación de campo se efectuó mediante la aplicación de la escala QIDS-C-16 para el diagnóstico de depresión y el interrogatorio de variables a los pacientes con diagnóstico de VIH en el lugar y tiempo descrito.

Tratamiento estadístico adecuado

Se calculó las frecuencias y porcentajes a las variables nominales; la información se dispuso en tablas de una y de dos entradas.

La asociación entre la presencia de depresión y las variables predictoras o independientes, se evaluó con un modelo de regresión logística dicotómica. La fiabilidad del modelo se determinó por el estadístico Hosmer-Lemeshow.

Se consideró un valor significativo de contraste si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con SPSS 24.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos

- Residentes del postgrado de Medicina Interna del Hospital Vargas de Caracas.
- Adjuntos del Servicio de Medicina Interna 1 del Hospital Vargas de Caracas.
- Personal de enfermería del Servicio de Medicina Interna 1 del Hospital Vargas de Caracas.
- Asesor estadístico.

Recursos materiales

- Historia clínica del paciente.
- Formato de selección del paciente para el protocolo que serán llenado por los autores.
- Formato de la escala QIDS-C-16 para en diagnóstico de depresión.
- Consentimiento informado firmado por los pacientes o representantes que serán incluidos en el presente estudio.

RESULTADOS

La muestra estuvo representada por 95 pacientes con diagnóstico de infección por VIH, conformada por 75 pacientes del sexo masculino representando 78.9%, mientras que solo 21.1% fue de sexo femenino, las edades estuvieron comprendidas entre 18 y 68 años con un 33,7% que correspondió al grupo entre 30 – 39 años. De los 95 pacientes 47 se encontraban hospitalizados mientras que los 48 restantes se evaluaron de forma ambulatoria o en consulta. La mayoría de los pacientes procedían de la ciudad de Caracas (ver tabla 1).

De la población estudiada el 36,8% de los pacientes tenían un nivel académico universitario y el 32,6% tenían bachillerato completo. El 72,6% de los pacientes eran solteros, sin embargo, el 40% tenían pareja actualmente (ver tabla 2).

En relación a la actividad laboral el 71,6% de los pacientes tenían trabajo al momento de la entrevista (ver tabla 3). Al evaluar comorbilidades asociadas a la infección por VIH el 56,8% de los pacientes la negaron, de los que si tenían patologías asociadas el 20% era tuberculosis, 10,5% infecciones oportunistas, el 7,4% no eran patologías infecciosas y solo el 5,3% habían tenido patologías neoplásicas asociadas. El 85,3% de los pacientes negó uso de drogas como factor de riesgo para la infección por VIH. El 85,3% de los pacientes refirió que el modo de transmisión del virus fue mediante relaciones sexuales, el 12,6% refirió desconocer el modo de transmisión y sólo el 1,1% fue por transfusiones y/o accidentes laborales (ver tabla 4).

La mayoría de los pacientes tenían menos de 6 años del diagnóstico de la enfermedad correspondiente al 58,9% de los mismos, el 26,3% tenían más de 10 años, de toda la muestra el 80% tenía indicado tratamiento antirretroviral, empero, sólo el 69,5% estaban adherido al tratamiento. El 86,3% de los pacientes tenían aceptación de la enfermedad. En cuanto al conocimiento y apoyo de la familia en relación a la enfermedad el 78,9% de los pacientes refirieron contar con esta. La mayor parte de

los pacientes (78,9%) no habían tenido evaluación psicológica o psiquiátrica previa (ver tabla 5).

Al aplicar a los pacientes la encuesta QIDS-16 para el diagnóstico de depresión se encontró que la prevalencia de ésta en los pacientes con VIH es de 67,4% con un intervalo de confianza al 95% fue de 57,4% a 77,3% (ver tabla 6). De la muestra 34 pacientes (35,8%) tenían depresión leve, 28 pacientes depresión moderada y 2 pacientes con depresión moderada-grave, no se encontró pacientes con depresión grave (ver tabla 7).

Al evaluar todos estos factores de riesgo para depresión aplicando el modelo de regresión logística, se encontró que los pacientes hospitalizados tienen 7,30 veces más probabilidad de tener depresión que aquellos que se encontraban ambulatorios o en consulta, con un valor de p 0,002. En relación al grado de instrucción, se realizó un análisis dicotomizado evaluando dos grupos que correspondieron a educación incompleta (incluyendo analfabetismo, primaria incompleta, bachillerato incompleto) y educación completa (primaria completa, bachillerato completo y universitario) se encontró como indicador negativo (educación incompleta) una mejor relación, así los pacientes con educación incompleta tienen 9,59 más probabilidad de tener depresión con p 0,001. Los pacientes desempleados tuvieron 3,50 veces más riesgo de tener depresión que los pacientes activos laboralmente (p 0,007). Así mismo, los pacientes sin aceptación de la enfermedad tuvieron el mayor riesgo, siendo éste 10,33 veces mayor que los pacientes con aceptación de la misma (p 0,001). Por otro lado, se encontró un factor protector en las variables estudiadas que fue la adherencia al tratamiento antirretroviral, siendo que el riesgo de tener depresión se reduce 0,17 veces en los pacientes adheridos con un valor de p 0,001 (ver tabla 8).

En cuanto a los demás factores de riesgo como la evolución cronológica de la enfermedad, evaluación psicológica o psiquiátrica previa, apoyo familiar no se encontró relación significativa.

Al comparar la depresión con las características de la población se encontró que la mayoría (49) de los pacientes con depresión correspondían al sexo masculino, a su vez la mayor parte de esta tenía depresión leve que corresponde a 25 pacientes (ver tabla 9), sin embargo, no hubo relación estadísticamente significativa. En cuanto a la edad del grupo entre 30 y 39 años tuvo más depresión que el resto de los grupos etarios de esto 12 tenían depresión moderada, 9 pacientes con depresión leve y 1 con depresión de moderada a grave, empero, no hubo relación significativa ($p = 0,881$) (ver tabla 10).

Al comparar el grado de depresión y la ubicación del paciente la mayoría de los pacientes deprimidos se encontraban hospitalizados, 22 pacientes de estos tenían depresión moderada, 14 tenían depresión leve y 2 depresión de moderada a grave (ver tabla 11), con una relación significativa con $p = 0,001$.

En este mismo orden, al comparar los grados de depresión con los factores de riesgo y características evaluadas en los pacientes como la procedencia (ver tabla 12), estado civil (ver tabla 13), estatus laboral (ver tabla 14), comorbilidades asociadas (ver tabla 15), evolución cronológica de la enfermedad (ver tabla 15), no se encontró relación significativa.

La adherencia al tratamiento antirretroviral tiene una relación significativa con $p = 0,002$ con los grados de depresión, comportándose como factor protector a mayor adherencia menor prevalencia y severidad de la depresión (ver tabla 17).

Al evaluar la aceptación de la enfermedad se encontró que de los 31 pacientes no deprimidos solo 1 no tenía aceptación de la enfermedad, sin embargo, los pacientes con depresión independiente del grado la mayoría tenían aceptación de la enfermedad (ver tabla 18), siendo esta significativa.

DISCUSIÓN

La relación entre la depresión y la infección por VIH ha sido descrita en algunos trabajos realizados, en este caso se propuso establecer la prevalencia de depresión en los pacientes con VIH y relacionarla con diferentes factores de riesgo, para así establecer un tratamiento oportuno y mejorar tanto la calidad de vida como la evolución de la enfermedad.

Se encontró que el 67,4% de los pacientes con infección por VIH evaluados tenían depresión en sus diferentes grados, de acuerdo al QIDS-16, con resultados similares a los obtenidos en un estudio realizado en el año 2011 en Bostwana, África; por Giannina P. Gatti, y colaboradores, donde se encontró que el 79,5% de los pacientes estudiados independiente del sexo tenían depresión⁽⁷⁾. Aunque por otro lado estos resultados obtenidos son más bajos al compararlo con otro estudio realizado en Angola, África por Nhamba, y colaboradores, publicado en el año 2014, donde describe que los síntomas depresivos en diferentes grados estuvieron presentes en 33% de los pacientes, de ambos sexos, recomendando la insistencia en el contexto sociocultural de los pacientes⁽⁸⁾.

En cuanto a la intensidad de la depresión se observó una diferencia con reportes de un trabajo realizado por Martí, A. y colaboradores donde se evaluó los trastornos psiquiátricos en pacientes con infección por VIH publicado en 2006, donde la depresión fue el segundo trastorno más frecuentemente encontrado y los pacientes con depresión en su mayoría tenían depresión moderada o severa, 25,5% y 23,2% respectivamente⁽¹⁴⁾, mientras que el grupo de pacientes estudiados en el presente estudio la mayoría con un 35,8% tenían depresión leve.

Los pacientes con mayor factor de riesgo de depresión fueron lo que no tenían aceptación de la enfermedad, siendo este 10,33 veces mayor que los pacientes con aceptación de la misma, los pacientes hospitalizados con 7,30 veces más riesgo, los desempleados con 3,50 veces más riesgo, y además que la adherencia al tratamiento

antirretroviral, se considera un factor protector con reducción del riesgo en 0,17 veces, sin embargo estos datos no se pudieron comparar con trabajos previos ya que no se encontró en la literatura alguno que relacionara la prevalencia de depresión con los factores de riesgo estudiados.

CONCLUSION

Los resultados obtenidos en esta investigación llevan a concluir que la depresión es un trastorno psiquiátrico con una alta prevalencia 67,4% en los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Además, sugiere que los principales factores que se deben controlar, dado el aumento de riesgo de depresión en el paciente con VIH son la aceptación de la enfermedad, hospitalizaciones independientemente de la causa, el desempleo y por supuesto la adherencia al tratamiento antirretroviral, por considerarse un factor protector con reducción del riesgo de desarrollar depresión.

Por último, sólo el 21,1% de los pacientes había sido evaluado por un psiquiatra, a pesar de ser esta un complemento esencial en la evaluación inicial del paciente con VIH, a fin de detectar los factores de riesgo y síntomas de depresión precozmente.

RECOMENDACIONES

Se debe incluir la aplicación del test QIDS-16 para el diagnóstico de depresión en los pacientes con infección por VIH principalmente en los hospitalizados, para así hacer un diagnóstico oportuno y por consiguiente evitar las consecuencias que esta conlleva en cuanto a la evolución del paciente.

El psiquiatra debe complementar la evaluación inicial del paciente con VIH, a fin de detectar los factores de riesgo y síntomas de depresión en forma precoz y así mejorar la calidad de vida del paciente.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sobre todas las cosas, con Él todo... sin Él nada.

A mis padres, los seres maravillosos que me dieron la vida. Porque les debo todo lo que he logrado y soy hoy en día, por su insistencia para la culminación de este trabajo.

Al personal médico y enfermería de los tres servicios de medicina interna del hospital Vargas de Caracas por su colaboración, al servicio de Infectología de hospital Vargas por poner a disposición el mismo para la evaluación ambulatoria de los pacientes.

A los pacientes que hicieron posible, gracias a su receptividad y colaboración durante la realización de este trabajo, sin ellos este esfuerzo no tendría sentido.

A mi compañero de todos los días, gracias César por tu amor, apoyo y ayuda durante esta difícil pero indudablemente necesaria tarea.

A todas y cada una de las personas que, de alguna u otra forma, colaboraron y participaron en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriátria, Segunda Edición, pp. 40 - 54, 307 - 323. 1990.
3. Meléndez Moral C, Tomas Miguel JM, Navarro Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista, Manheim. Salud Pub México 2007; 49 (6);408–12.
4. Douglas CN. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. Disponible en el sitio: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>.
5. Comunicado de prensa de ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2012. Disponible <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/november/20121120prresults/>
6. Guzmán RC, Bermúdez JA, López ET, Sulvarán OM. Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. Rev. Psicología Salud. 2012;22(2):163-72.
7. Giannina P. Gatti¹, Alexis E. Díaz², Samuel Mulugueta³, Marcelo R. Prevalencia de depresión en pacientes HIVSIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África. Simi⁴. *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, N° 1, junio de 2011, págs. 48 a 56.
8. Nhamba, L., Hernández, E. Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40(4):276-288

9. Wolff C, Rubén Alvarado M, Marcelo Wolff R. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Rev. Chil Infect. 2010 [citado 2 Feb 2013];27(1):65-74. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf>.
10. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MTG, Gir E. Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. Rev. Latín Amer Enfermagem. 2011 [citado 10 Feb 2012];19. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_04.pdf.
11. American Psychiatric Association. DSM-V-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003
12. Weiser D, Riley E, Ragland K, Hammer G, Clark R, Bansberg D. Brief report: Factors associated with depression among homeless and marginally housed HIV-infected men in San Francisco. J Gen Intern Med 2006; 21: 61-4.
13. Rabin J. HIV and depression: 2008 review and update. Curr HIV/AIDS Rep. 2008; 5:163-71
14. Martí, A., Carvajal, A., Lezama, Y. Trastornos psiquiátricos en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: estudio de prevalencia. Universidad de Carabobo, Venezuela. Archivos Venezolanos De Psiquiatría Y Neurología Vol. 5 2 / N° 10 7 Julio / diciembre 2006
15. Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas Fistera. 2003 [citado 1 octubre 2007]; Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/depresion.asp>

16. González, José. Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales. Revista electrónica piquiatria.com, número13, publicación del 28 de abril del 2009. Disponible en: www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/531/psiquiatriacom_2009
17. Enfermedades Mentales (Psicosis y Neurosis seniles). En: Nicola de Pietro, Geriátria. México: El Manual Moderno. 1983. pp. 265-69.
18. América Alejandra Álvarez Adarmes. Validación de la escala QIDS-C-16 para el diagnóstico de depresión (tesis). Caracas, Universidad Central de Venezuela, 2015.
19. University of Pittsburgh. Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) and Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS). 2014. Disponible en: <http://www.ids-qids.org>
20. Reilly T, MacGillivray S, Reid I, M. Cameron I. Psychometric properties of the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research. (2015) 132-140.
21. Trujols J, De Diego-Adeliño J, Feliu-Soler A, Iraurgi I, Puigdemont D, Álvarez E, et al. The Spanish version of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report(QIDS-SR16): A psychometric analysis in a clinical sample. Journal of Affective Disorders 169 (2014)189–196.
22. Gili M, López-Navarro E, Homar C, Castro A, García-Toro M, Llobera J, et al. Psychometric properties of Spanish version of QIDS-SR16 in depressive patients. Actas Esp Psiquiatr 2014; 42(6):292-9.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, venezolano (a), mayor de edad, civilmente hábil, residenciado (a) en _____, titular de la cédula de identidad _____, por medio de la presente autorizo a la ciudadana Ana L. Montaña G., venezolana, mayor de edad, civilmente hábil, de profesión médico, titular de la cédula de identidad V- 17.839.233, a aplicar en mi la encuesta necesaria para poder realizar en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Vargas de Caracas el trabajo de investigación titulado “Depresión en el paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana”.

Esta información será utilizada en el trabajo especial de grado para optar por el título de Médico Especialista en Medicina Interna.

Autorización que se solicita de conformidad con la Ley del Ejercicio de la Medicina y el Código de Deontología Médica.

FIRMA _____ C.I. _____

FECHA _____

Datos demográficos; TEG, Depresión y VIH

Identificación: _____

Nº de encuesta: ____

Edad: ____

Sexo: f__ m__

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Trabajo actual: si__ no__

Tipo de Vivienda: _____

Estado civil: _____

¿Comorbilidades si__ no__ cuál? _____

Medicación: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Modo de transmisión: _____

Preferencia sexual: _____

Uso de drogas: si __ no __ ¿Cuál? _____

Tratamiento Antirretroviral: si__ no__

Adherencia al tratamiento: si__ no__

Aceptación de la enfermedad: si __ no __

Apoyo familiar con la enfermedad: _____

Evaluación por psiquiatría o psicología: si __ no __

Inventario rápido de sintomatología depresiva (QID_S-SR-16)

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, para cada ítem encierre en un círculo la respuesta que describa mejor al paciente durante los **últimos siete días**.

1. Insomnio inicial

- 0 Nunca le toma más de 30 minutos para quedarse dormido
- 1 Le toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, menos de la mitad de las veces
- 2 Le toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, más de la mitad de las veces.
- 3 Le toma más de 60 minutos conciliar el sueño, más de la mitad de las veces.

2. Insomnio de mantenimiento

- 0 No se despierta en la noche
- 1 Sueño intranquilo, liviano, con pocos despertares.
- 2 Se despierta por lo menos una vez en la noche, pero se vuelve a dormir fácilmente.
- 3 Se despierta más de una vez en la noche y se queda despierto por más de 20 minutos, más de la mitad de las veces

3. Insomnio al amanecer

- 0 Menos de la mitad de las veces, se despierta unos 30 minutos antes de lo habitual.
- 1 Más de la mitad de las veces, se despierta más de 30 minutos antes de lo habitual
- 2 Se despierta una hora antes de lo habitual, más de la mitad de las veces
- 3 Se despierta por lo menos 2 horas antes de lo habitual, más de la mitad de las veces

4. Hipersomnia

- 0 No duerme más de 7-8 horas por noche, sin hacer siesta
- 1 No duerme más de 10 horas al día, incluyendo las siestas
- 2 No duerme más de 12 horas al día, incluyendo las siestas
- 3 Duerme más de 12 horas al día, incluyendo las siestas

Anote el puntaje más alto obtenido en sólo uno de los 4 ítems de sueño (1-4): _____

5. Estado de ánimo triste

- 0 No se siente triste
- 1 Se siente triste menos de la mitad del tiempo
- 2 Se siente triste más de la mitad del tiempo
- 3 Se siente muy triste prácticamente todo el tiempo

6. Disminución del apetito

- 0 No hay cambios en su apetito habitual
- 1 Come con algo menos de frecuencia y/o las cantidades son algo más pequeñas que lo usual
- 2 Come con mucha menos frecuencia que lo usual y sólo con un esfuerzo personal
- 3 Apenas come en un período de 24 horas y sólo cuando hace un gran esfuerzo o cuando otros lo convencen

7. Aumento del apetito

- 0 No hay cambios en su apetito habitual
- 1 Con mayor frecuencia siente la necesidad de comer más de lo usual
- 2 Usualmente come con más frecuencia y/o cantidades más grandes de lo usual
- 3 Siente un impulso por comer demasiado durante y entre las comidas

8. Disminución de peso durante las últimas dos semanas

- 0 Mantiene el mismo peso
- 1 Le parece que ha bajado algo de peso
- 2 Ha bajado 1 kilo o más
- 3 Ha bajado 2 kilos o más

9. Aumento de peso durante las últimas dos semanas

- 0 Mantiene el mismo peso
- 1 Le parece que ha aumentado algo de peso
- 2 Ha aumentado 1 kilo o más
- 3 Ha aumentado 2 kilos o más

Anote el puntaje más alto obtenido en sólo uno de los ítems de apetito/peso (6-9): _____

10. Concentración/toma de decisiones:

- 0 No hay cambio en la capacidad para concentrarse y tomar decisiones
- 1 De vez en cuando se siente indeciso o siente que se distrae con frecuencia
- 2 La mayor parte del tiempo hace un esfuerzo para concentrarse o tomar decisiones
- 3 No puede concentrarse lo suficiente para leer o tomar decisiones menores

11. Concepto de sí mismo

- 0 Se considera a sí mismo tan valioso y merecedor de atención como los demás
- 1 Se culpa a sí mismo más que lo usual
- 2 En gran medida cree que causa problemas a otros
- 3 Piensa constantemente sobre sus defectos mayores y menores

12. Ideas suicidas

- 0 No piensa en el suicidio o la muerte
- 1 Piensa que la vida no tiene sentido y no vale la pena vivir
- 2 Piensa en el suicidio/la muerte varias veces a la semana por varios minutos
- 3 Piensa en el suicidio/ la muerte intensamente, varias veces al día o ha hecho planes suicidas, o ha tratado de suicidarse

13. Interés general

- 0 No ha cambiado su nivel de interés habitual en otras personas y en actividades
- 1 Se da cuenta que ha disminuido el interés en las personas/actividades que previamente le interesaban
- 2 Considera que sólo tiene interés en 1 o 2 de las actividades que ejecutaba previamente
- 3 Prácticamente no tiene interés en las actividades que llevaba a cabo antes

14. Nivel de energía/fatiga

- 0 No hay cambios en el nivel habitual de energía
- 1 Se cansa más fácilmente que lo usual
- 2 Hace un esfuerzo grande para iniciar o continuar en sus actividades diarias habituales
- 3 Es incapaz de realizar la mayoría de las actividades diarias habituales porque no tiene energía

15. Lentitud psicomotora

- 0 La velocidad de pensamiento, gesticulación y lenguaje es normal
- 1 El paciente nota que su pensamiento es lento y el tono de su voz es monótono
- 2 Le toma varios segundos responder a la mayoría de las preguntas, reporta lentitud para pensar
- 3 Prácticamente no responde a la mayoría de las preguntas si no se le estimula fuertemente

16. Agitación Psicomotora

- 0 Su pensamiento o gesticulación no están acelerados o desorganizados
- 1 Está intranquilo, se frota las manos y cambia de posición con frecuencia
- 2 Siente impulsos de moverse constantemente y siente inquietud motora
- 3 No se puede mantener sentado. Camina de un lado a otro, con o sin permiso.

Anote el puntaje más alto obtenido en sólo uno de los 2 ítems psicomotores (15-16): ____

Inventario rápido de sintomatología depresiva (hoja de puntuación)

Anote el puntaje más alto obtenido en sólo uno de los 4 ítems de sueño (1-4): _____

Ítem 5 _____

Anote el puntaje más alto obtenido en sólo uno de los ítems de apetito/peso (6-9): _____

Ítem 10 _____

Ítem 11 _____

Ítem 12 _____

Ítem 13 _____

Ítem 14 _____

Anote el puntaje más alto obtenido en sólo uno de los ítems de psicomotricidad (15-16): ____

PUNTUACIÓN TOTAL (rango de 0 a 27) _____

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	VALOR DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	TIPO DE VALOR DE LA VARIABLE	NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
EDAD	Grupo según los años de vida al que pertenece la UA (Paciente)	Menor de 20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años Mayor de 60 años	Interviniente	Cuantitativa	Discreta	Ordinal	Indagar en la encuesta, la edad del paciente. Sin presiones ni apresuramiento.
SEXO	Atributo que posee la UA (Paciente) a evaluar.	Femenino Masculino	Interviniente	Cualitativa	Discreta	Nominal	Indagar en la encuesta, el sexo del paciente. Sin presiones ni apresuramiento.
GRADO ACADEMICO	Distinción dada por alguna institución educativa que presenta la UA (Paciente)	Analfabeta Primaria completa e incompleta Bachillerato completo e incompleto Universitario	Independiente	Cualitativa	Discreta	Ordinal	Indagar en la encuesta el nivel de instrucción académico del paciente sin presiones ni apresuramientos
OCUPACION	Actividad, profesión y oficio del cual la persona genera sus ingresos	Empleado Pensionado Independiente Desempleado	Interviniente	Cualitativa	Discreta	Nominal	Indagar en la encuesta condición laboral del paciente sin presiones ni apresuramientos
VIVIENDA	Tipo de albergue donde habita la UA (Paciente)	Mísera Pobre Estándar Lujosa	Independiente	Cualitativa	Discreta	Ordinal	Indagar en la encuesta el valor seleccionado de la vivienda del paciente sin presiones ni apresuramientos.
CORMOBILIDADES	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario de la UA (paciente)	Si No	Independiente	Cualitativa	Discreta	Nominal	Indagar en la encuesta, la presencia de comorbilidades asociadas del paciente. Sin presiones ni apresuramiento.
ACEPTACION DE ENFERMEDAD	Conciencia y aceptación de la enfermedad (VIH) que tiene la UA (Paciente)	Si No	Independiente	Cualitativa	Discreta	Nominal	Indagar en la encuesta conocimiento y aceptación de la enfermedad del paciente, sin presiones ni apresuramiento
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	Cronología del diagnóstico de VIH que tiene la UA (Paciente)	Igual o menos de 10 años Más de 10 años	Independiente	Cualitativa	Discreta	Ordinal	Indagar en la encuesta, el valor de la TAD del paciente, Sin presiones ni apresuramiento

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Uso de fármacos por parte de la UA (paciente) a evaluar.	Si No	Independiente	Cualitativa	Discreta	Nominal	Indagar en la encuesta, el uso o no de fármacos por el paciente. Sin presiones ni apresuramiento.
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Cumple a cabalidad el tratamiento indicado a la UA (paciente)	Adherente No Adherente	Dependiente	Cualitativa	Discreta	Nominal	Indagar en la encuesta, los pacientes adherentes al tratamiento. Sin presiones ni apresuramiento.
DEPRESIÓN	Cumple los criterios diagnósticos según el test QIDS 16	Ausente Leve Moderada Grave	Dependiente	Cualitativa	Discreta	Nominal	Aplicar el test QIDS 16 para el diagnóstico de depresión en los pacientes, sin presiones ni apresuramientos.

- UNIDAD DE ANÁLISIS (UA)

Tabla 1.

Distribución de pacientes según indicadores epidemiológicos.

Variables	n	%
Sexo		
Femenino	20	21,1
Masculino	75	78,9
Edades (años)		
20-29	21	22,1
30-39	32	33,7
40-49	18	18,9
50-59	15	15,8
Más de 60	9	9,5
Ubicación		
Ambulatorio	48	50,5
Hospitalización	47	49,5
Procedencia		
Miranda	11	11,6
Caracas	64	67,4
Vargas	4	4,2
Bolívar	6	6,3
Otros	10	10,5

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 2.

Distribución de pacientes según grado de instrucción y estado civil.

Variables	n	%
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	1	1,1
Primaria completa	20	21,1
Secundaria incompleta	6	6,3
Secundaria completa	31	32,6
Universitario	35	36,8
Analfabeta	2	2,1
Estado civil		
Soltero	69	72,6
Casado	18	18,9
Concubino	6	6,3
Viudo	2	2,1
Pareja actual		
Si	38	40,0
No	57	60,0

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 3.**Distribución de pacientes según indicadores epidemiológicos.**

Variables	n	%
Trabajo actual		
Si	68	71,6
No	27	28,4
Propiedad de la vivienda		
Propia	61	64,2
Alquilada	19	20,0
No aplica	15	15,8

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 4.**Distribución de pacientes según comorbilidades y epidemiológicos.**

Variables	n	%
Comorbilidad		
No	54	56,8
Tuberculosis	19	20,0
No infecciosas	7	7,4
Neoplásicas	5	5,3
Oportunistas	10	10,5
Uso de drogas		
Si	14	14,7
No	81	85,3
Modo de transmisión		
Sexual	81	85,3
Desconoce	12	12,6
Accidente	1	1,1
Transfusiones	1	1,1

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 5.

Distribución de pacientes según característica de la enfermedad y aspectos sociales.

VARIABLES	n	%
Fecha de diagnóstico		
0-6 años	56	58,9
7-10 años	13	13,7
Más de 10 años	25	26,3
Desconoce	1	1,1
Tratamiento		
Sí	76	80,0
No	19	20,0
Adherencia al tratamiento		
Si	66	69,5
No	29	30,5
Aceptación de la enfermedad		
Si	82	86,3
No	13	13,7
Apoyo familiar		
Si	75	78,9
No	20	21,1
Evaluación psicológica		
Si	20	21,1
No	75	78,9

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 6.

Distribución de pacientes según depresión

Depresión	n	%
No deprimido	31	32,6
Deprimidos	64	67,4

Fuente: Test QIDS-16 aplicado en la investigación

Tabla 7.

Distribución de pacientes según grados de depresión.

Depresión	n	%
No deprimido	31	32,6
Depresión leve	34	35,8
Depresión moderada	28	29,5
Depresión moderada-grave	2	2,1

Fuente: Test QIDS-16 aplicado en la investigación

Tabla 8.

Razones de probabilidad asociadas a depresión en pacientes con VIH.

Variables	OR	IC-95%		p
Ubicación (hospitalización)	7,30	2,61	20,44	0,002
Grado de instrucción (educación incompleta)	9,59	1,86	23,87	0,001
Trabajo actual (no)	3,50	1,37	8,97	0,007
Aceptación de la enfermedad (no)	10,33	2,59	41,29	0,001
Adherencia al tratamiento (si)	0,17	0,07	0,45	0,001
Bondad de ajuste según Hosmer-Lemeshow: $\chi^2 = 2,854$ (p = 0,778)				

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 9.

Relación de sexo y depresión.

		Depresión				Total
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	
Sexo	Femenino	5	9	6	0	20
	Masculino	26	25	22	2	75
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		1,588 ^a	3	,662		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 10.
Relación de edad y depresión.

		Depresión				
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	Total
Edad	20-29	6	9	5	1	21
	30-39	10	9	12	1	32
	40-49	4	8	6	0	18
	50-59	7	5	3	0	15
	Más de 60	4	3	2	0	9
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		6,631 ^a	12	,881		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 11.
Relación de ubicación del paciente y depresión

		Depresión				
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	Total
Ubicación	Consulta	22	20	6	0	48
	Hospitalización	9	14	22	2	47
	Total	31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		17,645 ^a	3	,001		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 12.
Relación de procedencia del paciente y depresión

		Depresión				
		Ausente	Leve	Moderada	Moderada-grave	Total
Procedencia	Miranda	3	6	2	0	11
	Caracas	23	20	20	1	64
	Vargas	2	1	1	0	4
	Bolívar	1	2	2	1	6
	Otros	2	5	3	0	10
	Total	31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		11,054 ^a	12	,524		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 13.
Relación de estado civil y depresión

		Depresión				
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	Total
Estado civil	Soltero	22	26	19	2	69
	Casado	8	4	6	0	18
	Concubino	0	3	3	0	6
	Viudo	1	1	0	0	2
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		6,750 ^a	9			,663

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 14.
Relación de estatus laboral y depresión

		Depresión				
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	Total
Trabajo actual	Si	25	27	15	1	68
	No	6	7	13	1	27
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		7,199 ^a	3			,066

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 15.
Relación de comorbilidades y depresión

		Depresión				Total
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	
Comorbilidad	Ninguna	19	22	13	0	54
	Tuberculosis	7	5	5	2	19
	No infecciosas	3	2	2	0	7
	Neoplásicas	1	2	2	0	5
	Otras oportunista	1	3	6	0	10
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		15,266 ^a	12	,227		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 16.

Relación de evolución cronológica de VIH y depresión

	Años	Depresión				Total
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	
Fecha de diagnóstico	0-2	13	11	14	2	40
	3-4	2	3	3	0	8
	5-6	3	3	2	0	8
	7-8	2	3	1	0	6
	9-10	3	2	2	0	7
	Más de 10	8	12	5	0	25
	Desconoce	0	0	1	0	1
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		9,555 ^a	18	,945		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 17.**Relación adherencia al tratamiento de VIH y depresión**

		Depresión				
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	Total
Adherencia al tratamiento	Si	27	26	12	1	66
	No	4	8	16	1	29
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		15,036 ^a	3	,002		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación

Tabla 18.**Relación aceptación de la enfermedad y depresión**

		Depresión				
		No deprimido	Leve	Moderada	Moderada-grave	Total
Aceptación de enfermedad	Si	30	32	19	1	82
	No	1	2	9	1	13
Total		31	34	28	2	95
Chi-cuadrado de Pearson		14,933 ^a	3	,002		

Fuente: Datos demográficos obtenidos durante la investigación